Institut de Population, Développement et Santé de la Reproduction

Centre d'Etudes et de Recherches Appliquées en Sciences Sociales

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

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

Rapport volet qualitatif

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

VERSION DU 20 SEPTEMBRE 2015



Photo : Poste de santé de Dakatély, Région de Kédougou, non loin de la frontière avec la République de Guinée (Photo prise par l'enquêteur Khadim Barro, 2015)

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES.....III

LISTE DES TABLEAUX.....VI

LISTE DES FIGURES.....VII

LISTE DES ENCADRE.....VIII

ACRONYMES.....IX

REMERCIEMENTS.....X

RÉSUMÉ.....XI

INTRODUCTION GÉNÉRALE.....16

CHAPITRE 1 MÉTHODOLOGIE DE LA PARTIE QUALITATIVE.....18

1.1 IDENTIFICATION DES CAS DE DÉCÈS.....19
1.2 IMMERSION DANS LES FORMATIONS SANITAIRES.....20
1.3 COLLECTE ET ANALYSE DES DONNÉES D'AUTOPSIE VERBALE.....20
1.3.1 Collecte des données d'autopsie verbale : outils et administration.....20
1.3.2 Nombre de questionnaires d'autopsie verbale administrés.....22
1.3.3 Analyse des données d'autopsie verbale.....23
1.4 DÉROULEMENT DES AUTOPSIES VERBALES: POINTS FORTS ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉES.....23
1.4.1 Points forts.....23
1.4.2 Difficultés rencontrées.....23
1.5 COLLECTE ET ANALYSE DES DONNÉES DE L'OBSERVATION.....26
1.5.1 Technique, outils et déroulement de la collecte des données.....26
1.5.2 Analyse des données de l'observation.....29
1.6 DÉROULEMENT DE L'OBSERVATION : POINTS FORTS ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉES.....31
1.6.1 Les points forts.....31
1.6.2 Les difficultés rencontrées.....31

CHAPITRE 2 ANALYSE DE LA MORTALITÉ À PARTIR DES AUTOPSIES VERBALES.....35

2.1 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES RÉPONDANTS ET DES MEMBRES AYANT PRIS SOIN DE L'ENFANT DÉCÉDÉ 35
2.1.1 Lien de parenté du répondant avec l'enfant.....35
2.1.2 Fréquentation et niveau d'instruction du répondant.....36
2.1.3 Personnes présentes dans le ménage ayant aidé à soigner l'enfant.....37
2.2 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES ENFANTS DÉCÉDÉS.....39
2.2.1 Structure par sexe et par âge de l'échantillon.....39
2.2.2 Structure des décès par région et par saison.....40
2.2.3 Lieu de décès.....41
2.3 ANALYSE DU SENTIER DE SURVIE.....43
2.3.1 Signes et symptômes observés et relatés par les répondants.....43
2.3.2 Hiérarchisation des 10 plus importants signes et symptômes observés chez l'enfant au cours de sa phase terminale.....45
2.3.3 Traitement et recours lors de la dernière phase terminale (par région).....47
2.3.4 Lieux de recherche de soins (types de soins recherchés) et selon le sexe de l'enfant décédé.....48
2.3.5 Encadrés sur les recours aux soins.....49
2.4 RÉPARTITION DES TRAUMATISMES/ACCIDENTS PAR SEXE.....50

2.5 Antécédents de grossesse de la mère pour les enfants décédés dans la période néo-natale....52
2.5.1 Nombre de naissances et mortinaissances de la mère....53
2.5.2 Prématurité de l'enfant décédé....53
2.5.3 Maladies de la mère lors de la grossesse....54
2.5.4 Gémellité de l'enfant....55
2.5.5 Rang de naissance de l'enfant....56
2.6 Antécédents de l'accouchement pour les enfants décédés dans la période néonatale....58
2.6.1 Assistance à l'accouchement....58
2.6.2 Poche des eaux....59
2.6.3 Hémorragie avant l'accouchement....62
2.6.4 Fièvre avant l'accouchement....63
2.6.5 . Type d'accouchement....64
2.6.6 Présentation de l'enfant lors de l'accouchement....64
2.7 ETAT DE SANTE PEU APRES LA NAISSANCE POUR LES ENFANTS DECEDES....65
2.7.1 Taille de l'enfant....65
2.7.2 . Prématurité de l'enfant....66
2.7.3 Poids de l'enfant....67
2.7.4 Application sur le moignon du cordon ombilical....67
2.7.5 Assistance respiratoire à la naissance....68
2.7.6 Mouvements après la naissance....68
2.8 Antécédents de maladies néonatales (par région)....69
2.8.1 Capacité de se nourrir au sein....69
2.8.2 Administration de breuvage (Toxantal)....70
2.9 Données de base relatives à l'enfant décédé dans la phase post néo-natale....71
2.9.1 Insuffisance pondérale....71
2.9.2 Prématurité....72
2.9.3 Croissance....73
2.9.4 Bombement de la fontanelle....74
2.10 Dossiers médicaux (par région, âge et sexe de l'enfant)....75
2.10.1 Existence d'un certificat de décès....75
Conclusion partielle....76
CHAPITRE 3 ANALYSE DESCRIPTIVE DES DONNÉES DE L'OBSERVATION PARTICIPANTE....77
3.1 Accueil et prise en charge des patients dans les formations sanitaires ciblées....77
3.1.1 Satisfaction et frustration se chevauchent....77
3.1.2 Quand la parenté, l'amitié et l'appartenance ethnique, sociale interfèrent dans l'accueil et la prise en charge....84
3.1.3 Certains prestataires préférés à d'autres : la notoriété et le statut social (caste) du prestataire en perspective ?....85
3.1.4 Représentations socioculturelle de la maladie et ancrage socio-culturel....86
3.1.5 Relations entre prestataires au cours de l'accueil et la prise en charge des patients....88
3.1.6 Déficit de personnel et vétusté des structures....88
3.2 Accès aux soins de santé....91
3.2.1 L'accessibilité financière:....91
3.3 Disponibilité et accès aux médicaments dans les formations sanitaires....95
3.3.1 Erreur sur la prescription des médicaments....95
3.3.2 Manque d'organisation et dysfonctionnement dans la redistribution des médicaments....95
3.3.3 Une disponibilité en médicaments variable selon les produits....97
3.3.4 Effectivité, perceptions et représentation des mesures de « gratuité »....100

3.4 PRATIQUES PARALLÈLES DES PRESTATAIRES DE SANTÉ À L'INTÉRIEUR DES FORMATIONS SANITAIRES.....102
3.4.1 Circuits parallèles ou interpénétration de circuits de vente de médicaments ?.....102
3.4.2 Activités parallèles.....103
3.5 CHARGES HORAIRES DES PRESTATAIRES DE SANTÉ PAR RAPPORT À LEURS CAHIERS DE CHARGE AU SEIN DES FORMATIONS SANITAIRES CIBLES.....103
3.5.1 Décalage entre les règles et les pratiques.....103
3.6 GESTION DU PERSONNEL.....105
3.6.1 Complaisance dans les nominations, irrégularité dans la supervision des soins, manque de coordination entre responsables et prestataires.....105
3.6.2 Médecin chef de district-Médecin chef adjoint : querelles, suspicion, confusion de rôles et non application des textes : un exemple.....105
3.6.3 Un management aux multiples visages.....107
3.7 COMPORTEMENTS DES PRESTATAIRES DE SANTÉ PENDANT LES PÉRIODES DE GRÈVE DANS LES FORMATIONS SANITAIRES CIBLÉES.....108
3.8 ABSENTÉISME DES PRESTATAIRES DE SANTÉ ET LES STRATÉGIES MISES EN PLACE PAR LES PRINCIPAUX CONCERNÉS POUR GÉRER LEURS ABSENCES.....110
3.8.1 Les plus qualifiés, les grands absents.....110
3.9 ETAT DES INFRASTRUCTURES : LES DEUX FACES DE JANUS.....113
3.9.1 Entretien et sécurité des infrastructures qui exigent renforcement.....114
CONCLUSION PARTIELLE.....114
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....116
BIBLIOGRAPHIE SELECTIVE.....120
ANNEXES.....121

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1-1 : Nombre d'autopsie verbales réalisées par zone d'études.....18
Tableau 1-2 : Répartition des autopsies verbales à faire par les enquêteurs en fonction de la zone d'affectation
.....18
Tableau 1-3 : Nombre d'autopsie verbales effectuées dans chaque région d'étude par cible.....22
Tableau 1-4 : formations sanitaires ayant accueilli les socio-anthropologues.....26
Tableau 2-1: Lien de parenté du répondant avec l'enfant selon la région.....35
Tableau 2-2 : Fréquentation et niveau d'instruction du répondant selon la région.....37
Tableau 2-3 : Personnes présentes dans le ménage ayant aidé à soigner l'enfant selon la région.....38
Tableau 2-4 : Structure par sexe et par âge des enfants décédés selon la région.....39
Tableau 2-5 : Structure des décès par région et par saison.....40
Tableau 2-6 : Lieu de décès selon la région.....42
Tableau 2-7 : Signes et symptômes observés et relatés selon la région.....44
Tableau 2-8 : Hiérarchisation des 10 plus importants signes et symptômes (en pourcentage) observés chez l'enfant au cours de sa phase terminale selon la région (%).....45
Tableau 2-9 : Proportion d'enfants décédés dans la période post néo-natale et ayant reçu un traitement selon la région et le sexe de l'enfant (%).....47
Tableau 2-10 : Recherche de soins en pourcentage pour les enfants décédés dans la période post néo-natale selon la région et le sexe de l'enfant (%).....48
Tableau 2-11 : Lieux de recherche de soins (types de soins recherchés) et selon le sexe de l'enfant décédé.....48
Tableau 2-12 : Répartition des traumatismes/accidents par sexe.....51
Tableau 2-13 : Nombre de naissance et mortinaissance de la mère selon la région.....53
Tableau 2-14 : Prématurité de l'enfant décédé selon la région.....54
Tableau 2-15 : Maladies de la mère lors de la grossesse selon la région (%).....54
Tableau 2-16 : Gémellité de l'enfant selon la région.....55
Tableau 2-17 : : Rang de naissance de l'enfant selon la région.....57
Tableau 2-18 : Assistance à l'accouchement selon la région.....58
Tableau 2-19 : Le moment de rupture de la poche des eaux selon la région.....59
Tableau 2-20 : Temps de latence entre la rupture des poches des eaux et la naissance de l'enfant selon la région
.....60
Tableau 2-21 : Mauvaise odeur des eaux de la poche selon la région.....61
Tableau 2-22 : Hémorragie avant l'accouchement selon la région.....62
Tableau 2-23 : Fièvre avant l'accouchement selon la région.....63
Tableau 2-24 : Type d'accouchement selon la région.....64
Tableau 2-25 : Présentation de l'enfant lors de l'accouchement selon la région.....64
Tableau 2-26 : Taille de l'enfant selon la région.....66
Tableau 2-27 : Prématurité de l'enfant en pourcentage selon la région (%).....66
Tableau 2-28 : Poids moyen de l'enfant selon la région.....67
Tableau 2-29 : Application sur le moignon du cordon ombilical selon la région.....67
Tableau 2-30 : Assistance respiratoire à la naissance selon la région.....68
Tableau 2-31 : Mouvements après la naissance selon la région.....69
Tableau 2-32 : Capacité de se nourrir au sein ou au biberon selon la région.....69
Tableau 2-33: Administration de breuvage (Toxantal) selon la région.....70
Tableau 2-34: Insuffisance pondérale de l'enfant décédé selon la région et le sexe de l'enfant.....71
Tableau 2-35: Prématurité de l'enfant décédé selon la région et le sexe.....72
Tableau 2-36: Croissance l'enfant décédé selon la région et le sexe de l'enfant.....73
Tableau 2-37: Bombement de la fontanelle l'enfant décédé selon la région et le sexe de l'enfant.....74
Tableau 3-1 : Exemple de tarification affichée devant la porte d'un laboratoire.....92

LISTE DES FIGURES

Figure 2-1 : Lien de parenté du répondant avec l'enfant.....36
Figure 2-2 : Fréquentation et niveau d'instruction du répondant.....37
Figure 2-3 : Personnes présentes dans le ménage ayant aidé à soigner l'enfant.....38
Figure 2-4 : Structure par sexe et par âge des enfants décédés.....40
Figure 2-5 : Structure des décès par région et par saison.....41
Figure 2-6 : Lieu de décès.....43
Figure 2-7 : Signes et symptômes observés et relatés selon la région.....45
Figure 2-8 : Hiérarchisation des 10 plus importants signes et symptômes (en pourcentage) observés chez l'enfant au cours de sa phase terminale (%).....46
Figure 2-9 : Lieux de recherche de soins (types de soins recherchés) et selon le sexe de l'enfant décédé.....49
Figure 2-10 : Répartition des traumatismes/accidents par sexe.....52
Figure 2-11 : Gémellité de l'enfant selon la région.....56
Figure 2-12 : Rang de naissance de l'enfant selon la région.....57
Figure 2-13 : Assistance à l'accouchement.....59
Figure 2-14 : Le moment de rupture de la poche des eaux.....60
Figure 2-15 : Temps de latence entre la rupture des poches des eaux et la naissance de l'enfant.....61
Figure 2-16 : Mauvaise odeur des eaux de la poche.....62
Figure 2-17 : Hémorragie avant l'accouchement selon la région.....63
Figure 2-18 : Fièvre avant l'accouchement.....63
Figure 2-19 : Type d'accouchement.....64
Figure 2-20 : Présentation de l'enfant lors de l'accouchement.....65
Figure 2-21 : Taille de l'enfant.....66
Figure 2-22 : Application sur le moignon du cordon ombilical.....68
Figure 2-23 : Assistance respiratoire à la naissance.....68
Figure 2-24 : Mouvements après la naissance.....69
Figure 2-25 : Capacité de se nourrir au sein ou au biberon.....70
Figure 2-26 : Administration de breuvage (Toxantal).....71
Figure 2-27: Insuffisance pondérale de l'enfant décédé selon la région et le sexe de l'enfant.....72
Figure 2-28: Prématurité de l'enfant décédé selon la région et le sexe.....73
Figure 2-29: Croissance l'enfant décédé selon le sexe de l'enfant.....74
Figure 2-30: Bombement de la fontanelle l'enfant décédé selon le sexe de l'enfant.....75
Figure 2-31 Existence d'un certificat de décès.....76

LISTE DES ENCADRE

Encadré 1 :.....*49*
Encadré 2 :.....*50*
Encadré 3 : extrait d'une autopsie sociale conduite auprès d'une mère d'enfant décédé à Ziguinchor.....*51*
Encadré 4 :.....*78*
Encadré 5 :.....*82*
Encadré 6 :.....*84*
Encadré 7 :.....*87*
Encadré 8 : Description d'une structure de santé dans la région de Kédougou.....*89*
Encadré 9.....*93*
Encadré 10 : Cas d'accouchement à domicile pour cause d'évacuation sanitaire.....*94*
Encadré 11 : Des médicaments essentiels …parfois indisponibles.....*98*
Encadré 12 : S'absenter, système de relayage : à chacun son tour. Le cas d'un poste de santé dans une région
.....*111*

ACRONYMES

ASC	Agent de Santé Communautaire
CERAS S	Centre d'études et de Recherches Appliquées en Sciences Sociales
CHR	Centre Hospitalier Régional
CMU	Couverture Maladie Universelle
CPN	Consultation Prénatale
CREN	Centre de Renforcement Nutritionnel
CRF	Croix Rouge Française
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FOSA	Formation Sanitaire
GE	Goutte Epaisse
IB	Initiative de Bamako
ICP	Infirmier Chef de Poste
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IPDSR	Institut de Population, Développement et Santé de la Reproduction
IRA	Infection Respiratoire Aigüe
MAS	Malnutrition Sévère
MCD	Médecin Chef de District
MCA	Médecin Chef Adjoint
MS	Ministère de la Santé
NEPAD	Nouveau Partenariat pour le développement de l'Afrique
NFS	Numération Formule Sanguine
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PRA	Pharmacie Régionale Approvisionnement
PS	Poste de Santé
SF	Sage – Femme
SRO	Sels de Réhydratation Orale
SSP	Superviseur des Soins de Santé Primaires
VAD	Visites à Domicile
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

REMERCIEMENTS

Si cette étude a pu être réalisée, c'est en partie grâce au généreux concours et à la bonne volonté de plusieurs personnes. L'occasion est saisie ici pour les remercier de leur collaboration sans faille et de surcroît désintéressée. Il s'agit des autorités administratives, coutumières et religieuses et des notables trouvés dans les différentes régions concernées par l'enquête. Une mention spéciale est faite à l'endroit des MCR, des MCD, du personnel des formations sanitaires, des chefs de village et des chefs de quartier qui, malgré leurs nombreuses occupations, n'ont ménagé aucun effort pour nous accompagner. Un grand merci aux badianu gox qui ont été d'une aide précieuse dans la recherche des cas de décès.

Nos remerciements vont aussi à l'endroit des populations, des familles qui nous ont accueillies dans leurs foyers pour aborder un sujet délicat, rappelant des souffrances enfouies, qu'est le décès d'enfants âgés de moins de cinq ans. Les mères et toutes les autres personnes ayant partagé les derniers moments des enfants décédés, ont bien voulu partager leurs expériences.

Nous remercions chaleureusement l'équipe des enquêteurs qui ont accompli avec professionnalisme le travail qui leur était assigné : Khadim Barro, Mariama Dianké Biaye, Marième Ciss, Madialé Cissé, Zuzèle Diatta, Mariama Diédhiou, Souaré Ka, Djelia Ly, Marguerite Yandé Sarr et Abdoulaye Moussa Diallo.

Enfin, nous tenons à remercier le personnel du Programme National de Financement Basé sur les Résultats et l'équipe de la Banque mondiale pour leur soutien constant et leur engagement à nos côtés.

RÉSUMÉ

La Banque mondiale a décidé d'appuyer le Sénégal dans le domaine du renforcement de son système de santé à travers le relèvement du plateau technique des structures, l'amélioration de la qualité des soins et de leur accessibilité ainsi que l'augmentation de la demande de santé émanant des populations. La démarche préconisée est celle d'une fourniture d'incitations sur la base de la performance des structures et de leurs agents. Ainsi, une enquête baseline et une enquête endline permettront de mesurer, toutes choses étant égales par ailleurs, l'impact différencié des incitations sur les structures et les agents. C'est le sens de cette enquête sur le financement basé sur les résultats qui vise à établir la situation de base de l'offre et de la demande de soins de santé dans quatre régions du Sénégal que sont : Tambacounda, Kédougou, Ziguinchor et Sédhiou.

Elle comporte deux principaux volets : un volet quantitatif et un volet qualitatif. Le volet est en réalité constitué d'une partie quantitative basée sur la collecte et l'analyse des autopsies verbales conduites auprès de personnes ayant partagé les derniers moments de la vie de l'enfant. Cette partie permet de documenter la mortalité infanto-juvénile dans les quatre régions. La seconde partie est une observation participante au niveau de 10 structures de santé. Elle s'inscrit dans une démarche socio-anthropologique et vise à décrypter au quotidien les pratiques des agents et des patients au sein des structures de santé et l'univers de leurs interactions.

La compréhension de ces pratiques d'acteurs et de leurs interactions au quotidien est essentielle à la compréhension de la fonctionnalité des structures sanitaires, à l'efficacité et à l'efficience de leurs méthodes de travail et à la qualité des soins qu'elles délivrent aux usagers, bref à leur performance. C'est cela le rationnel de l'immersion des enquêteurs du volet qualitatif, outillés de par leur formation, à observer de l'intérieur ces pratiques et ces interactions.

Les autopsies verbales ont été administrées à travers deux questionnaires : un questionnaire pour les enfants décédés au cours de la

période néonatale et un questionnaire pour les enfants décédés au cours des périodes post néonatale et juvénile. En plus des questionnaires d'autopsie verbale, une fiche d'autopsie sociale était administré aux enquêtés. Une autre fiche dénommée Fiche d'extraction des dossiers médicaux a servi à compléter les données au niveau de la structure sanitaire où l'enfant a reçu des soins, le cas échéant. Cet outil et la fiche d'autopsie sociale n'ont pas été programmés sur tablette, mais sont plutôt en version papier pour plus de commodité dans le recueil de l'information recherchée.

La démarche initiale de ciblage des ménages concernés par les décès d'enfants au cours des 12 derniers mois était l'utilisation des données fournies par l'enquête ménage. L'enquête pilote menée au niveau de la région de Mbour a montré les limites de cette approche. C'est la raison pour laquelle, il a été décidé d'utiliser de façon concomitante les dossiers médicaux des enfants décédés et disponibles au niveau de la structures. A ces deux approches, on a adjoint une troisième qui a montré son efficacité au cours des trois premiers jours de collecte à Makacoulibantang : le recours aux informations fournies par les prestataires en général et les badienou gox en particulier (littéralement les femmes du coin, une catégorie d'agents de santé communautaire). Les contraintes de terrain nées de la difficulté à faire concilier dans le temps et dans l'espace, l'enquête ménage et la conduite des autopsies verbales a justifié le choix des deux dernières approches.

L'objectif visant à obtenir 200 autopsies verbales a été atteint. Cependant, trois questionnaires administrés n'ont pas été retrouvés au niveau de la plateforme.

Dans leurs derniers instants de vie, les enfants sont accompagnés par plusieurs personnes qui leur prodiguent des soins. Cependant, ce sont les mères dont la présence est la plus remarquée aux côtés des enfants en fin de vie. Leurs proportions varient de 73 % pour les cas de décès d'enfants de moins de 4 semaines à 65.4 % pour les des enfants décédés après la période néonatale et 64,8%, pour la période juvénile. Elles sont suivies par les grand-mères et les pères. La mortalité est beaucoup plus fréquente en

saison sèche qu'en saison pluvieuse (sauf à Kédougou). Elle toucherait les enfants de sexe masculin que ceux de sexe féminin. Qui plus est, la majorité des cas de décès ont lieu à domicile et dans les établissements de santé (en particulier les hôpitaux publics). Les causes de décès des enfants sont généralement méconnues des répondants : 1 personne sur 2 interrogée ne connaissait pas exactement la cause de décès de l'enfant. Cependant, pour les enfants de la période post- néonatale, presque ¼ des cas de décès est causé par la diarrhée. De même, la deuxième cause de décès juvéniles est la diarrhée. Dans la région de Kédougou, les cas de décès des enfants juvéniles sont plutôt causés par le paludisme et la diarrhée.

La proportion de prématurés parmi les enfants décédés durant la période néonatale est relativement importante. Un enfant décédé sur trois dans les régions de Sédhiou et de Ziguinchor serait, né prématuré. Cette proportion chute légèrement à un enfant sur quatre dans la région de Tambacounda.

Quelle que soit la région, pour 9 enfants sur 10 enfants décédés dans la période post néonatale, des soins ont été recherchés pour la maladie qui a conduit à leur décès. C'est dans la région de Tambacounda que cette proportion est plus élevée (95,2 %). Par ailleurs, ce sont les enfants de sexe féminin qui ont le plus rencontré les prestataires avec 93,8 % contre 91,7 % pour les enfants de masculin.

Le fait que 9 enfants décédés sur 10 aient reçu des traitements est quand même une source d'interrogation. Car, il ressort des observations participantes que le temps mis entre l'observation des premiers signes et la consultation dans une formation sanitaire est très court. Si ces affirmations des mères ou des gardiennes d'enfants s'avéraient exactes, cela pousserait à s'interroger sur la qualité des soins reçus, sur le fait qu'ils soient appropriés et enfin sur leur suivi (car les résultats des autopsies verbales montrent que le domicile serait par excellence le lieu de décès des enfants). Cela pousserait à s'interroger sur les effets peut être pervers du recours thérapeutique traditionnel sur l'efficacité des soins prodigués au niveau des structures de santé. En effet, un enfant décédé sur deux a été consulté par un guérisseur. Les proportions d'enfants concernés par un guérisseur

seraient de l'ordre de 60 % dans les régions de Ziguinchor et de Tambacounda.

52,2% des enfants de 0-59 mois décédés au cours des 12 derniers mois ont été consultés par un guérisseur traditionnel pour la maladie qui a conduit à leur décès. Ce sont les enfants de sexe masculin qui seraient les plus concernés comparativement aux enfants de sexe féminin.

Une proportion de 94,2 % d'enfants de 0-59 mois décédés au cours des 12 derniers mois et pendant la période post néonatale ont reçu un traitement pour la maladie qui a entrainé leur décès. Ce pourcentage atteint 100 % pour la région de Ziguinchor. De même, 94,4% des enfants de 0-59 mois décédés au cours des 12 derniers mois ont reçu un traitement pour la maladie qui a entrainé leur décès durant la période juvénile. Cette proportion atteint 100 % pour les régions de Kédougou et de Sédhiou.

Globalement, pour les enfants décédés, les ménages ne disposent pas de certificats de décès pour la plupart des cas de décès.

Observer les activités et pratiques des prestataires de santé au quotidien dans les établissements de santé à travers leurs interactions avec leurs supérieurs, leurs collègues, les patients et aussi les accompagnants va certainement constituer un jalon dans l'amélioration du système de santé au Sénégal. Cette observation menée suivant une grille d'observation dans 10 établissements de santé, a en résumé fourni de précieuses informations, pour ne pas dire cruciales pour toute politique et tout programme orientés vers l'amélioration de la performance du système de santé.

Satisfaction et frustration se mêlent et se chevauchent dans l'accueil et la prise en charge des patients dans les formations sanitaires où l'enquête a été menée. En effet, une partie de la clientèle salue le dévouement et l'engagement des prestataires de santé. Certains prestataires en arrivent à officier au cours des soirées comme ces sages-femmes qui conscientes qu'il est nécessaire d'adapter leurs horaires de travail aux réalités locales (consulter des femmes qui arrivent à des marchés hebdomadaires ou loumas). D'autres patients, par contre fustigent les comportements des prestataires et n'apprécient pas leur

façon de communiquer. Le non-respect des horaires de service accentue la frustration des patients qui ne comprennent pas que le retard au travail soit considéré comme quelque chose de normal. Si le travail est sensé débuter à 8 h, dans la pratique, les prestataires commencent quasiment leur journée entre 8 h 30 et 9 heures. Le retard est en définitive, la règle et non l'exception.

Dans les structures, les circuits formels et informels se côtoient et se croisent parfois. Des pratiques habiles permettent d'enchâsser les pratiques illégales d'approvisionnement et de vente de médicaments dans les circuits formels, ce qui les « légitiment ». Cet enchâssement nécessite pour son fonctionnement des 'collaborations'. En effet, les pratiques illégales sont permises par les collusions entre prestataires et dépositaires de médicaments qui s'activent aussi dans le clientèlisme privé et les activités commerciales.

L'accès difficile aux formations constitue aussi un problème de fond dans le domaine de l'accès aux soins et une limite majeure à la réduction des inégalités de santé.

Il existerait une chaine de dysfonctionnement prenant quelquefois racine dans la gestion du personnel, où complaisance dans les nominations, irrégularité dans la supervision des soins, manque de coordination entre responsables et prestataires, querelles internes, suspicion, confusion de rôles et non application des textes, mauvaises conditions de travail, gestion autocentrée et abus de pouvoir hiérarchique, constituent le lot quotidien et créent parfois des climats délétères au sein des formations sanitaires.

En ce qui concerne l'absentéisme, il est récurrent. Le phénomène est un fait constant dans les structures de santé. De prime abord, aucune catégorie d'agents de santé ne semble épargnée par l'absentéisme. Le phénomène serait cependant plus observé chez les prestataires plus qualifiés. Certes, le plus souvent l'absentéisme serait d'ordre professionnel. Ces motifs d'ordre professionnel renvoient souvent à des déplacements pour assister à des réunions, des séminaires, ou des ateliers de formation. Elles peuvent aussi s'expliquer par des missions de supervision. Dans tous les cas, cet absentéisme impacte négativement sur

le fonctionnement des structures de santé. L'absence de certains prestataires jouant un rôle précis (échographie, radiologie, etc.) peut bloquer le service durant toute la période de l'absence.

Si certaines absences ne sont pas maquillées, d'autres par contre le sont et gérées en interne. Il arrive que des prestataires 'instituent' un système d'absentéisme très intelligent et qui est géré tacitement et consensuellement de telle façon que chacune puisse y trouver son compte et que le service ait un certain niveau de fonctionnalité. C'est un système dans lequel au sein de certaines structures, les prestataires s'absentent à tour de rôle.

Les infrastructures ayant abrité les observations particpantes renvoient aussi aux deux faces de Janus. D'un côté, on a des infrastructures flambant neuves, dôtées de matériel à la pointe de la technologie. De l'autre côté, des formations sanotaires se singularisent par leur vétusté et l'obsolescence de leur matériel. Le dénominateur commun de toutes ces infrastructures neuves ou vétustes est l'insuffisance des services de maintenance et d'entretien, ce qui convoque en dernière instance, la question de la durabilité et de la sauvegarde du patrimoine et par de-là, la qualité des soins qui y sont prodigués.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

L'amélioration de la performance des systèmes de santé en Afrique subsaharienne peut être argumentée et analysée à l'aune de grands principes : l'un d'entre eux et non des moindres est le principe de l'équité dans l'accès et donc de la réduction des inégalités en matière de santé. Ce principe de l'équité dans l'accès aux soins de santé revêt un cachet particulier dans le cadre de cette enquête sur le Financement Basé sur les Résultats. En effet, elle concerne quatre régions qui ont la particularité d'abriter des populations précaires et dont certains pans seraient même indigents, or l'accès des populations indigentes aux soins de santé serait un défi majeur pour les pays d'Afrique subsaharienne (Kaddar et al, 2000)[1].

Par ailleurs, l'engagement des pays d'Afrique subsaharienne en général et du Sénégal en particulier, offre l'opportunité de capturer, au cours des deux ou trois prochaines décennies, le dividende démographique. Or, un certain nombre de conditions constitutives de ce que Bloom, Canning et Sevilla (2001 : 4) appellent « l'environnement politique de base » [2]. L'investissement dans la santé maternelle et infantile (qui conditionnent la maîtrise de la fécondité) et la promotion d'une gouvernance vertueuse sont au cœur du paradigme de la capture du dividende démographique et elles touchent directement les deux composantes du volet qualitatif de e l'enquête.

En effet, conformément au premier postulat de la théorie de la transition démographique, la maîtrise de la fécondité a comme préalable, la baisse de la mortalité en général et celle des enfants en particulier, pour que les couples ne sentent plus la nécessité d'avoir une fécondité d'assurance (Sall, 2012)[3]. Pour diminuer les niveaux de mortalité des

[1] Kaddar Miloud, Stierle Friedeger, Schmidt-Ehry Bergis, Tchicaya Anastase. L'accès des indigents aux soins de santé en Afrique subsaharienne. In: Tiers-Monde. 2000, tome 41 n°164. Disparités régionales et globalisation, organisations paysannes et marchés, pp. 903-925.

[2] Bloom D.E., Canning D., Sevilla J., 2001, *Economic Growth and he Demographic Transition*, Working Paper 8685, Jaypee Sevilla, National Bureau Of Economic Research (NBR) Working Paper Series, 67 p.

[3] *« Mutations démographiques. Enjeux pour le développement » in* Sénégal 2000-2012. Les institutions et politiques publiques à l'épreuve d'une gouvernance libérale, Paris, Karthala, Collection Hommes et Sociétés, 2013, pp. 449-461

enfants, il est nécessaire d'appréhender les représentations étiologiques et nosologiques ainsi que les sémiologies populaires relatives à la santé et aux causes de décès des enfants : tel est le rationnel des autopsies verbales menées auprès des personnes ayant partagé les derniers de vie des enfants décédés. De même, l'investissement dans la santé ne saurait être optimal si on ne maîtrise pas le fonctionnement des formations sanitaires et si on ne saisit pas les goulots d'étranglement qui inhibent l'amélioration de l'offre et de la demande de soins de santé : tel est le sens de l'observation participante menée au niveau des structures de santé et dont l'analyse constitue l'autre partie du présent rapport.

De façon plus spécifique, le volet qualitatif de cette étude vise deux objectifs :

1. déterminer les causes de décès chez les enfants de moins de cinq ans à travers la méthode des autopsies verbales. Cette méthode est largement inspirée de celle qui a été déjà utilisée en Guinée. In fine, on cherche à connaitre les causes de mortalité infantile en fonction non seulement des traitements reçus ou non auprès des formations sanitaires mais aussi ceux reçus auprès d'autres fournisseurs de soins et les trajectoires empruntées pour accéder à ces soins. Les régions dans lesquelles ont lieu les autopsies verbales sont pour la plupart des zones fortement attachées et ancrées aux croyances mystiques, traditionnelles qui occupent une place prépondérante. De fait, les structures sanitaires sont le plus souvent fréquentées qu'en cas de force majeure même si paradoxalement, presque la totalité des enfants décédés ont été en contact avec les prestataires de santé. Ce qui donne sens à la prépondérance des décès à domicile.
2. s'informer sur les pratiques des prestataires au sein des établissements de santé et sur les interactions entre d'une part, les prestataires entre eux, et d'autre part, entre les prestataires et les patients.

CHAPITRE 1 MÉTHODOLOGIE DE LA PARTIE QUALITATIVE

Cette partie décrit de façon extensive l'approche méthodologie utilisée pour collecter et analyser les données des autopsies verbale et les éléments de l'observation participante. C'est la raison pour laquelle l'ensemble des étapes du processus a été documentée.

Par ailleurs, avant que les enquêteurs n'aillent rejoindre leur lieu d'affectation, le coordinateur du volet qualitatif de l'étude FBR a eu à rappeler le nombre total de questionnaires d'autopsie verbale à faire pour l'ensemble des quatre régions. Il a aussi notifié à chaque agent-enquêteur, le nombre d'autopsies verbales à faire selon la cible concernée. Ainsi :

- *Au total, 200 autopsies verbales devraient être faites : 83 autopsies verbales pour les décès néonataux et 117 pour les décès des enfants âgés de 4 semaines à 5 ans. Par région, les autopsies sont réparties de la façon suivante :*

Tableau Méthodologie de la partie qualitative-1 : Nombre d'autopsie verbales réalisées par zone d'études

Région	Nombre d'autopsies verbales pour enfants décédés (Moins de 4 semaines)	Nombre d'autopsies verbales pour enfants décédés (4 semaines – 5 ans)	TOTAL
Tambacounda	24	34	**58**
Kédougou	19	24	**43**
Sédhiou	19	24	**43**
Ziguinchor	21	35	**56**
TOTAL	**83**	**117**	**200**

Tableau Méthodologie de la partie qualitative-2 : Répartition des autopsies verbales à faire par les enquêteurs en fonction de la zone d'affectation

Région	Enquêteurs	Nombre d'autopsies verbales pour enfants décédés (Moins de 4 semaines)	Nombre d'autopsies verbales pour enfants décédés (4 semaines – 5 ans)	TOTAL
Tambacounda	Makacoulibantang	8	11	**58**

Région	Enquêteurs	Nombre d'autopsies verbales pour enfants décédés (Moins de 4 semaines)	Nombre d'autopsies verbales pour enfants décédés (4 semaines – 5 ans)	TOTAL
	Bakel	7	12	
	Moudéry	9	11	
Kédougou	Salémata	9	12	**43**
	Dakately	10	12	
Sédhiou	Sédhiou	9	12	**43**
	Bounkiling	10	12	
Ziguinchor	Ziguinchor	7	12	**56**
	Ziguinchor	7	12	
	Bignona	7	11	
TOTAL		**81**	**119**	**200**

1.1 IDENTIFICATION DES CAS DE DÉCÈS

Si le principe de l'échantillonnage implique que tous les individus ou « unités » de la population considérée doivent avoir, au mieux, la même probabilité de faire partie de l'échantillon choisi, compte tenu des objectifs de l'étude menée, des caractéristiques de la population d'étude (taille, groupes différenciés) ainsi que des contraintes rencontrées sur le terrain, dans l'enquête sur les autopsies verbales, cette notion de représentativité statistique n'était pas un objectif poursuivi.

Il était convenu au départ**,** après chaque enquête Ménage et ceci au niveau de chaque région, de repérer les décès d'enfants âgés de moins de 5 ans survenus au cours des 12 derniers mois. Si dans un ménage on a plusieurs décès d'enfants de moins de 5 ans survenus au cours des 12 derniers mois, on prend un seul décès c'est à dire le plus récent pour minimiser les biais de mémorisation et réduire ainsi la redondance de

l’information à l’intérieur du ménage. Ainsi, avant de se rendre sur le lieu de l'enquête, l'enquêteur « Quali » aura à sa disposition les informations ci-après: du point de vue géographique: les coordonnées GPS du ménage, le numéro du ménage et des informations basiques comme le nom de l'enfant décédé, la date de décès de l'enfant, le sexe de l'enfant décédé, l’âge de l'enfant lors de son décès, le ou les cause(s) de décès de l'enfant et le lieu de décès.

Les trois équipes ayant démarré simultanément les enquêtes, il était quasiment impossible pour l’équipe « Quali » d’attendre l’équipe « Ménage » pour disposer des cas de décès à moins d’enregistrer beaucoup de retard car ne devant rester sur le terrain que 2 mois. Raison pour laquelle, la méthodologie de collecte a été littéralement changée et les enquêteurs sont allés eux – mêmes recueillir les cas de décès d’enfants de moins de cinq ans au cours des 12 derniers mois. Pour cela, ils ont combiné deux stratégies. La première a consisté à utiliser la méthode testée lors de l’enquête pilote et de l’étape de Maka Coulibantang et consulter les registres d’hospitalisation pour y répertorier les cas de décès d’enfants et les adresses des parents. L’autre stratégie consistait à se renseigner auprès des prestataires et des Badienou Gox en particulier sur les cas d’enfants de moins de 5 ans survenus dans la zone au cours des 12 derniers mois.

1.2 Immersion dans les formations sanitaires

Tous les enquêteurs ont été présentés officiellement aux responsables des différentes formations sanitaires concernées avec qui les coordinateurs du volet qualitatif se sont entretenus pour expliquer brièvement le FBR et aussi la présence des socio-anthropologues. En effet, dans chaque formation, ce protocole a été respecté afin que les chercheurs puissent travailler dans les conditions les meilleures en ayant un accès libre à tous les services et à tous les dossiers dont ils auraient besoin. Les responsables sensibilisés se sont chargés d’informer leur personnel en leur demandant de ne ménager aucun effort pour faciliter le travail des

chercheurs. Bien évidemment il est utile de prendre en compte le fait qu'il y a un décalage considérable entre ces civilités prononcées entre 4 murs et la réalité même si de manière générale, l'immersion de tout un chacun s'est bien déroulée.

1.3 Collecte et analyse des données d'autopsie verbale

1.3.1 Collecte des données d'autopsie verbale : outils et administration

La méthode de collecte de l'information aussi bien quantitative que qualitative a été l'interview directe avec l'administration des questionnaires d'autopsie verbale pour les enfants de 0 à 4 semaines et les enfants de 4 semaines à 5 ans et de la fiche d'autopsie sociale aux enquêtés. Même si la fiche d'autopsie sociale est beaucoup plus apparentée à la méthode qualitative, les questionnaires d'autopsie verbale pour les enfants de 0 à 4 semaines et les enfants de 4 semaines à 5 ans n'en sont pas détachés car comportant des questions ouvertes qui permettront à l'enquêté de revenir largement sur les circonstances de décès de l'enfant concerné. Ces différents outils (les questionnaires d'autopsie verbale pour les enfants de 0 à 4 semaines et les enfants de 4 semaines à 5 ans) ont été programmés sur tablette.

Une autre fiche dénommée Fiche d'extraction des dossiers médicaux a servi à compléter les données au niveau de la structure sanitaire où l'enfant a reçu des soins (si le cas se présente). Cet outil et la fiche d'autopsie sociale n'ont pas été programmés sur tablette, mais sont plutôt en version papier pour plus de commodité dans le recueil de l'information recherchée.

Chaque enquêteur ayant rejoint son lieu d'affectation, le travail a commencé dans de bonnes conditions. Dans l'ensemble, c'est le même procédé adopté à Mbour dans le cadre du pré-test qui a été repris par tous les enquêteurs avec bien évidemment des ajustements liés aux réalités des différentes localités. Chacun d'entre eux s'est rendu au niveau de la formation sanitaire assignée pour relever les cas de décès enregistrés. Ils

ont été mis en rapport avec des responsables de services particulièrement ceux de la pédiatrie qui ont mis à leur disposition les registres de 2014 et de 2015 où les cas de décès d'enfants de moins de cinq ans répondant aux critères suivants ont été pris en compte : âge, date de décès, adresse. Une fois ces informations réunies, les responsables leur ont remis les dossiers des différents cas sélectionnés. C'est ainsi que chacun a pu noter les adresses et numéros de téléphone des personnes ayant eu la charge des enfants décédés. Il faut noter que ce sont les enquêteurs affectés au niveau des hôpitaux régionaux et des centres de santé qui ont eu beaucoup plus de « chance » car ils ont pu relever facilement les cas de décès dans les registres d'hospitalisation. Par contre, les enquêteurs affectés dans les postes de santé ont dû trouver d'autres astuces pour contourner le problème. A Moudéry (Tambacounda) par exemple, l'enquêteur a obtenu des informations sur l'existence de cas décès d'enfant de 0 à 5 ans par le canal de personnes-ressources avec l'appui d'un agent de santé communautaire. En effet, par une technique de boule de neige, il a pu coopter des cibles supplémentaires de façon spirale lui permettant ainsi d'avoir les adresses des cibles à Moudéry village. C'est le cas aussi pour l'enquêteur basé à Dakately qui s'est appuyé sur le concours de certains notables et de prestataires de santé pour trouver les cas de décès. Pour l'enquêtrice qui était à Bakel, certaines informations recueillies au niveau du centre de santé se sont révélées erronées. Donc, il a fallu qu'elle utilise aussi la technique de la boule de neige pour trouver des répondants à qui administrer les questionnaires d'autopsie verbale.

Dans la zone sud, les enquêteurs basés à Ziguinchor respectivement à l'hôpital régional et au centre de santé (Hôpital Silence) en relevant les cas décès, ont trouvé des cas qui concernaient en particulier les enquêteurs basés à Bignona, Bounkiling et Sédhiou département. Par téléphone, ils leur ont fourni toutes les informations utiles : âge et sexe de l'enfant décédé, date de décès et surtout les adresses et numéros de téléphone des parents. Le niveau du plateau technique de Ziguinchor

explique que des patients venant de Bignona et même de la région de Sédhiou y sont référés.

De façon générale, l'administration des questionnaires d'autopsie verbale s'est bien déroulée. Qu'on soit prestataire de santé, notable, chef de village ou de quartier, autorité religieuse ou citoyen lambda, chacun à son niveau et selon ses connaissances et capacités a apporté sa contribution en aidant les enquêteurs dans cette étude. Raison pour laquelle, il faut surtout souligner et magnifier l'apport non moins considérable des « badianu gox » qui n'ont ménagé aucun effort pour aider à trouver les cas de décès. Elles les ont accompagnés partout, dans les villages les plus reculés. Certaines d'entre elles ont même invité certains enquêteurs dans leur réunion leur permettant ainsi de lier connaissances avec les femmes et leur exposer les motifs de l'étude. C'est l'occasion de reconnaitre ici le rôle déterminant qu'elles ont joué.

1.3.2 Nombre de questionnaires d'autopsie verbale administrés

L'objectif visant à obtenir 200 autopsies verbales a été atteint. Toutefois, le dispatching fait pour chaque enquêteur a quelque peu changé pour des raisons liées aux réalités du terrain. Ci-après, les tableaux illustratifs.

- *200 autopsies verbales: 83 autopsies verbales pour les décès néonataux et 117 pour les décès des enfants âgés de 4 semaines à 5 ans.*

Tableau Méthodologie de la partie qualitative-3 : Nombre d'autopsie verbales effectuées dans chaque région d'étude par cible

Région	Nombre d'autopsies verbales pour enfants décédés (Moins de 4 semaines)	Nombre d'autopsies verbales pour enfants décédés (4 semaines – 5 ans)	TOTAL
Tambacounda	24	34	**58**
Kédougou	19	24	**43**
Sédhiou	19	24	**43**
Ziguinchor	21	35	**56**
TOTAL	**83**	**117**	**200**

- Répartition des autopsies verbales faites par les enquêteurs selon la zone d'affectation :
- 3 autopsies verbales, (2 à Bounkiling et 1 à Salémata) bien que faites, n'ont pas été retrouvées sur le serveur.

A Kédougou, il a été très difficile pour les enquêteurs de trouver les cas de décès de 0-4 semaines. A Salémata, l'enquêtrice devait faire 10 M6A et 12 M6B, elle a fait 9 M6A et 12 M6B ; A Dakately, l'enquêteur devait faire 10 M6A et 12 M6B, il a fait 6 M6A et 16 M6B.

1.3.3 Analyse des données d'autopsie verbale

Les données ont été traitées avec le logiciel SPSS. Sur les 200 autopsies verbales réalisées, 3 n'ont pas été pris en compte dans l'analyse parce qu'elles sont introuvables sur le serveur. Deux (2) de ces autopsies concerne Bounkiling et l'une (1) Salémata. Donc, l'analyse s'est faite sur un total de 197 autopsies verbales. Tambacounda : 58 ; Kédougou : 42 ; Sédhiou : 41 ; Ziguinchor : 56. Tous les résultats se fondent sur un total de **197 autopsies verbales**. Les analyses faites essentiellement univariées et bivariées.

1.4 DÉROULEMENT DES AUTOPSIES VERBALES: POINTS FORTS ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

1.4.1 Points forts

1.4.1.a Mobilisation et dynamisme des Badianu gox et des relais

Exceptée, la ville de Ziguinchor, dans toutes les localités, une procédure standard a été suivie. Une fois dans les villages, avant de commencer le travail, une visite de courtoisie est effectuée chez le chef de village pour qu'il donne son autorisation. C'est l'occasion de lui expliquer en détail le but de l'étude. S'il donne son accord, l'enquêteur se rend ensuite chez les personnes ressources du village, c'est-à-dire la Badianu gox et les relais qui sont des personnes clés pouvant conduire directement à la cible identifiée dans les registres de l'hôpital ou du centre de santé. Qui plus est, ils sont plus à même de renseigner sur les décès d'enfants

survenus à domicile et qui n'ont pas été signalés au niveau des formations sanitaires. Beaucoup d'entre eux, surtout les Badianu gox, ont passé des journées entières avec les enquêteurs pour les accompagner dans les villages pour faire les autopsies parce que tout simplement les mères d'enfants décédés sont plus réceptives et plus confiantes quand elles voiyaient les enquêteurs accompagnés de personnes qui s'occupent de leur bien-être au niveau local et au quotidien. Elles ont joué des rôles de médiatrices dans les rares cas de refus.

1.4.2 Difficultés rencontrées

Comme toute entreprise de recherche, cette étude ne s'est pas réalisée sans un certain nombre de difficultés. Parmi celles-ci, nous n'en relèverons que quelques-unes.

1.4.2.a Inaccessibilité des sites et problèmes de transport

Les zones concernées par l'étude à l'exception de Ziguinchor commune, présentent à bien des égards des caractéristiques distinctes et communes. A Tambacounda, se pose un réel problème de déplacement surtout à Maka Coulibantang où le seul moyen de transport public disponible dans la zone est la Moto Jakarta. C'est une zone très enclavée qui ne dispose pas de routes bitumées, les voies sont latéritiques et les villages sont pour la plupart éloignés les uns des autres. De ce fait, avec les Jakarta, accéder aux cibles s'est avéré par moment problématique. A Bakel et à Moudéry, bien que le problème soit réel, il est cependant moins aigu qu'à Maka Colibantang.

La situation est plus compliquée à Kédougou qui se caractérise par la prédominance de pistes très accidentées et montagneuses entre les villages. A cela s'ajoute, la quasi inexistence de moyens de transport en commun entre les différentes localités où les enquêteurs devaient se rendre pour les besoins d'administration des questionnaires d'autopsie verbale. Et même à l'intérieur de la commune, les moyens de transport en commun font défaut.

La région de Sédhiou est aussi une zone très enclavée, difficile d'accès. Les parties Nord et l'Ouest sont les seuls axes où l'entrée est possible avec une voiture. L'accès aux parties septentrionale et orientale de la région est limité par le grand fleuve. Il n'y a qu'une seule route au Sud et une route située à l'Est qui passe par Marsassoum pour aller à Ziguinchor. La traversée par pirogue est incontournable pour partir à Goudomp. De plus, le coût du transport reste élevé. L'analyse des données va montrer l'impact négatif de l'état défectueux du réseau de transport sur la santé des populations, de surcroit celle des femmes enceintes.

1.4.2.b Trouver les adresses des cibles

Au début de l'enquête, l'identification des cibles s'est faite à partir des registres de d'hospitalisation, de décès et les informations concernant l'identification des parents ont été cherchées dans les dossiers médicaux. C'est à ce niveau que résident les difficultés. En effet, la logique voudrait que dans les dossiers médicaux soient indiqués au moins les prénoms, noms, adresses, numéro de téléphone d'un des parents ou accompagnants de l'enfant. Or, dans toutes les régions, il était difficile de retrouver toutes ces informations au complet. Dans une localité, la plupart les dossiers ou registres ne fournissaient que l'âge de l'enfant décédé et le village de résidence des parents. Par ailleurs, certains ICP et prestataires ont fait de la rétention d'information en refusant d'indiquer des cas de décès à l'enquêtrice usant de subterfuges.

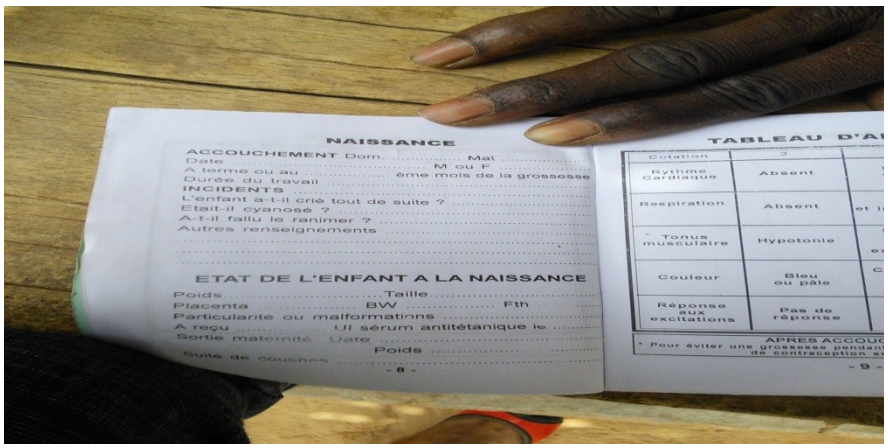
> *« Dans cette étude, nous avons retenu que le personnel sanitaire est prêt à tout pour recevoir un financement. Dès qu'ils ont su que l'enquête relevait du FBR, ils refusaient de collaborer sur leurs résultats. Ils pensent que s'ils enregistrent un cas de décès au niveau de leur poste, cela pourrait les conduire à une sanction. De ce fait, ils passaient même au centre de santé de X pour me demander de ne pas venir dans leurs postes parce qu'il n'y avait pas de cas de décès d'enfants. Mais cela ne nous a pas empêché d'y aller. Le paradoxe est que ce sont les localités où les ICP passaient me voir pour me dire qu'il n'y a pas de cibles qui ont enregistré plus de cas de décès (cas du village Y et du village Z).»*

Si certains prestataires versent dans la rétention d'information, dans d'autres structures, certaines références indiquées pour retrouver des cas

de décès se sont révélées erronées. Ces erreurs concernent l'âge au décès, le lieu de résidence des parents, etc. Or, il peut arriver quand on interviewe la mère, que l'on se rende compte que l'enfant est mort-né. Beaucoup de cas similaires se sont présentés à X où des cas de décès supposés être néonataux se sont révélés être des mort-nés.

Dans cette autre localité, certes des cas de décès ont été trouvés, mais certaines informations indiquées pour les retrouver n'étaient pas complètes. En effet, par moment il a été très difficile de retrouver toutes les cibles sur les lieux indiqués dans le registre parce que l'enquêteur ne disposait que du nom et de la localité. Il fallait faire du porte à porte, se renseigner auprès des notables pour trouver les répondants. La situation est similaire dans cette autre localité du sud du pays. Ces faits mettent en exergue les problèmes administratifs qui prévalent dans les formations sanitaires où des choses simples deviennent compliquées et faussent carrément la traçabilité des cas de décès.

1.4.2.c Renseigner les fiches d'extraction des dossiers médicaux



Dans cette étude, les renseigner fiches d'extraction des dossiers a été certainement la tâche la plus délicate en rapport avec des manquements notés au niveau des formations sanitaires. Beaucoup

de registres de consultation, d'hospitalisation, de décès, de dossiers médicaux et les carnets de santé de la mère et/ou de l'enfant sont remplis à moitié ou pas du tout.

Il est difficile d'en déterminer les causes qui peuvent être diverses (manque de contrôle du travail par les supérieurs hiérarchiques, paresse, ignorance, incompétence, etc.) Dans tous les cas, cela a causé de véritables soucis aux enquêteurs. En effet, l'enquêteur trouve un répondant, lui administre un questionnaire d'autopsie verbale, une fiche d'autopsie sociale (s'il y a lieu) et si le cas se présente, il se rend ensuite à la formation sanitaire où l'enfant a reçu des soins pour l'extraction des dossiers médicaux. C'est à ce niveau où il y a un décalage. L'enfant peut passer plusieurs jours à l'hôpital et recevoir des soins sans pour autant que ceux-ci soient répertoriés dans les dossiers médicaux. C'est ce qui explique le fait que le répondant énumère les soins prodigués à l'enfant que l'enquêteur ne puisse pas retrouver ces protocoles thérapeutiques dans le dossier médical.

1.5 Collecte et analyse des données de l'observation

1.5.1 Technique, outils et déroulement de la collecte des données

1.5.1.a Technique et outils

La méthodologie utilisée dans cette partie de l'étude est principalement qualitative. Elle s'est appuyée sur des techniques de collecte de données qualitatives que sont l'observation (directe, indirecte et participante) et des entretiens. En ce sens, il faut préciser qu'initialement, les entretiens ne faisaient pas partie du planning protocolaire. Mais, de façon consensuelle, il a été jugé nécessaire après une lecture objective des caractéristiques des zones de recherche, de les inclure pour deux raisons. La première s'explique par la qualité et la véracité des informations recueillies et la seconde est relative principalement à la barrière linguistique.

Les 10 formations sanitaires (2 hôpitaux régionaux, 6 centres de santé et 2 postes de santé) ayant accueilli les 10 socio-anthropologues sont les suivantes :

Tableau Méthodologie de la partie qualitative-4 : formations sanitaires ayant accueilli les socio-anthropologues

N°	Formations sanitaires	Région
1	Centre de santé de Maka Coulibantang	Tambacounda
2	Centre de santé de Bakel	Tambacounda
3	Poste de santé de Moudéry	Tambacounda
4	Centre de santé de Salémata	Kédougou
5	Poste de santé de Dakately	Kédougou
6	Hôpital régional de Sédhiou	Sédhiou
7	Centre de santé de Bounkiling	Sédhiou
8	Hôpital régional de Ziguinchor	Ziguinchor
9	Centre de Santé de Ziguinchor	Ziguinchor
10	Centre de santé de Bignona	Ziguinchor

L'observation participante est une démarche inductive qui vise à découvrir par l'observation ce qui organise les rapports sociaux, les pratiques et les représentations des acteurs du terrain étudié. Elle implique de la part du chercheur une immersion active dans son terrain lui permettant d'avoir accès à des informations cruciales et de mieux comprendre certains fonctionnements difficilement appréhendables par un regard extérieur.

Dans le cadre de l'étude sur le Financement Basé sur les Résultats, il s'agissait pour les enquêteurs socio-anthropologues de faire une immersion de deux mois dans les différentes formations sanitaires listées ci-dessus. Durant toute la durée de cette observation, les points à

renseigner sous-tendus par une grille d'observation, ont orienté le travail à accomplir. Ainsi, les enquêteurs se sont rapprochés de tous les services pour observer :

- L'accueil réservé aux patients et aux accompagnants ;
- La prise en charge des patients par les prestataires avec un focus sur les interactions.
- L'accès aux soins à l'intérieur des formations sanitaires. L'objectif étant d'avoir une idée sur les circuits formels et informels d'accès aux soins au sein de ces dites structures ;
- La disponibilité et l'accès aux médicaments dans les formations sanitaires (facilités et/ou difficultés rencontrées par les patients pour accéder aux médicaments) ;
- Les pratiques parallèles des prestataires de santé à l'intérieur des formations sanitaires (Vente illicite des médicaments, sources d'approvisionnement en médicaments détenus par les prestataires de santé, mécanismes et dispositifs de contournement des lois et règlements régissant la vente de médicaments ; détournement de la clientèle vers des structures privées et prise en charge d'une clientèle privée à l'intérieur des structures sanitaires, les détournements de patients vers les formations sanitaires privés, fourniture de soins à domicile …) ;
- Les charges horaires des prestataires de santé par rapport à leurs cahiers de charge au sein des formations sanitaires cibles ;
- La gestion du temps et « temps morts » pendant les heures de travail (Temps consacré au travail en observant les prestataires de santé débordés de travail, les prestataires de santé occupés à flâner à l'intérieur de la structure, la fréquence des visites de parents et amis obligeant ainsi le prestataire à cesser temporairement son travail, etc.; rapport entre les prestataires et les agents subalternes) ;
- La gestion du personnel : système de contrôle de la qualité des prestations et des soins, recrutement du personnel, gestion des incitations, gestion des absences, dénonciation entre collègues, gestion des conflits entre prestataires ;
- Les grèves : en cas de grève, les comportements des prestataires de santé, le respect des consignes syndicales, l'assurance d'un service minimum, etc.
- La fréquence de l'absentéisme, les catégories les plus touchées, les périodes concernées et raisons avancées par les principaux concernés ;
- Le partage des tâches, consensus et mécanismes établis entre prestataires pour gérer les absences, stratégies mises en place par

les principaux concernés pour maquiller leurs absences, accès et gestion des pièces justificatives des absences, tolérance des supérieurs hiérarchiques par rapport aux absences de leurs subordonnés.

- La gestion et maintenance des infrastructures et matériels.

Par ailleurs, il a été jugé nécessaire d'effectuer des interviews avec le personnel pour plus de précision et surtout pour les besoins de triangulation des sources et de complémentarité des informations. Il est évident qu'il fallait aussi, à ce niveau, mesurer les écarts entre le discours des acteurs et les actions observées, chose qui a été faite. Ainsi, les enquêteurs ont recueilli d'autres informations non prises en compte par la grille d'observation mais dont ils ne pouvaient faire fi car étant en corrélation avec l'ensemble. Ces informations seront mises en exergue dans la partie consacrée à l'analyse descriptive et à l'interprétation des données.

1.5.1.b Déroulement de la collecte

L'observation n'est pas une tâche aisée si on en juge l'environnement « hostile » dans laquelle elle s'est déroulée. En effet, les responsables des structures sanitaires de même que la plupart des prestataires de santé avaient des échos sur les objectifs du FBR. De fait, ils étaient sur leur garde et se « méfiaient » beaucoup des enquêteurs socio- anthropologues parce que ne sachant pas tellement quel sens donner à la présence de ces derniers sur leur lieu de travail.

Malgré de nombreuses difficultés rencontrées, les enquêteurs ont fait leur observation de manière différenciée selon les conditions et les réalités propres au terrain tout en ayant en commun le procédé suivant lequel, les données sont prises de façon réflexive c'est-à-dire à cheval entre le jeu des acteurs et leur carnet de terrain. Elles sont collectées de façon progressive et instantanée avec toujours des questionnements pour réduire le plus possible les biais d'interprétations de la part du chercheur. Concrètement, à chaque fois que les enquêteurs socio- anthropologues n'étaient pas sûrs de comprendre un ou des faits qui se déroulaient sous

leurs yeux c'est-à-dire les mobiles et les intentions des acteurs, ils ont fait une triangulation pour corroborer leur raisonnement avec la pensée collective. C'est dans cette perspective qu'il faut retenir que les données recueillies sont toutes passées *in fine* au crible de l'intersubjectivité avec les acteurs concernés. Le déroulement de la collecte s'est fait à trois phases : observation, validation et rédaction.

La phase observation **:** Ce moment correspond au recueil de données empiriquement saisissables. Elle s'est faite de manière désintéressée et spontanée suivant la posture que l'enquêteur a adoptée pour accéder aux informations dont il a besoin. Par exemple, pour voir les interactions entre agents et patients dans la salle de travail en maternité, certains enquêteurs socio- anthropologues ont dû participer à des accouchements. Ou encore, lorsqu'il s'agissait de déceler la centralité du pouvoir sur la personne de l'infirmier dans les postes de santé, il a fallu assister, à n'importe quelle heure, à presque toutes les prises en charge et soins prodigués en infirmerie. Bref, cette phase leur a permis de voir les faits bruts sans interprétation ni déformation aucune. Cependant, il y a eu des éléments qui nécessitaient des éclairages auprès des agents de santé, des patients et des accompagnants. C'est ce qui a expliqué la nécessité de procéder à une phase de validation des événements et des éléments observés.

Phase de validation **:** Elle a consisté à demander les avis des acteurs en ce qui concerne des points peu compréhensibles ou contradictoires selon leur entendement. Ces entretiens informels, ont permis d'étayer la véracité de certains propos avancés dans ce document. Sur la question de l'accès aux soins par exemple, les acteurs, prestataires de santé comme communautaires, se sont accordés sur le fait qu'il y a une discrimination concernant les prestations durant les heures supplémentaires. Ce sont ces genres de nuance que la validation permet de saisir dans ce rapport de terrain pour pouvoir aller vers la phase de rédaction.

Phase de rédaction **:** Cet exercice s'est déroulé de manière subtile et parfois à des heures tardives de la nuit. Elle a permis aux enquêteurs, au-

delà de l'observation et de la validation, de se mettre dans une perspective analytique.

1.5.2 Analyse des données de l'observation

Les principales données obtenues dans cette étude l'ont été à partir des observations directes où les socio-anthropologues, munies de leur journal de bord consignaient tout ce qui leur semblait pertinent ou pas du tout ; des entretiens informels eus avec des patients, des accompagnants, de simples personnes présentes sur place ; des entretiens formels eus avec les prestataires en fin de mission.

C'est la méthode de l'analyse de contenu qui a été privilégiée dans l'analyse des données de l'observation. Selon Rudolf REZSOHAZY,

L'analyse de contenu permet l'étude des idées, des pensées, des conceptions, des valeurs, soit dans leur expression la plus simple, soit organisée en système. L'analyse de contenu est précieuse pour l'étude de l'évolution, de la transformation, de la diffusion des idées, des conceptions, des valeurs (…) l'analyse de contenu est utile pour déterminer l'importance d'un phénomène, d'un personnage, l'intensité d'un conflit, d'un engagement, etc.[4].

Cette définition illustre bien la conception de l'analyse de contenu qui a été faite sur les différentes données recueillies dans les formations sanitaires à partir aussi bien des observations et des entretiens. Les deux formes de l'analyse de contenu ont été utilisées c'est-à-dire celle manifeste et celle latente. L'analyse de contenu manifeste consiste à analyser ce dont on dispose sans aller supposer des dessous cachés. C'est en fait, « *le sens perçu par une simple lecture* »[5]. Ce qu'il y a lieu de faire, c'est de procéder à l'analyse de ce qui a été ouvertement observé et ce qui a été dit par les répondants c'est-à-dire les opinions, les idées, les croyances, les idéologies et s'en limiter. Mais, le chercheur, en l'occurrence le sociologue/l'anthropologue ne peut absolument pas arrêter son analyse sur

[4] REZSOHAZY Rudolf, 2006, *Sociologie des valeurs*, Paris, Armand Colin, p.118.

[5] MUCCHIELLI Roger, 1979. *L'analyse de contenu des documents et des communications*. (3e édition révisée),
Paris, Éditions ESF.

le seul contenu manifeste. C'est son devoir d'aller au-delà et c'est ce qu'on attend de lui et c'est qui a été fait dans le cadre de cette étude. Ainsi, l'analyse de contenu latent a trouvé son importance dans ce cas précis dans sa capacité à prendre en considération les éléments symboliques du contenu analysé. Ce qui est révélé par le discours sans être explicitement dit, ce qui est révélé par le comportement, le gestuel, etc. Elle permet l'accès au sens réel du matériel analysé. C'est en fait la quête du sens caché, saisir les « non-dits ». Ce sont en fait ces deux notions complémentaires qui constituent le soubassement de l'analyse des données tirées de l'observation.

En résumé, les données ont suivi la procédure habituelle de l'analyse de contenu à savoir une pré- analyse (lecture et relecture), d'une analyse proprement dite constituée du codage et de la catégorisation des données. S'y ajoute, une la méthode de l'analyse du discours a été aussi utilisée.

1.6 DÉROULEMENT DE L'OBSERVATION : POINTS FORTS ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

1.6.1 Les points forts

1.6.1.a Passer par des astuces pour se faire accepter

Au début, se faire accepter dans les structures de santé n'a pas été facile pour les enquêteurs. Ils ont dû recourir à des astuces pour faire convenablement leur travail.

- Consultation des registres de décès ;
- Vente de médicaments IB ;
- Discussions informelles aux heures de pause, à la descente ;
- Assister aux consultations sur permission des prestataires ;
- Boire du thé avec les prestataires de santé à des heures de travail aux services d'urgence ;
- Prendre le petit déjeuner à la maternité ;
- Faire la révision des dossiers à la médecine générale ;

- Remplir les fiches d'extraction et la recherche des dossiers (cela leur permettait d'être avec les prestataires sans se faire remarquer et pour mieux voir la manière dont ils se comportent entre eux et avec les patients).
- Changer les heures et les places de fréquentation de manière imprévisible.
- Susciter un débat sur un autre domaine bien précis et les amener de manière subtile à parler.

1.6.2 Les difficultés rencontrées

1.6.2.a Méfiance des responsables des formations sanitaires et des prestataires de santé FBR=FBI

Les premiers à s'être méfiés des socio-anthropologues étaient les responsables des formations sanitaires sans exception car ils avaient une petite idée des objectifs visés par le FBR et les répercussions aussi bien positives que négatives que cela pourrait engendrer. Ainsi, la présence et le rôle des chercheurs leurs a beau être expliqués, ils étaient dans une position défensive. De fait, à chaque fois qu'un socio-anthropologue était présenté officiellement dans une structure, le responsable (Directeur, ICP, etc.) prenait toujours le soin de convoquer les prestataires pour leur expliquer non seulement la situation et l'intérêt du FBR.

> *« Dès mon arrivée à la structure X, le lundi 08 Mars 2015, le responsable qui connait le projet de Financement Basé sur les Résultats a organisé une réunion avec tous les chefs de service pour faire ma présentation. Lors de cette rencontre j'ai expliqué le but de cette étude et les chefs de service me posaient des questions en retour. C'était une séance de questions réponses. Le directeur a évoqué le volet financier qu'il maitrise mieux que moi tout en demandant à ses employés de bien se comporter avec les patients mais aussi de produire de bons résultats. Car, je suis là pour écrire un rapport sur tout ce qu'ils feront comme erreurs. De ce fait, les prestataires de l'hôpital quand ils me voyaient venir ils changeaient de comportements et me regardent avec méfiance ».*

La méfiance des responsables des formations sanitaires est à l'image de celle manifestée par les prestataires de santé qui se sont senties toute de suite menacés. Si certains d'entre eux ont supposé que les chercheurs étaient venus pour les auditer, d'autres par contre affirmaient qu'ils cherchaient tout simplement à les espionner.

> *« Au début, personne ne se doutait que je parle mandingue, ils (les prestataires) croyaient que je suis Wolof. Et cela me permettait d'entendre ce que les accompagnants*

racontaient sur les prestataires de santé, mais aussi d'entendre les paroles que les soignants adressaient aux patients et ce qu'ils pensaient de ma présence. Il y avait une barrière qui existait entre les prestataires de santé et moi, il a fallu briser la glace en leur demandant : pourquoi vous vous méfiez de moi ? Et cette question a suscité une discussion intéressante. Beaucoup d'entre disent qu'il y a des gens qui viennent à l'hôpital pour les espionner ou pour savoir comment faire un avortement raison pour laquelle ils se méfiaient ».

« Tout au début, il a été très difficile de me rapprocher des prestataires de santé, car ces derniers étaient très méfiants. Quand ils me voient venir, ils s'empressent de faire leur travail tout en me regardant de façon suspecte. Il a fallu que je prenne un peu mes distances en allant faire mes autopsies pendant quelques jours et à mon retour je me suis concentrée sur le remplissage des fiches d'extraction des dossiers médicaux. C'est en faisant ce travail que je me suis rapprochée d'eux tout en leur expliquant que je cherche les causes des décès d'enfants âgés de 0 à 5 ans dans le cadre du financement. Mais je ne suis pas là pour jouer au gendarme, ni pour vous pénaliser ».

Nombreux sont les responsables de structures à avoir participé à des ateliers sur le FBR qu'ils maitrisent, surtout en ce qui concerne le volet financier. C'est la raison pour laquelle qu'ils en ont parlé dans les toutes les réunions où il était possible de le faire afin de conscientiser et de sensibiliser les prestataires à fournir plus d'efforts dans leur travail.

« Lors de la réunion de coordination du district, le point focal nutritionniste d'une structure était présent. Ce dernier était au courant de l'observation participante que j'étais en train de faire. Au début de la réunion, le MCD a demandé à ce que je me présente. C'est à ce moment que le Monsieur a commencé à dire « vous voyez mes chers ICP, cette année est une année particulière, parce qu'il y a FBR, heureusement qu'il y a un agent présent dans la salle. Vous savez avec FBR, pas de résultats pas de financement donc mettez-vous au travail ». C'est à partir de ce moment que les ICP prenaient mes coordonnées et ont commencé à se méfier de ma présence. Aussi, le personnel du centre de santé a commencé aussi à me poser des questions afin de savoir si j'étais venue pour les superviser ». (Tambacounda)

1.6.2.b Justifier constamment sa présence

Il va de soi que l'observation est une technique complexe. Les prestataires arrivent au travail et voient des observateurs extérieurs qui scrutent leur travail au quotidien. Ils ne l'ont pas facilement accepté et se sont comportés de manière telle à pousser les enquêteurs à justifier leur présence. Certes les activités d'extraction des dossiers médicaux et de consultation des registres leur permettait de s'immiscer dans certains services, d'observer les prestataires sans éveiller aucune attention, mais

au fur et à mesure que la mission avançait et ayant nécessairement besoin d'entrer dans tous les autres services il a fallu avoir un argument valide pour les convaincre. Le fait le plus anecdotique et non moins dénué de sens est certainement le comportement des prestataires quand ils croisaient les chercheurs dans les couloirs en leur lançant à l'entendement de tous « Sociologue ! » afin d'attirer l'attention de leurs collègues sur eux et de faire aussi passer un message.

> *« Nous avons avancé l'argument que si une partie du travail concernait la mortalité infantile, l'autre partie de notre mission demandait à ce qu'on se rapproche des différents services pour essayer de voir comment ils sont organisés dans le travail. C'est ainsi que nous avons pu renseigner une grande partie de l'étude. Toutefois, certains n'ont pas manqué d'être méfiants à notre égard, ceci se manifestant par des justifications sur leur retard à chaque fois qu'ils nous voyaient, d'autres comme cet ASC qui nous a tenu ces propos « on m'a dit de me méfier de toi et de bien faire attention à ce que je raconte » ».*

1.6.2.c Travailler dans une atmosphère clanique

Ce phénomène est plus présent dans les grandes structures. La gestion du responsable en constitue la cause première. Deux groupes s'opposent : le premier est solidaire du responsable de la structure et le deuxième clan est constitué d'agents généralement hostiles au responsable de la structure. Ce sont des données structurelles des formations sanitaires créant ainsi une atmosphère perpétuellement conflictuelle. Ce clanisme structure les relations au niveau des structures et dessine lignes de démarcation, reconfigurant les cercles d'affinité et d'amitié ainsi que les centres d'intérêt. Les enquêteurs du volet qualitatif ont dû naviguer de façon habile dans ce climat pour pouvoir faire correctement leur travail.

CHAPITRE 2 ANALYSE DE LA MORTALITÉ À PARTIR DES AUTOPSIES VERBALES

Conformément à la méthodologie retenue, les autopsies verbales ont été conduites auprès des personnes ayant partagé les derniers instants de vie des enfants décédés. Les enfants éligibles étaient ceux décédés soit au cours des périodes néonatale (questionnaire 0-4 semaines) soit au cours des périodes post néonatale ou juvénile (questionnaire 4 semaines- 5ans). Pour minimiser les biais de mémorisation, la période de référence était les 12 derniers mois précédant l'arrivée des agents enquêteurs sur les sites. Elles ont permis de collecter des informations cruciales sur l'état de santé des enfants décédés, sur ceux de leurs mères et sur les recours aux soins.

2.1 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES RÉPONDANTS ET DES MEMBRES AYANT PRIS SOIN DE L'ENFANT DÉCÉDÉ

2.1.1 Lien de parenté du répondant avec l'enfant

Comme indiqué précédemment, le répondant au questionnaire d'autopsie verbale est la personne qui a partagé avec l'enfant ses derniers instants de vie. Il apparait donc que ce sont les mères, qui constituent au moins les deux-tiers des personnes qui partagent les derniers instants de la vie des enfants et ce, quel que soit le type de mortalité considérée (néo natale, post néo natale et juvénile). Elles sont suivies des pères et des grand-mères.

Tableau Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-5: Lien de parenté du répondant avec l'enfant selon la région

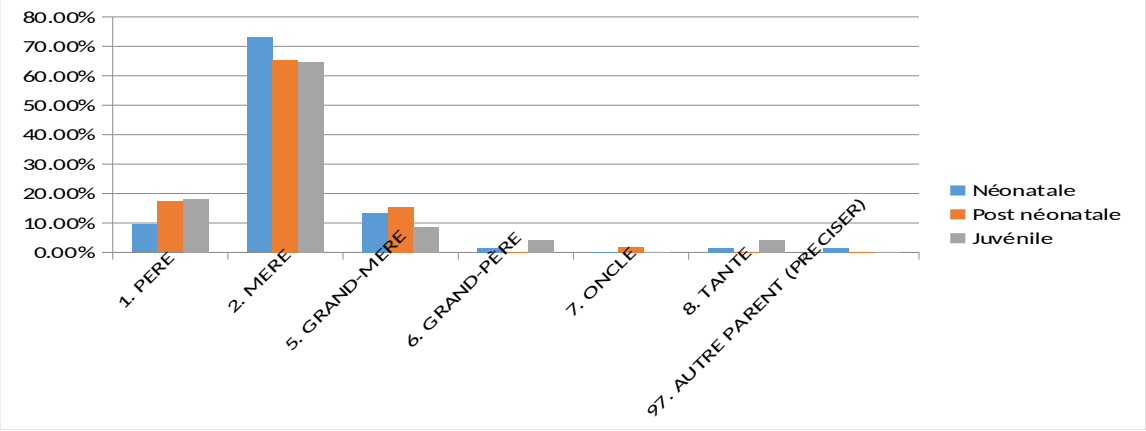
		PERE	MERE	FRERE	SŒUR	GRAND-MERE	GRAND-PÈRE	ONCLE	TANTE	SANS PARENTE	AUTRE PARENTE
Néo-natale	KEDOUGOU	0,0%	90,9%	0,0%	0,0%	9,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	SEDHIOU	11,1%	61,1%	0,0%	0,0%	16,7%	5,6%	0,0%	0,0%	0,0%	5,6%
	TAMBA	4,2%	87,5%	0,0%	0,0%	8,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	ZIGUINCHOR	19,0%	57,1%	0,0%	0,0%	19,0%	0,0%	0,0%	4,8%	0,0%	0,0%
	Total	9,5%	73,0%	0,0%	0,0%	13,5%	1,4%	0,0%	1,4%	0,0%	1,4%
Post néo-natale	KEDOUGOU	25,0%	60,0%	0,0%	0,0%	15,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	SEDHIOU	42,9%	57,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	TAMBA	8,3%	66,7%	0,0%	0,0%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	ZIGUINCHOR	0,0%	76,9%	0,0%	0,0%	15,4%	0,0%	7,7%	0,0%	0,0%	0,0%

		PERE	MERE	FRERE	SŒUR	GRAND-MERE	GRAND-PÈRE	ONCLE	TANTE	SANS PARENTE	AUTRE PARENTE
	Total	17,3%	65,4%	0,0%	0,0%	15,4%	0,0%	1,9%	0,0%	0,0%	0,0%
Juvénile	KEDOUGOU	27,3%	45,5%	0,0%	0,0%	9,1%	9,1%	0,0%	9,1%	0,0%	0,0%
	SEDHIOU	37,5%	50,0%	0,0%	0,0%	6,3%	6,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	TAMBA	9,1%	77,3%	0,0%	0,0%	4,5%	0,0%	0,0%	9,1%	0,0%	0,0%
	ZIGUINCHOR	9,1%	72,7%	0,0%	0,0%	13,6%	4,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Total	18,3%	64,8%	0,0%	0,0%	8,5%	4,2%	0,0%	4,2%	0,0%	0,0%

Cela montre le rôle central de la mère dans la prise en charge et dans les soins prodigués à l'enfant malade. Cette présence de la mère aux côtés de l'enfant en fin de vie est cependant plus marquée dans la période néo natale et cela s'explique évidemment par le fait qu'à cet âge (moins d'un mois), il est difficile de déléguer les tâches de prise en charge d'un nouveau-né malade. Cette délégation a lieu dans des cas extrêmes (décès de la mère lors de l'accouchement ou maladie). C'est aussi dans les régions de Kédougou (90,9 %) et de Tambacounda (87,5%) que l'on note le plus la présence de la mère aux côtés des enfants malades et en fin de vie.

En résumé, dans chaque région, plus de la moitié des répondants sont les mères en ce qui concerne toutes les catégories. Exception est faite pour la région de Kédougou où les mères répondantes ne constituent que 45.5% dans la période juvénile.

Figure Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-1 : Lien de parenté du répondant avec l'enfant



2.1.2 Fréquentation et niveau d'instruction du répondant

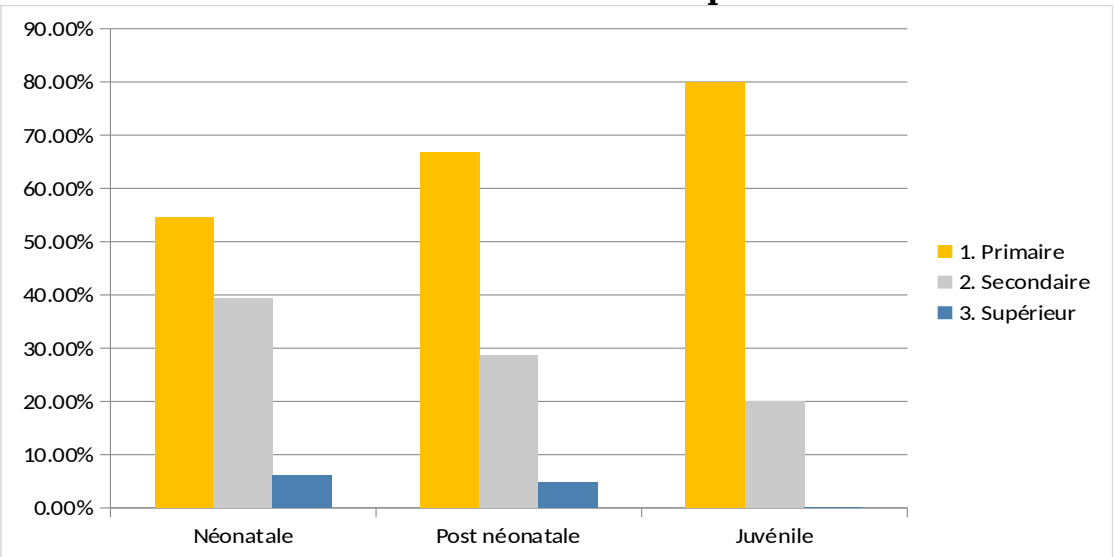
Les résultats montrent qu'au moins 40% des répondants ont fréquenté l'école quel que soit le niveau de mortalité dans l'enfance. C'est au niveau de la mortalité juvénile qu'il y a plus de répondants qui sont allés à l'école (49,1%). Globalement le niveau de fréquentation le plus élevé se trouve en Ziguinchor. Cependant, la moitié

de la moitié de ceux qui ont fréquenté l'école n'ont atteint que le niveau d'instruction primaire. Par ailleurs, les niveaux d'instruction les plus faibles sont généralement observés dans la région de Kédougou et à Ziguinchor où les niveaux sont les plus élevés. Comme, nous le montreront dans les tableaux suivants, les répondants sont les personnes ayant partagé les derniers instants de vie de l'enfant décédé et les mères sont surreprésentés dans ce groupe. Le fait que le niveau d'instruction de la mère soit faible influe sur le niveau de mortalité de l'enfant (courant socio-culturel de la mortalité). En effet, plus d'instruction de la mère est élevé, plus l'enfant a des chances de survie (Akoto, 1985 ; Akoto et Tabutin, 1989).

Tableau Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-6 : Fréquentation et niveau d'instruction du répondant selon la région

		Est-ce que vous avez fréquenté l'école ?		Primaire		Secondaire		Supérieur
		%	N % ligne	Effectif	N % ligne	Effectif	N % ligne	Effectif
Néonatale	KEDOUGOU	27,3	100,0%	3	0,0%	0	0,0%	0
	SEDHIOU	61,1	63,6%	7	27,3%	3	9,1%	1
	TAMBA	20,8	60,0%	3	40,0%	2	0,0%	0
	ZIGUINCHOR	57,1	41,7%	5	50,0%	6	8,3%	1
	Total	41,9	58,1%	18	35,5%	11	6,5%	2
Post-néonatale	KEDOUGOU	20,0	100,0%	4	0,0%	0	0,0%	0
	SEDHIOU	42,9	33,3%	1	66,7%	2	0,0%	0
	TAMBA	41,7	100,0%	5	0,0%	0	0,0%	0
	ZIGUINCHOR	69,2	44,4%	4	44,4%	4	11,1%	1
	Total	40,4	66,7%	14	28,6%	6	4,8%	1
Juvénile	KEDOUGOU	45,5	100,0%	5	0,0%	0	0,0%	0
	SEDHIOU	43,8	100,0%	7	0,0%	0	0,0%	0
	TAMBA	36,4	87,5%	7	12,5%	1	0,0%	0
	ZIGUINCHOR	68,2	60,0%	9	40,0%	6	0,0%	0
	Total	49,3	80,0%	28	20,0%	7	0,0%	0

Figure Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-2 : Fréquentation et niveau d'instruction du répondant



2.1.3 Personnes présentes dans le ménage ayant aidé à soigner l'enfant

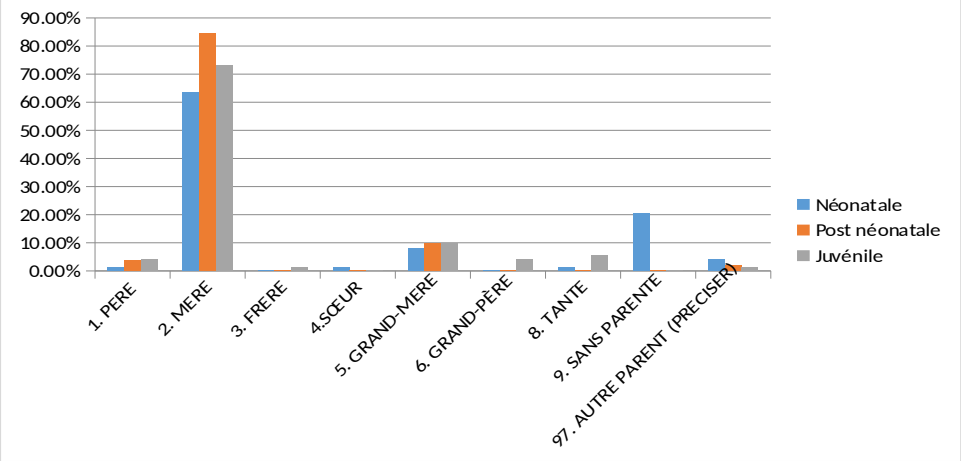
Les résultats relatifs à la prise en charge des enfants confirment globalement les conclusions tirées au paragraphe relatif aux répondants. Ce sont les mères qui pour l'essentiel s'occupent des soins de l'enfant dans ses derniers instants, suivies des grands-mères dont le rôle traditionnel dans la prise en charge des enfants reste encore important dans ces régions.

Tableau Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-7 : Personnes présentes dans le ménage ayant aidé à soigner l'enfant selon la région

		PERE	MERE	FRERE	SŒUR	GRAND-MERE	GRAND-PÈRE	ONCLE	TANTE	SANS PARENTE	AUTRE PARENT
Néonatale	KEDOUGOU	0,0%	81,8%	0,0%	0,0 %	9,1%	0,0%	0,0%	0,0%	9,1%	0,0%
	SEDHIOU	0,0%	55,6%	0,0%	5,6%	16,7%	0,0%	0,0%	0,0%	16,7%	5,6%
	TAMBA	4,2%	79,2%	0,0%	0,0 %	8,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	8,3%
	ZIGUINCHOR	0,0%	42,9%	0,0%	0,0 %	0,0%	0,0%	0,0%	4,8%	52,4%	0,0%
	Total	1,4%	63,5%	0,0%	1,4%	8,1%	0,0%	0,0%	1,4%	20,3%	4,1%
Post néonatale	KEDOUGOU	5,0%	85,0%	0,0%	0,0 %	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	SEDHIOU	14,3%	85,7%	0,0%	0,0 %	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	TAMBA	0,0%	83,3%	0,0%	0,0 %	16,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	ZIGUINCHOR	0,0%	84,6%	0,0%	0,0 %	7,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	7,7%
	Total	3,8%	84,6%	0,0%	0,0 %	9,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,9%
Juvénile	KEDOUGOU	9,1%	63,6%	0,0%	0,0 %	9,1%	9,1%	0,0%	9,1%	0,0%	0,0%
	SEDHIOU	6,3%	75,0%	0,0%	0,0 %	6,3%	6,3%	0,0%	6,3%	0,0%	0,0%
	TAMBA	4,5%	68,2%	4,5%	0,0 %	13,6%	0,0%	0,0%	9,1%	0,0%	0,0%
	ZIGUINCHOR	0,0%	81,8%	0,0%	0,0 %	9,1%	4,5%	0,0%	0,0%	0,0%	4,5%
	Total	4,2%	73,2%	1,4%	0,0 %	9,9%	4,2%	0,0%	5,6%	0,0%	1,4%

Cependant, en juxtaposant les statistiques relatives aux répondants et celles relatives aux personnes prenant soin de l'enfant, il apparaît que pour les enfants décédés dans la période néo natale, ce sont toujours les mères qui s'occupent des soins de l'enfant mais viennent ensuite d'autres personnes non apparentées à l'enfant. Dans 1 cas de décès néo natal sur 5, une personne non apparentée à l'enfant s'est occupée des soins prodigués à l'enfant.

Figure Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-3 : Personnes présentes dans le ménage ayant aidé à soigner l'enfant



Ainsi, dans chaque région prise individuellement et dans toutes les catégories d'âge, les schémas sont identiques : ce sont en majorité les mères qui prennent soin des enfants, suivies des grand-mères. Seulement, pour la période néonatale, ce sont les personnes non apparentées aux enfants qui secondent les mères.

2.2 Caractéristiques sociodémographiques des enfants décédés

2.2.1 Structure par sexe et par âge de l'échantillon

La majeure partie des enfants décédés sont de sexe masculin. Cette surmortalité masculine s'observe le plus durant la période infantile (période néonatale et post-néonatale). A Kédougou, 90,9 % des enfants décédés dans la période néonatale sont des garçons. S'agissant de la mortalité post-néonatale et juvénile, à Tambacounda, on observe une situation contraire marquée par une surmortalité féminine dans les périodes post-néonatale et juvénile.

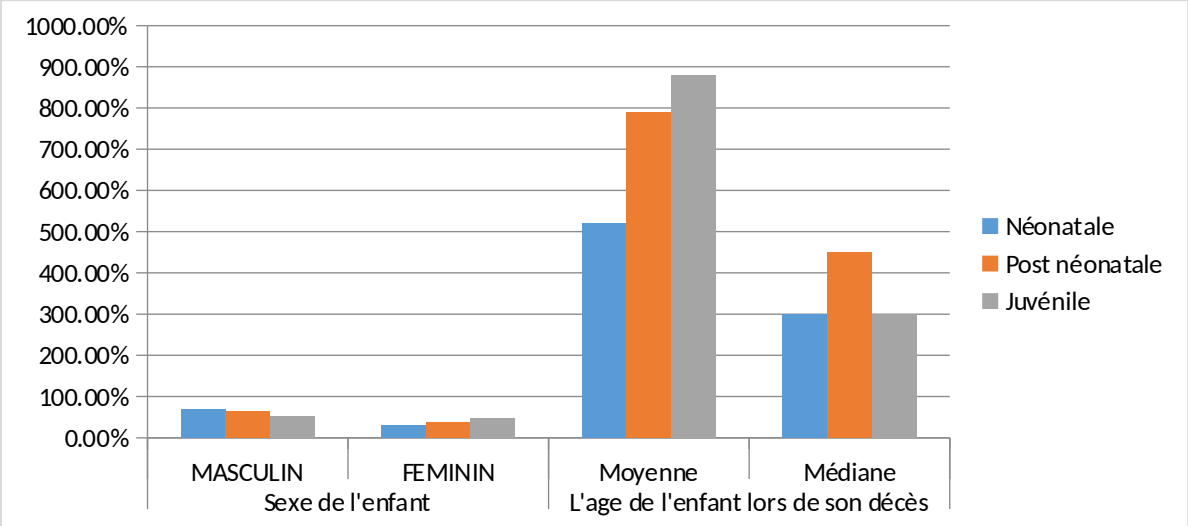
Tableau Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-8 : Structure par sexe et par âge des enfants décédés selon la région

		Sexe de l'enfant				L'âge de l'enfant lors de son décès	
		MASCULIN		FEMININ		Moyenne	Médiane
		N % ligne	Effectif	N % ligne	Effectif		
Néonatale	KEDOUGOU	90,9%	10	9,1%	1	9,5	5
	SEDHIOU	50,0%	9	50,0%	9	3,5	3
	TAMBA	75,0%	18	25,0%	6	4,5	2
	ZIGUINCHOR	61,9%	13	38,1%	8	4,9	4
	Total	67,6%	50	32,4%	24	5,1	3
Post néonatale	KEDOUGOU	75,0%	15	25,0%	5	8,6	6,0
	SEDHIOU	71,4%	5	28,6%	2	9,6	7,0

	TAMBA	41,7%	5	58,3%	7	5,0	4,0
	ZIGUINCHOR	61,5%	8	38,5%	5	8,6	3,0
	Total	63,5%	33	36,5%	19	7,9	4,5
Juvénile	KEDOUGOU	54,5%	6	45,5%	5	15,7	12,0
	SEDHIOU	56,3%	9	43,8%	7	7,6	3,0
	TAMBA	45,5%	10	54,5%	12	8,0	3,0
	ZIGUINCHOR	54,5%	12	45,5%	10	7,7	3,0
	Total	52,1%	37	47,9%	34	9,0	3,0

Ainsi, dans chaque région, quelle que soit la période concernée, la mortalité touche beaucoup plus les enfants de sexe masculin. *Sur les 197,* 120 *sont des garçons.* Ce qui laisserait suggérer une surmortalité masculine aux bas âges.

Figure Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-4 : Structure par sexe et par âge des enfants décédés



2.2.2 Structure des décès par région et par saison

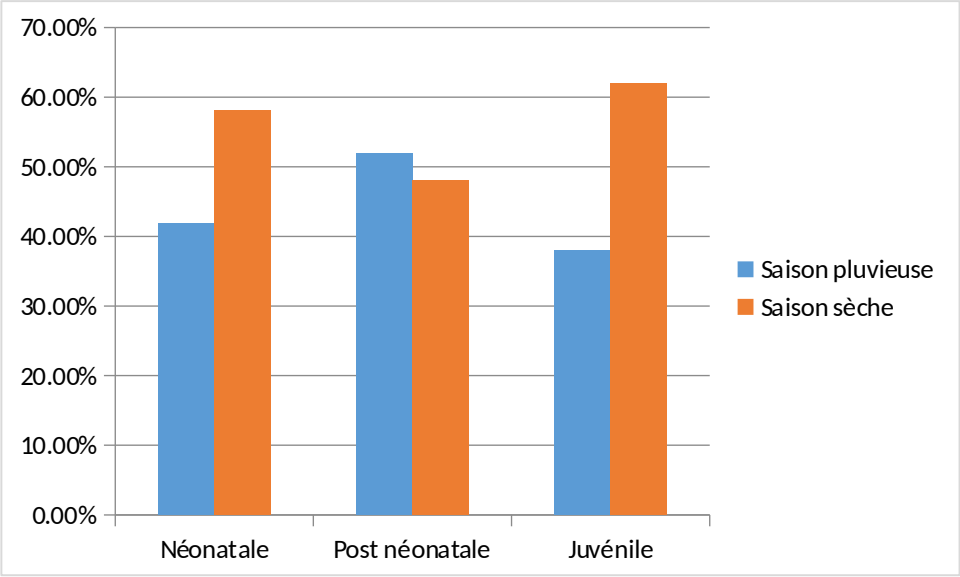
L'analyse des données du tableau révèle une saisonnalité de la mortalité. En saison pluvieuse, la mortalité post-néonatale semble être relativement plus fréquente alors qu'en saison sèche on enregistre plus de décès néonataux et juvéniles. Par ailleurs, la distribution saisonnière de la mortalité varie selon la région. C'est pendant la saison des pluies que le niveau de mortalité des enfants est le plus élevé. Environ sur 7 décès néonataux sur 10 ; 7 décès post néonataux sur 10 et 4 décès juvéniles sur 5 dans la région de Kédougou interviennent au cours de la saison des pluies. On peut suspecter les spécificités éco-géographiques de cette région dans laquelle, du fait des pluies, beaucoup de zones restent enclavées à Kédougou. Du fait de cet enclavement, l'accès à certaines structures de santé pose problème tout comme la possibilité de référer des enfants vers des structures beaucoup plus équipées pour la prise en charge des cas compliqués.

Tableau Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-9 : Structure des décès par région et par saison

		Saison pluvieuse		Saison sèche	
		N % ligne	Effectif	N % ligne	Effectif
Néonatale	KEDOUGOU	72,7%	8	27,3%	3
	SEDHIOU	38,9%	7	61,1%	11
	TAMBACOUNDA	33,3%	8	66,7%	16
	ZIGUINCHOR	38,1%	8	61,9%	13
	Total	41,9%	31	58,1%	43
Post néonatale	KEDOUGOU	70,0%	14	30,0%	6
	SEDHIOU	57,1%	4	42,9%	3
	TAMBACOUNDA	33,3%	4	66,7%	8
	ZIGUINCHOR	38,5%	5	61,5%	8
	Total	51,9%	27	48,1%	25
Juvénile	KEDOUGOU	81,8%	9	18,2%	2
	SEDHIOU	25,0%	4	75,0%	12
	TAMBACOUNDA	40,9%	9	59,1%	13
	ZIGUINCHOR	22,7%	5	77,3%	17
	Total	38,0%	27	62,0%	44

Dans les régions de Ziguinchor, de Tambacounda et de Sédhiou, la mortalité des enfants apparaît beaucoup plus marquée en saison sèche. La mortalité en saison sèche pourrait être liée à un problème de soudure lequel impacterait négativement sur le statut nutritionnel des mères allaitantes et des enfants et de façon corrélative sur l'exposition de ces derniers au risque de décéder.

Figure Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-5 : Structure des décès par région et par saison



2.2.3 Lieu de décès

Le domicile est le lieu dans lequel interviennent généralement les décès d'enfants. 52,7 % des décès néonataux et 57,7 % des décès post néonataux

interviennent à domicile. Pour les décès juvéniles, 1 sur 3 intervient à domicile. Les décès infantiles demeurent les plus observés dans le domicile de l'enfant. Les hôpitaux gouvernementaux constituent le deuxième lieu de décès des enfants (environ un tiers des décès). Dans les régions de Kédougou et de Tambacounda, la plupart des décès des enfants sont survenus dans le domicile de l'enfant.

Tableau Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-10 : Lieu de décès selon la région

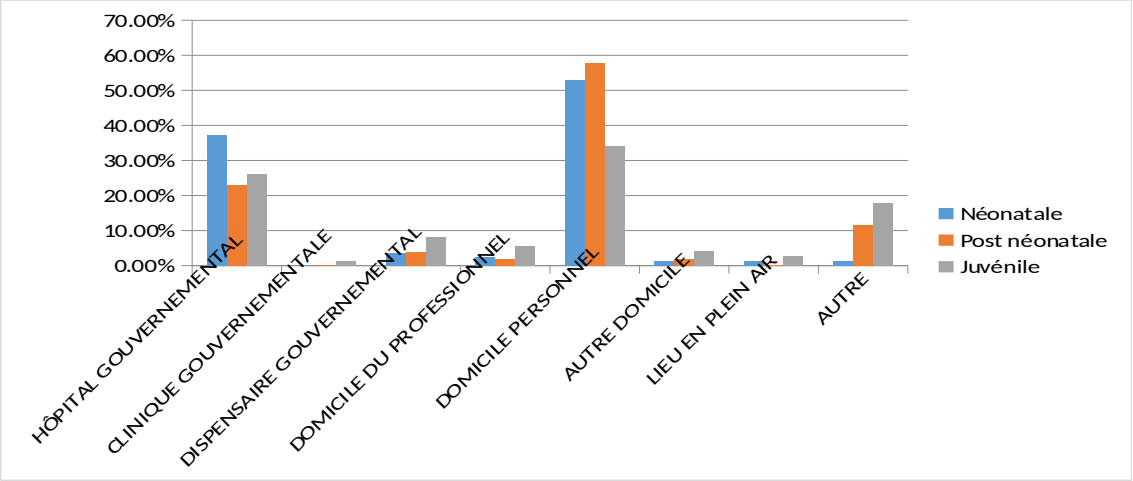
		HÔPITAL GOUVERNEMENTAL	DISPENSAIRE GOUVERNEMENTAL	CLINIQUE PRIVÉE	DOMICILE DU PROFESSIONNEL	DOMICILE PERSONNEL	AUTRE DOMICILE	LIEU EN PLEIN AIR	AUTRE
Néonatale	KEDOUGOU	18,2%	0,0%	0,0%	0,0%	81,8%	0,0%	0,0%	0,0%
	SEDHIOU	55,6%	5,6%	0,0%	0,0%	38,9%	0,0%	0,0%	0,0%
	TAMBA	12,5%	8,3%	0,0%	0,0%	70,8%	4,2%	4,2%	0,0%
	ZIGUINCHOR	61,9%	0,0%	0,0%	4,8%	28,6%	0,0%	0,0%	4,8%
	Total	37,8%	4,1%	0,0%	1,4%	52,7%	1,4%	1,4%	1,4%
Post-néonatale	KEDOUGOU	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	75,0%	5,0%	0,0%	0,0%
	SEDHIOU	14,3%	0,0%	0,0%	0,0%	85,7%	0,0%	0,0%	0,0%
	TAMBA	16,7%	16,7%	0,0%	0,0%	41,7%	0,0%	0,0%	25,0%
	ZIGUINCHOR	38,5%	0,0%	0,0%	7,7%	30,8%	0,0%	0,0%	23,1%
	Total	23,1%	3,8%	0,0%	1,9%	57,7%	1,9%	0,0%	11,5%
Juvénile	KEDOUGOU	36,4%	0,0%	0,0%	0,0%	54,5%	9,1%	0,0%	0,0%
	SEDHIOU	43,8%	25,0%	0,0%	6,3%	18,8%	0,0%	0,0%	6,3%
	TAMBA	4,5%	9,1%	0,0%	0,0%	40,9%	9,1%	9,1%	27,3%
	ZIGUINCHOR	31,8%	0,0%	0,0%	13,6%	31,8%	0,0%	0,0%	22,7%
	Total	26,8%	8,5%	0,0%	5,6%	35,2%	4,2%	2,8%	16,9%

Cette proportion peut atteindre les 81,8% pour Kédougou soit 8 enfants décédés dans les 4 premières semaines de vie l'ont été leur maison.

La survenance des décès au domicile pose des problèmes en ce sens que c'est dans les structures de santé que les conditions sont le plus réunies pour une prise en charge adéquate de l'enfant. Ces résultats sont susceptibles de découler de plusieurs choses non exclusives d'ailleurs :

- Une faible capacité d'accueil et d'hospitalisation au niveau des structures ;
- Une indisponibilité des prestataires de santé ;
- Des pratiques locales peu orientées vers le recours aux soins de santé modernes ;
- Etc.

Figure Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-6 : Lieu de décès



Dans les régions du sud, il est noté beaucoup de contrastes. A Sédhiou et à Ziguinchor, les décès néonataux surviennent dans les établissements de santé (55,6%et 61,9%). Par contre, dans la période postnéonatale, si à Sédhiou les décès ont majoritairement lieu à domicile avec 85,7% des cas, à Ziguinchor, 38,5% des décès sont survenus dans un hôpital gouvernemental. Pour la période juvénile, à Sédhiou, 43,8% des cas de décès sont survenus dans un établissement de santé pour 18.8 % à domicile. Alors qu'à Ziguinchor, c'est l'équilibre parfait avec 31.8% des cas de décès survenus aussi bien à domicile que dans un établissement de santé.

2.3 Analyse du sentier de survie

L'analyse du sentier de survie est sensé renseigner sur l'itinéraire thérapeutique emprunté par l'enfant décédé. De façon plus précise, elle permet de montrer comment la maladie est appréhendée et comment elle est prise en charge.

2.3.1 Signes et symptômes observés et relatés par les répondants

Il apparaît que la majeure partie des signes et symptômes de décès des enfants constatés par le répondant ne figurent pas parmi les grandes causes de décès infanto-juvéniles ou demeurent inconnues. Cela montre le hiatus entre l'étiologie médicale moderne et l'étiologie traditionnelle. En dehors des causes inconnues ou non répertoriées, les signes les plus cités par les répondants concernent la diarrhée et le paludisme. Ainsi, à Tambacounda, plus de 13% décès des enfants sont causés par des anomalies congénitales. A Kédougou, 40 % des décès post-néonataux et environ 36,4 % des décès juvéniles sont dus à la diarrhée.

Ce niveau élevé de la morbidité due à la diarrhée soulève des questions. Ces questions sont relatives à la fréquentation des structures sanitaires (les résultats

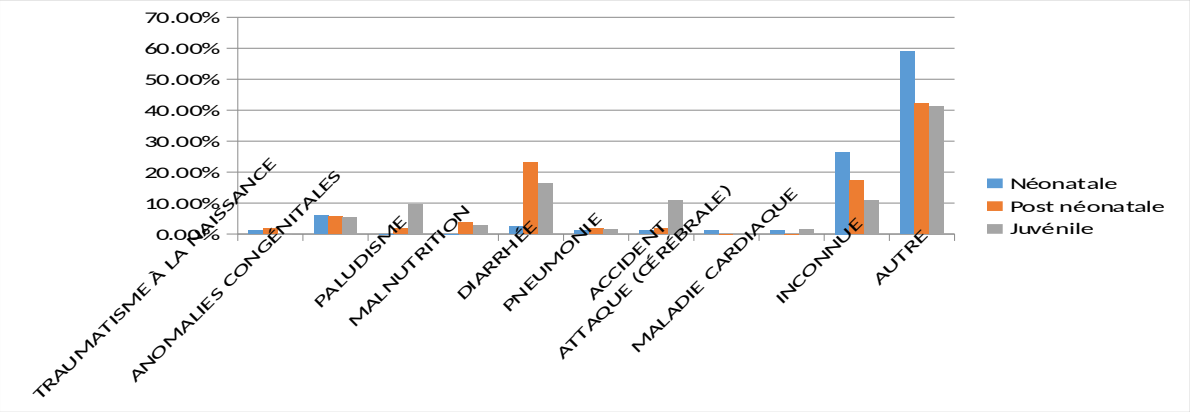
précédents montrent que beaucoup d'enfants décèdent à domicile) et au type et à la qualité des soins offerts par les prestataires (généralisation des protocoles thérapeutiques de prise en charge de la diarrhée comme les sels de zinc et les SRO à faible osmolarité). Elles sont aussi relatives à l'eau de boisson utilisée par les ménages.

Tableau Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-11 : Signes et symptômes observés et relatés selon la région

		TRAUMÀ LA NAISSANCE	ANOMALIES CONGÉNITALES	PALU	MALNUTRITION	DIARRHEE	PNEUM	ACC	VIOLENCE	ATTAQUE (CÉRÉBRALE)	MALADIE CARDIAQUE	INCONNUE	AUTRE, SPÉCIFIEZ
Néonatale	KEDOUGOU	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	9,1%	0,0%	0,0%	0,0%	9,1%	0,0%	18,2%	63,6%
	SEDHIOU	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,6%	27,8%	66,7%
	TAMBA	4,2%	20,8%	0,0%	0,0%	4,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	45,8%
	ZIGUINCHOR	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,8%	0,0%	0,0%	0,0%	28,6%	66,7%
	Total	1,4%	6,8%	0,0%	0,0%	2,7%	0,0%	1,4%	0,0%	1,4%	1,4%	25,7%	59,5%
Post néonatale	KEDOUGOU	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%	40,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	55,0%
	SEDHIOU	0,0%	0,0%	14,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	28,6%	57,1%
	TAMBA	8,3%	16,7%	0,0%	8,3%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	8,3%	25,0%
	ZIGUINCHOR	0,0%	7,7%	0,0%	0,0%	0,0%	7,7%	7,7%	0,0%	0,0%	0,0%	46,2%	30,8%
	Total	1,9%	5,8%	1,9%	3,8%	23,1%	1,9%	1,9%	0,0%	0,0%	0,0%	17,3%	42,3%
Juvénile	KEDOUGOU	0,0%	0,0%	27,3%	0,0%	36,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	36,4%
	SEDHIOU	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	18,8%	81,3%
	TAMBA	0,0%	13,6%	0,0%	9,1%	13,6%	0,0%	18,2%	0,0%	0,0%	0,0%	18,2%	27,3%
	ZIGUINCHOR	0,0%	4,5%	18,2%	0,0%	18,2%	4,5%	18,2%	0,0%	0,0%	4,5%	4,5%	27,3%
	Total	0,0%	5,6%	9,9%	2,8%	15,5%	1,4%	11,3%	0,0%	0,0%	1,4%	11,3%	40,8%

Le paludisme est aussi une cause majeure de mortalité des enfants, en particulier juvénile : un tiers des décès juvéniles dans la région de Kédougou et un quart dans la région de Ziguinchor, étaient imputables au paludisme.

Figure Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-7 : Signes et symptômes observés et relatés selon la région



2.3.2 Hiérarchisation des 10 plus importants signes et symptômes observés chez l'enfant au cours de sa phase terminale

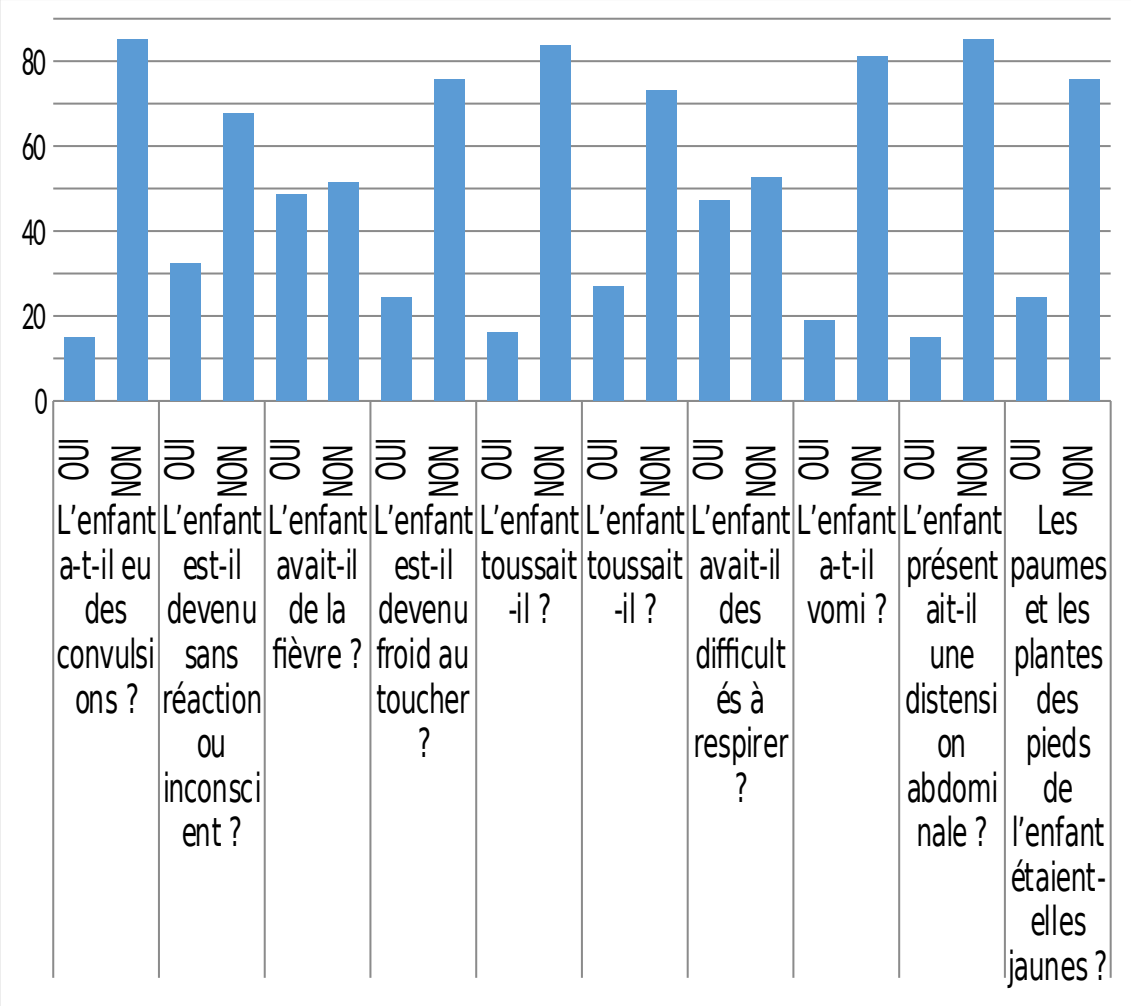
Tableau Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-12 : Hiérarchisation des 10 plus importants signes et symptômes (en pourcentage) observés chez l'enfant au cours de sa phase terminale selon la région (%)

	L'enfant a-t-il eu des convulsions	L'enfant est-il devenu sans réaction ou inconscient	L'enfant avait-il de la fièvre	L'enfant est-il devenu froid au toucher	L'enfant toussait-il	L'enfant toussait-il	L'enfant avait-il des difficultés à respirer	L'enfant a-t-il vomi	L'enfant présentait-il une distension abdominale	Les paumes et les plantes des pieds de l'enfant étaient-elles jaunes
KEDOUGOU	.0	27.3	54.5	18.2	18.2	27.3	27.3	27.3	9.1	9.1
SEDHIOU	11.1	27.8	50.0	27.8	11.1	22.2	55.6	5.6	22.2	27.8
TAMBA	29.2	54.2	41.7	41.7	29.2	29.2	50.0	16.7	20.8	45.8
ZIGUINCHOR	9.5	14.3	52.4	4.8	4.8	28.6	47.6	28.6	4.8	4.8
Total	14.9	32.4	48.6	24.3	16.2	27.0	47.3	18.9	14.9	24.3

Les 14,9 % des enfants décédés au cours des 12 derniers mois ont eu des convulsions au cours de leur phase terminale. En effet, c'est à Tambacounda que l'on rencontre le plus ce genre de problème. Les 32,4 % des enfants décédés au sont devenus sans réaction ou inconscient au cours de leur phase terminale. C'est à Tambacounda, qu'il y' a le plus de cas (un

sur deux environ). Quant à la fièvre, elle a aussi concerné un enfant sur deux des enfants au cours de sa phase terminale. Cette proportion demeure plus élevée dans les régions de Ziguinchor, de Kédougou et de Sédhiou. Un enfant décédé sur 4 a été froid au toucher au cours de sa phase terminale. En effet, c'est à Tambacounda qu'on trouve plus ces enfants décédés de ce signe.

Figure Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-8 : Hiérarchisation des 10 plus importants signes et symptômes (en pourcentage) observés chez l'enfant au cours de sa phase terminale (%)



A la phase terminale, on enregistre 16 % des de cas de toux, ce qui laisse penser à des infections respiratoires aigües, mortelles chez les enfants. 47,3% des enfants ont eu une détresse respiratoire au cours de leur phase terminale. 22,4 % des enfants de 0-59 mois décédés au cours des 12 derniers mois avaient les téguments jaunes au cours de leur phase terminale. En guise de conclusion nous pouvons tenir que les signes et

symptômes les plus importants sont : la fièvre de l'enfant à la naissance, la détresse respiratoire, l'ictère et le manque de réactivité ou l'inconscience.

2.3.3 Traitement et recours lors de la dernière phase terminale (par région)

2.3.3.a Traitement

Tableau Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-13 : Proportion d'enfants décédés dans la période post néo-natale et ayant reçu un traitement selon la région et le sexe de l'enfant (%)

		L'enfant a-t-il reçu un traitement quelconque pour la maladie qui a entrainé sa mort	
		Moyenne	Nombre
Post néonatale	KEDOUGOU	95.0	20
	SEDHIOU	85.7	7
	TAMBACOUNDA	91.7	12
	ZIGUINCHOR	100.0	13
	MASCULIN	93.9	33
	FEMININ	94.7	19
	Total	94.2	52
Juvénile	KEDOUGOU	100.0	11
	SEDHIOU	100.0	16
	TAMBACOUNDA	95.5	22
	ZIGUINCHOR	86.4	22
	MASCULIN	94.6	37
	FEMININ	94.1	34
	Total	94.4	71

Quel que soit le type de mortalité (post néonatale ou juvénile), 9 enfants sur 10 ont reçu un traitement pour la maladie qui a entrainé leur décès. Pour les enfants décédés au cours de la période post néonatale la proportion est de 100% pour la région de Ziguinchor. En ce qui concerne les enfants décédés durant la période juvénile, tous ont reçu un traitement pour la maladie qui a entrainé leur décès pour la période juvénile dans les régions de Kédougou et de Sédhiou.

Le fait que 9 enfants décédés sur 10 aient reçu des traitements est quand même une source d'interrogation. Car, il ressort des observations participantes que le temps mis entre l'observation des premiers signes et la consultation dans une formation sanitaire est très court. Si ces affirmations des mères ou des gardiennes d'enfants s'avéraient exactes, cela pousserait à s'interroger sur la qualité des soins reçus, sur le fait qu'ils soient appropriés et enfin sur leur suivi (car les résultats des autopsies verbales montrent que le domicile serait par excellence le lieu de décès des enfants). Cela pousserait à s'interroger sur les effets peut être pervers du recours thérapeutique traditionnel sur l'efficacité des soins prodigués au niveau des structures de santé. En effet, un enfant décédé sur deux a été consulté par un guérisseur. Les proportions d'enfants concernés par un guérisseur seraient de l'ordre de 60 % dans les régions de Ziguinchor et de Tambacounda.

2.3.3.b Recherche de soins

Tableau Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-14 : Recherche de soins en pourcentage pour les enfants décédés dans la période post néo-natale selon la région et le sexe de l'enfant (%)

		Moyenne	Nombre
Post néonatale	KEDOUGOU	100.0	20
	SEDHIOU	100.0	7
	TAMBACOUNDA	100.0	12
	ZIGUINCHOR	100.0	13
	MASCULIN	100.0	33
	FEMININ	100.0	19
	Total	100.0	52
Juvénile	KEDOUGOU	90.9	11
	SEDHIOU	87.5	16
	TAMBACOUNDA	95.2	22
	ZIGUINCHOR	94.7	22
	MASCULIN	91.4	37
	FEMININ	93.8	34
	Total	92.5	71

Quelle que soit la région, on a recherché des soins pour les enfants et pour la maladie qui a conduit à leur décès. Des soins ont été recherchés pour 92,6 % des enfants décédés dans la période post néonatale.

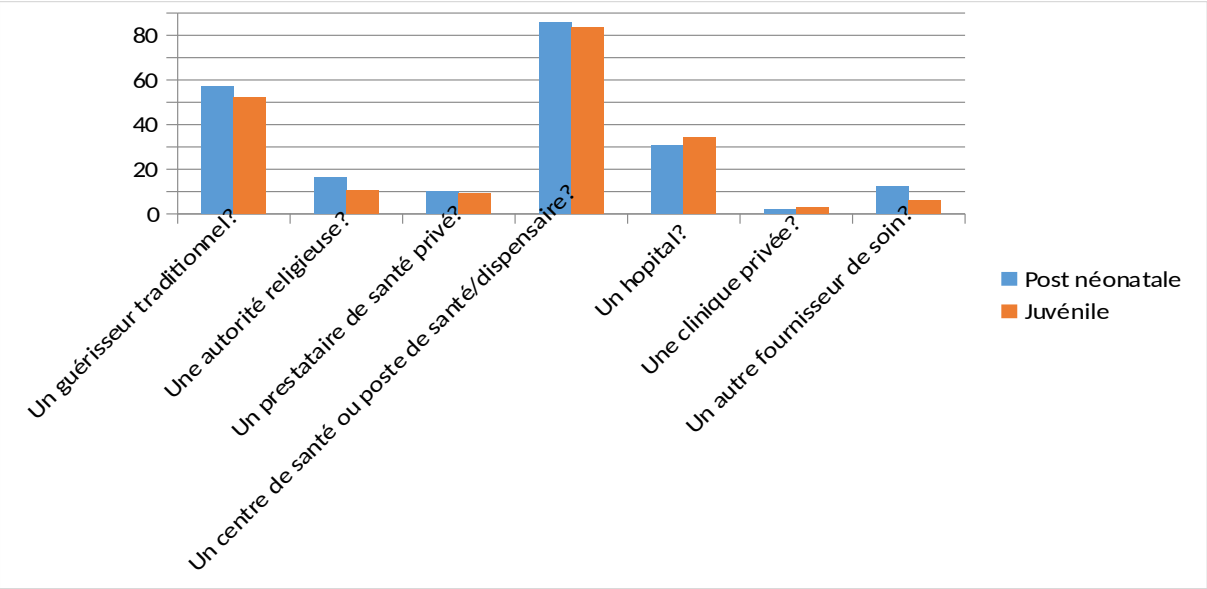
2.3.4 Lieux de recherche de soins (types de soins recherchés) et selon le sexe de l'enfant décédé

Tableau Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-15 : Lieux de recherche de soins (types de soins recherchés) et selon le sexe de l'enfant décédé

		Un guérisseur traditionnel	Une autorité religieuse	Un prestataire de santé privé	Un centre de santé ou poste de santé/dispensaire	Un hopital	Une clinique privée	Un autre fournisseur de soin
Post néonatale	KEDOUGOU	52.6	36.8	10.5	89.5	15.8	.0	10.5
	SEDHIOU	50.0	16.7	.0	83.3	33.3	.0	16.7
	TAMBACOUNDA	63.6	.0	.0	100.0	18.2	.0	9.1
	ZIGUINCHOR	61.5	.0	23.1	69.2	61.5	7.7	15.4
	MASCULIN	61.3	22.6	6.5	90.3	25.8	3.2	9.7
	FEMININ	50.0	5.6	16.7	77.8	38.9	.0	16.7
	Total	57.1	16.3	10.2	85.7	30.6	2.0	12.2
Juvénile	KEDOUGOU	45.5	9.1	9.1	90.9	27.3	.0	.0
	SEDHIOU	37.5	18.8	6.3	81.3	50.0	.0	.0
	TAMBACOUNDA	57.1	.0	4.8	81.0	14.3	4.8	19.0
	ZIGUINCHOR	63.2	15.8	15.8	84.2	47.4	5.3	.0
	MASCULIN	60.0	14.3	5.7	85.7	31.4	2.9	5.7
	FEMININ	43.8	6.3	12.5	81.3	37.5	3.1	6.3
	Total	52.2	10.4	9.0	83.6	34.3	3.0	6.0

8 enfants décédés sur 10 ont été consultés dans un centre ou poste de santé et environ un enfant sur 3 dans un hôpital. Il s'y ajoute qu'un enfant sur deux a été consulté ou reçu des soins prodigués par un guérisseur. D'une part, les régions de Ziguinchor et de Tambacounda et d'autre part, les garçons plus que les filles seraient concernées. La juxtaposition de ces deux faits traduit l'hybridité dans le recours thérapeutique (moderne et traditionnel à la fois), adossé à des croyances sur les causes de maladies et les moyens de les prendre en charge.

Figure Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-9 : Lieux de recherche de soins (types de soins recherchés) et selon le sexe de l'enfant décédé



2.3.5 Encadrés sur les recours aux soins

Encadré 1 :

Le premier jour où j'ai constaté que mon enfant est malade, il avait des boutons partout sur le corps. Ils y sont restés quatre jours durant. Je pense que c'est à cause des piments que je mangeais. Au cinquième jour, non seulement mon enfant avait une forte fièvre certainement due aux boutons, j'ai remarqué aussi que sa fontanelle ne battait pas du tout. Toujours est-il que je ne me suis pas inquiétée parce que cela arrive souvent aux enfants et nous avons l'habitude de faire recours aux femmes âgées qui pratiquent le « moth » (réciter des versets en massant la partie concernée). Cela faisait une semaine qu'il était malade. Je commençais à m'inquiéter alors j'ai versé sur la tête de mon enfant de l'eau mélangée à de l'aubergine en poudre car je pensais que cela allait le soigner. Au vingt et unième jour de sa maladie, la fièvre étant toujours présente, je l'ai lavé avec de l'eau bénite, après je lui ai donné du sirop pour faire baisser la fièvre. Quand tu as un malade, beaucoup de gens passent donner leurs avis. Ce sont ces divers conseils que j'ai suivis. Malheureusement, mon enfant est décédé dans la nuit alors que j'avais l'intention de l'amener à l'hôpital très tôt le lendemain.

Encadré 2 :

Mon enfant a eu de la fièvre pendant 6 jours et je croyais que c'était dû aux deux boutons pustuleux apparus sur sa tête. Et même au quatrième jour, il y avait une plaque blanchâtre sur sa langue. C'est une maladie traditionnelle (tako ou nangalo en peulh) qui peut pousser l'enfant à refuser de téter. Nous (la mère et la grand-mère) avons découpé les banni (feuilles) et les ont mélangé avec de l'eau et du sel pour enlever la plaque blanchâtre. Ces symptômes ressemblaient à des maladies connues et c'est pourquoi nous avons essayé de les traiter car la famille est spécialiste en la matière. Au septième jour, l'enfant a commencé à vomir à cause de la fièvre et de la plaque blanchâtre au niveau de la langue. Nous avons continué le traitement et son état s'améliorait un peu. Mais, au onzième jour, l'enfant a eu de la diarrhée qui a duré quatre jours. Nous avons nettoyé sa langue avec les écorces de feuilles et aussi avec le pagne de sa tante paternelle. C'est une maladie qui nous précède et les anciens ont pratiqué cette méthode qui réussissait la plupart du temps. C'est pourquoi nous avons essayé. Le traitement

traditionnel ne marchant pas, nous avons été obligés de partir à l'hôpital. L'infirmier qui l'a consulté, nous a prescrit une ordonnance et nous expliqué comment les lui donner. Ensuite, il nous a fixé un rendez-vous au cas où il n'irait pas mieux. Il est décédé avant que nous puissions y retourner.

2.4 RÉPARTITION DES TRAUMATISMES/ACCIDENTS PAR SEXE

De façon générale, les décès liés à un traumatisme subi par l'enfant sont rares. Cependant, pour les quelques cas observés, on remarque que le nombre de cas de traumatismes mortels augmentent au fur et à mesure que l'on avance en âge. Cela pourrait expliquer par un relâchement progressif de la vigilance des personnes chargées de prendre soin de l'enfant et/ou de veiller sur lui. En d'autres termes, la surveillance des enfants est plus rigoureuse pour les nouveau-nés mais elle diminue progressivement au fur et à mesure que l'enfant prend de l'âge. Dans plusieurs cultures sénégalaises, spécialement chez les peuls que l'on retrouve dans les régions de Tambacounda, de Kédougou et de Sédhiou, entre la naissance et le matin du 7è jour marquant le baptême de l'enfant, une personne veille systématiquement sur l'enfant (les gardiens alternent la surveillance) pour éviter que les mauvais esprits « échangent » en le remplaçant par un des leurs, généralement malades. Certaines maladies observées chez les enfants seraient le résultat de cet échange.

Tableau Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-16 : Répartition des traumatismes/accidents par sexe

		L'enfant a-t-il subi un traumatisme ou un accident ayant entraîné la mor				L'enfant a-t-il subi une morsure ou une piqûre d'un animal, insecte en p			
		OUI		NON		OUI		NON	
		N % ligne	Effectif	N% ligne	Effectif	N % ligne	Effectif	N % ligne	Effectif
Néonatale	MASCULIN	4,1%	2	95,9%	47	0,0%	0	100,0%	49
	FEMININ	0,0%	0	100,0%	24	0,0%	0	100,0%	24
	Total	2,7%	2	97,3%	71	0,0%	0	100,0%	73
Post néonatale	MASCULIN	3,2%	1	96,8%	30	0,0%	0	100,0%	33
	FEMININ	21,1%	4	78,9%	15	0,0%	0	100,0%	19
	Total	10,0%	5	90,0%	45	0,0%	0	100,0%	52
Juvénile	MASCULIN	8,8%	3	91,2%	31	2,9%	1	97,1%	33
	FEMININ	17,6%	6	82,4%	28	0,0%	0	100,0%	34

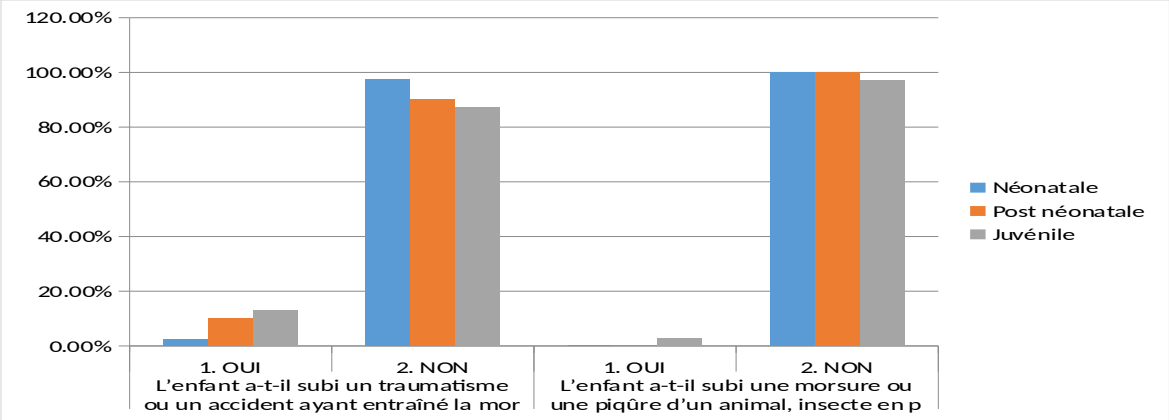
	Total	13,2%	9	86,8%	59	1,5%	1	98,5%	67

Comme le montre cet extrait d'une autopsie sociale auprès de la mère d'un enfant décédé, certaines causes de décès seraient imputables à l'échange d'un enfant sain par les mauvais esprits. Cet échange se produit systématiquement entre la naissance et le jour du baptême, plus précisément entre la naissance et le moment où le marabout donne un nom à l'enfant et cet échange est occasionné par le défaut de surveillance du nouveau-né.

Encadré 3 : extrait d'une autopsie sociale conduite auprès d'une mère d'enfant décédé à Ziguinchor

J'étais venue pour accoucher au centre de santé. C'est après l'accouchement que la sage-femme m'a informée que l'enfant n'a pas crié à la naissance et que cela n'est pas un bon signe et elle en a fait part au médecin qui lui a donné des médicaments, toujours pas de cri. Ensuite, il a amené un grand livre qu'il a consulté pendant 2 heures pour voir s'il y a une solution par rapport à cela, mais en vain. Je pense que ce sont les gens de la brousse, le mauvais vent (niitu ala ou démon) qui a échangé mon enfant avec le sien, je pense aussi que l'enfant a bu l'eau qui devait sortir, ce qui a dû le rendre muet. Nous sommes sortis de l'hôpital. Au quatrième jour, il y avait des plaques blanchâtres sur sa langue (moi-même je l'avais quand j'étais enceinte) et au bout de quatre mois, mon enfant n'avait toujours pas crié. Il ne jouait pas et n'a pas sucé ses doigts comme le ferait n'importe quel enfant normal. C'est en ce moment j'ai su que mon bébé était vraiment malade. A l'âge de s'assoir, l'enfant ne pouvait pas s'assoir, il était tout le temps incliné. Je pense que c'est une mal formation ou bien peut être que j'ai croisé le mauvais vent. Je l'ai lavé avec de l'eau ayant déjà servi à laver la dame mbonat (tortue) car son corps ressemblait à celui d'une vieille personne. Je savais qu'après le bain avec le truc de la tortue, l'enfant allait retrouver la bonne peau. Ce ne fut pas le cas. Je suis retournée au centre de santé où un agent de santé m'a suggéré d'aller demander au niveau de mon entourage si ce ne sont pas mes parents peulh qui ont possédé l'enfant. Le médecin traitant nous a référé à l'hôpital parce que le cas semblait dépasser ses compétences. Il m'a demandé de l'appeler pour lui dire si l'enfant allait mieux ou non. Je suis retournée par la suite chez le guérisseur traditionnel qui l'a enduit d'eau bénite. Quelques jours après, l'enfant est décédé.

Figure Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-10 : Répartition des traumatismes/accidents par sexe



Dans la période néonatale, les traumatismes ayant conduit au décès observés concernent les nouveau-nés de sexe masculin alors que pour les périodes post-néonatale et juvénile, ils concernent plus les fillettes. Cela pourrait-il suggérer que les sociétés concernées veillent-elles plus sur les garçons que sur les filles. Cette question pourrait être reformulée de la façon suivante : les sociétés valoriseraient-elles plus les garçons que les filles ?

2.5 Antécédents de grossesse de la mère pour les enfants décédés dans la période néo-natale

Les antécédents de grossesse peuvent influencer le décès des enfants durant leur premier mois de leur vie. Elles se présentent comme suit :

2.5.1 Nombre de naissances et mortinaissances de la mère

En moyenne, les mères des enfants décédés ont eu en moyenne 3 naissances vivantes et/ou mortinaissances, ce qui est en dessous de la moyenne de l'ISF qui est de 5 enfants par femme au Sénégal. Le décalage entre ces niveaux de fécondité pourrait s'expliquer par le fait qu'une bonne partie de ces femmes sont au début de leur vie génésique. En effet, comme le montrent les résultats sur le rang de naissance des enfants décédés,

environ ¼ des mères des enfants décédés sont primipares et l'enfant décédé est de rang 1.

Tableau Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-17 : Nombre de naissance et mortinaissance de la mère selon la région

	Moyenne	Médiane
KEDOUGOU	3	5
SEDHIOU	2	2
TAMBACOUNDA	3	3
ZIGUINCHOR	2	1
Total	2	3

2.5.2 Prématurité de l'enfant décédé

La proportion de prématurés parmi les enfants décédés durant la période néonatale est relativement importante. Un enfant décédé sur trois dans les régions de Sédhiou et de Ziguinchor serait, selon le répondant, généralement la mère, né prématuré. Il s'agit évidemment d'une appréciation des personnes interrogées qui parfois ont leurs propres repères d'estimation de la prématurité. Cette proportion chute légèrement à un enfant sur quatre dans la région de Tambacounda. De récents travaux menés au Sénégal (G. Sall, M. Sall, 2014) ont confirmé que la prématurité était une cause majeure de mortalité des enfants et qu'elle était la première cause des décès d'enfants au cours de leur premier mois de vie au niveau du CHU Albert Royer de Fann à Dakar. Les statistiques trouvées pour les régions de Sédhiou et de Ziguinchor dans cette enquête FBR (33,3 % des décès étaient prématurés) convergent avec les statistiques de l'année 2013 du CHU dans lequel 58 décès néonataux du Pavillon N (Nouveaux-nés [0-1 mois]), soit 32,76 % des décès du pavillon étaient dûs à la prématurité. Prématurité de l'enfant décédé selon la région.

Tableau Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-18 : Prématurité de l'enfant décédé selon la région

	Proportion des prématurés parmi les enfants décédés (%)
KEDOUGOU	9
SEDHIOU	33,3
TAMBACOUNDA	25
ZIGUINCHOR	33,3

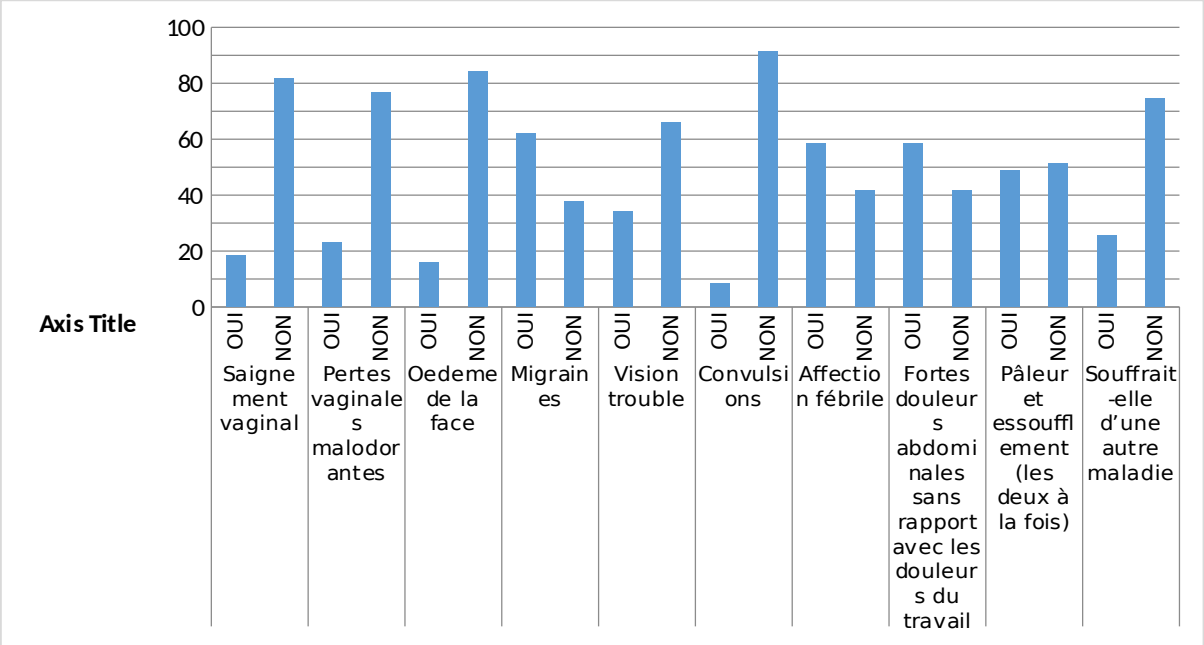
2.5.3 Maladies de la mère lors de la grossesse

Tableau Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-19 : Maladies de la mère lors de la grossesse selon la région (%)

	Saignement vaginal	Pertes vaginales malodorantes	Œdème de la face	Migraines	Vision trouble	Convulsions	Affection fébrile	Fortes douleurs abdominales sans rapport avec les douleurs du travail	Pâleur et essoufflement (les deux à la fois)	Souffrait-elle d'une autre maladie
KEDOUGOU	9.1	0	0	45.5	36.4	0	36.4	63.6	54.5	9.1
SEDHIOU	16.7	27.8	22.2	55.6	27.8	0	44.4	38.9	22.2	16.7
TAMBA	25.0	33.3	25.0	75.0	54.2	16.7	83.3	79.2	70.8	33.3
ZIGUINCHOR	9.5	23.8	14.3	57.1	14.3	4.8	47.6	52.4	42.9	33.3
Total	16.2	24.3	17.6	60.8	33.8	6.8	56.8	59.5	48.6	25.7

Les statistiques du tableau montrent que de façon générale, les mères des enfants décédés ont été confrontées à des affections au cours de leurs grossesses. 6 mères sur 10 ont au moins l'un des signes ou affections suivants : migraines, douleurs abdominales, fièvre. Par ailleurs, une sur trois a eu une vision trouble. Une sur quatre a eu des pertes vaginales malodorantes laissant suspecter une infection qui pourrait être associée plus tard au décès de l'enfant (infection néonatale). Ces cas suspects d'infections (hautes ou basses) des parties génitales féminines seraient plus fréquents à Tambacounda où une mère d'enfant décédé dans la période néonatale sur trois serait concernée (33,3 %). De même, les affections fébriles, les fortes douleurs abdominales sans rapport avec les douleurs du travail, les migraines, la vision trouble et les pâleurs sont très fréquents à Tambacounda chez les femmes enceintes : 8 mères d'enfants décédés sur 10 ont eu des affections fébriles. Bien que le traitement

préventif intermittent du paludisme (TPI) soit systématiquement prescrit aux femmes enceintes lors des consultations prénatales, on pourrait suspecter des accès palustres pouvant affaiblir la femme durant sa grossesse (anémie), ce qui peut créer une anémie fœtale et de façon corrélative, une insuffisance pondérale de l'enfant à la naissance et influer négativement sur la survie de l'enfant à sa naissance.



2.5.4 Gémellité de l'enfant

Tableau Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-20 : Gémellité de l'enfant selon la région

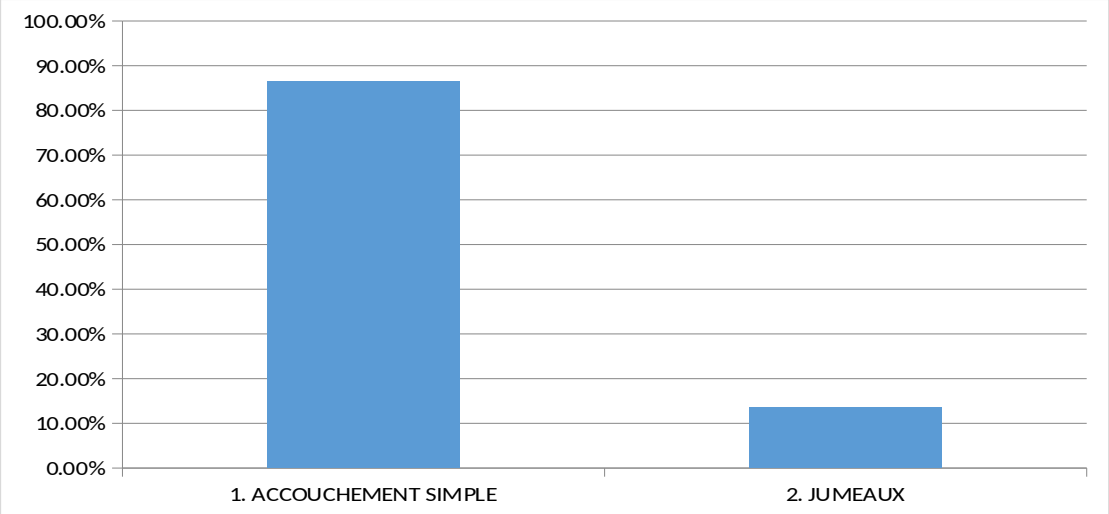
	ACCOUCHEMENT SIMPLE		JUMEAUX		Total	
	N % ligne	Effectif	N % ligne	Effectif	N % ligne	Effectif
KEDOUGOU	81,8%	9	18,2%	2	100,0%	11
SEDHIOU	94,4%	17	5,6%	1	100,0%	18
TAMBACOUNDA	87,5%	21	12,5%	3	100,0%	24
ZIGUINCHOR	81,0%	17	19,0%	4	100,0%	21
Total	86,5%	64	13,5%	10	100,0%	74

Globalement, les enfants décédés au cours de la période ne sont pas nés jumeaux. Cependant, 10 des enfants décédés au cours de la période néonatale sont nés jumeaux, soit 13,5 % du total des enfants décédés. Il est établi un lien entre la gémellité d'un enfant et son risque de décès

particulièrement dans la période néonatale. Plusieurs facteurs peuvent être incriminés. Selon Couvert (2007) :

> *«Or, naître jumeau est un handicap du point de vue de la santé au moins au début de la vie. De nombreuses études attestent de la surmortalité des jumeaux, en tous cas aux âges jeunes. Les motifs invoqués en sont fréquemment le petit poids, la prématurité, et les complications de l'accouchement1. La grossesse des jumeaux diffère effectivement de celle des fœtus uniques par des contraintes d'espace, de contiguïté et de position relative imposée par le développement simultané des deux œufs dans l'utérus. ….Les fourchettes de la surmortalité des jumeaux dans la littérature sont généralement les suivantes : les jumeaux ont environ 3 fois plus de risque d'être mort-nés, 4 à 7 fois plus de risque de décéder dans le premier mois après la naissance, 2 à 3 fois plus de risque de décéder entre le premier mois et un an, soit au total entre 2 à 5 fois plus de risque de décéder entre la naissance et le premier anniversaire ».*

Figure Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-11 : Gémellité de l'enfant selon la région



A ces facteurs s'ajoute aussi le problème lié à la prise en charge et aux soins prodigués à des jumeaux surtout si la mère est primipare et manque cruellement de l'expérience.

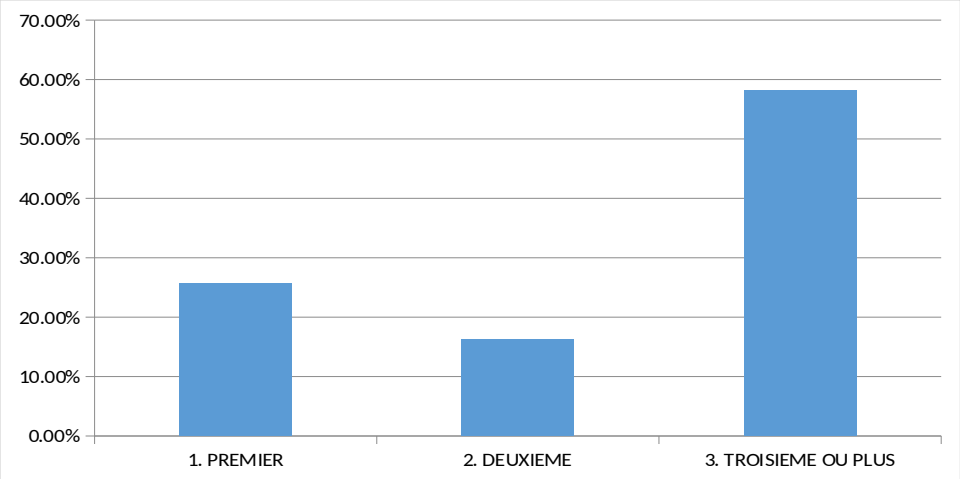
2.5.5 Rang de naissance de l'enfant

Un quart des enfants décédés durant la période néonatale sont nés de mères primipares mais les enfants qui sont décédés étaient généralement nés de grandes multipares : 6 enfants décédés sur 10 étaient de rang 3 ou plus. C'est à l'est et au sud-est du pays (les régions de Tambacounda et de Kédougou) que l'on note le plus d'enfants décédés de rang supérieur ou égal à 3.

Tableau Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-21 : Rang de naissance de l'enfant selon la région

	PREMIER		DEUXIEME		TROISIEME OU PLUS		NE SAIT PAS	
	Nb. lignes (%)	Nombre	Nb. lignes (%)	Nombre	Nb. lignes (%)	Nombre	Nb. lignes (%)	Nombre
KEDOUGOU	27,3%	3	0,0%	0	72,7%	8	0,0%	0
SEDHIOU	33,3%	6	16,7%	3	50,0%	9	0,0%	0
TAMBA	16,7%	4	12,5%	3	70,8%	17	0,0%	0
ZIGUINCHOR	28,6%	6	28,6%	6	42,9%	9	0,0%	0
Total	25,7%	19	16,2%	12	58,1%	43	0,0%	0

Figure Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-12 : Rang de naissance de l'enfant selon la région



En ce qui concerne les enfants nés d'une deuxième naissance, 28,6% sont de la région de Ziguinchor. Les enfants issus d'une troisième naissance sont pour la majorité, originaires de Tambacounda avec 70,8% des cas.

2.6 Antécédents de l'accouchement pour les enfants décédés dans la période néonatale

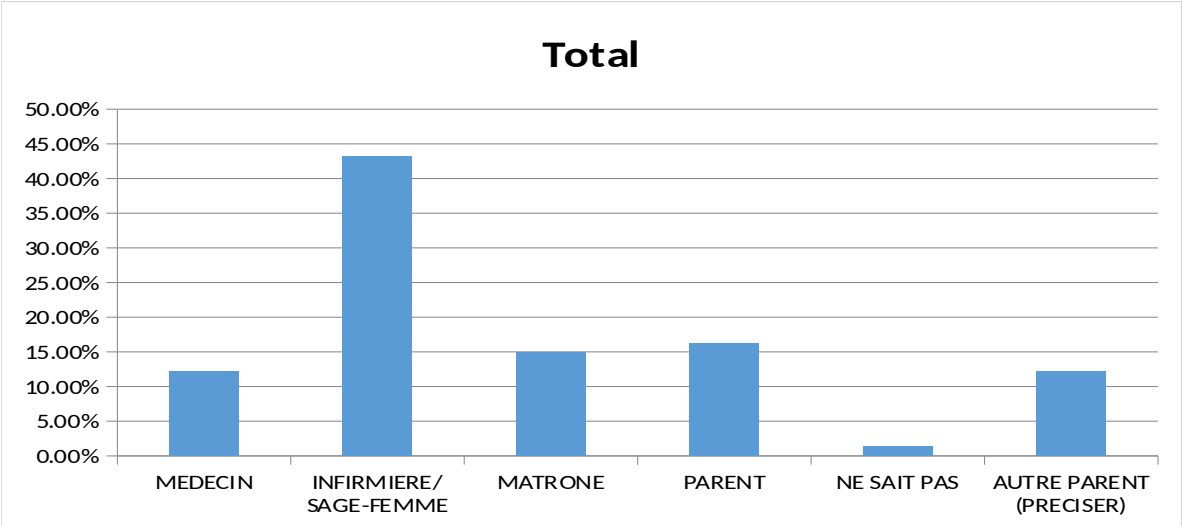
2.6.1 Assistance à l'accouchement

Tableau Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-22 : Assistance à l'accouchement selon la région

	MEDECIN		INFIRMIERE/SAGE-FEMME		MATRONE		PARENT		NE SAIT PAS		AUTRE PARENT (PRECISER)	
	Nb. lignes (%)	Nbre	Nb. lignes (%)	Nbre	Nb. lignes (%)	Nbre	Nb. lignes (%)	Nbre	Nb. lignes (%)	Nbre	Nb. lignes (%)	Nbre
KEDOUGOU	0,0%	0	18,2%	2	9,1%	1	54,5%	6	0,0%	0	18,2%	2
SEDHIOU	22,2%	4	38,9%	7	5,6%	1	11,1%	2	5,6%	1	16,7%	3
TAMBA	8,3%	2	33,3%	8	33,3%	8	16,7%	4	0,0%	0	8,3%	2
ZIGUINCHOR	14,3%	3	71,4%	15	4,8%	1	0,0%	0	0,0%	0	9,5%	2
Total	12,2%	9	43,2%	32	14,9%	11	16,2%	12	1,4%	1	12,2%	9

A la lumière des résultats du tableau, on peut affirmer un peu plus de la moitié des femmes (55,4%) ont été assistées à l'accouchement par un professionnel de santé (médecin/infirmier/sage-femme et médecin). C'est dans la région de Kédougou qu'on a le plus faible taux d'accouchements assistés. Seules 18,2% des mères d'enfants décédés au cours de la période néonatale ont été assistées par un personnel de santé qualifié. A Tambacounda quatre femmes sur neuf sont assistées par un personnel qualifié au moment de leur accouchement. Quant à la région de Sédhiou, 6 sur 10 femmes sont assistées par un personnel qualifié à l'accouchement. C'est à Ziguinchor que les femmes accouchent le plus en présence d'un personnel qualifié (85,7%). Le maillage important de la région de Ziguinchor en infrastructures de santé expliquerait en partie ce fait. Le taux faible d'accouchements assistés en particulier dans la région de Kédougou où 7 femmes sur 10 sont assistées par une parente a des répercussions indésirables sur la santé maternelle et infantile.

Figure Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-13 : Assistance à l'accouchement



2.6.2 Poche des eaux

2.6.2.a Le moment de rupture de la poche des eaux

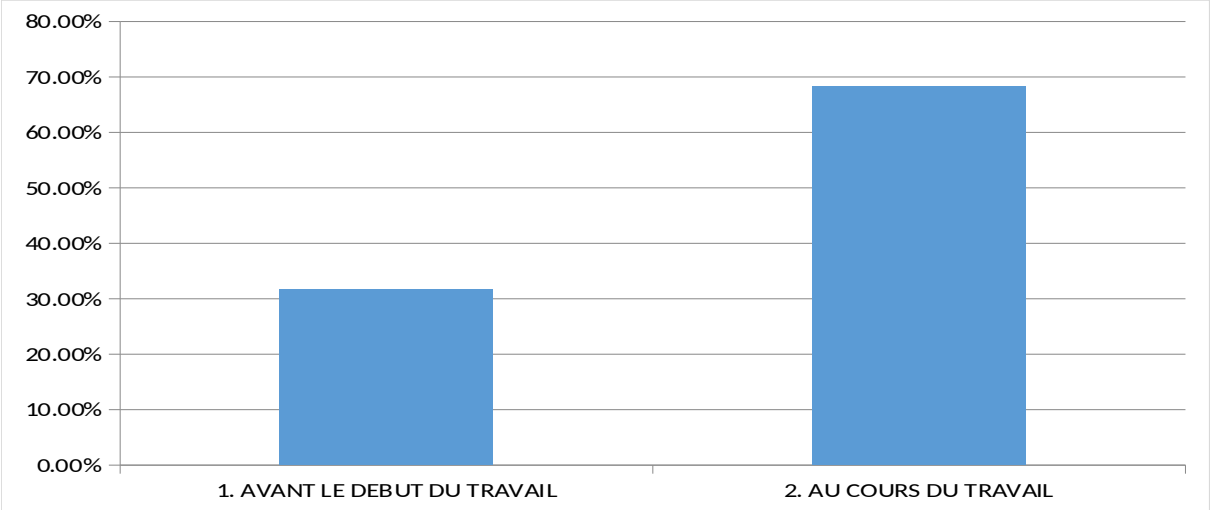
Tableau Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-23 : Le moment de rupture de la poche des eaux selon la région

	AVANT LE DEBUT DU TRAVAIL		AU COURS DU TRAVAIL		Total	
	Nb. lignes (%)	Nombre	Nb. lignes (%)	Nombre	Nb. lignes (%)	Nombre
KEDOUGOU	60,0%	6	40,0%	4	100,0%	10
SEDHIOU	8,3%	1	91,7%	11	100,0%	12
TAMBA	29,2%	7	70,8%	17	100,0%	24
ZIGUINCHOR	35,3%	6	64,7%	11	100,0%	17
Total	31,7%	20	68,3%	43	100,0%	63

Le tableau révèle que 31,7 % des femmes ont connu la rupture de la poche des eaux avant le début du travail. C'est dans la région de Kédougou que cette situation a été le plus rencontrée avec 60 % des répondantes. 68,3 % des femmes ont connu la rupture de la poche des eaux au cours du

travail. Cette situation concerne le plus les femmes de Sédhiou (9 mères sur 10) et dans une moindre mesure celles de Tambacounda et Ziguinchor.

Figure Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-14 : Le moment de rupture de la poche des eaux



68,3 % des femmes ont connu la rupture de la poche des eaux au cours du travail. Cette situation concerne 91,7 % des femmes de Sédhiou.

2.6.2.b Temps de latence entre la rupture des poches des eaux et la naissance de l'enfant selon la région

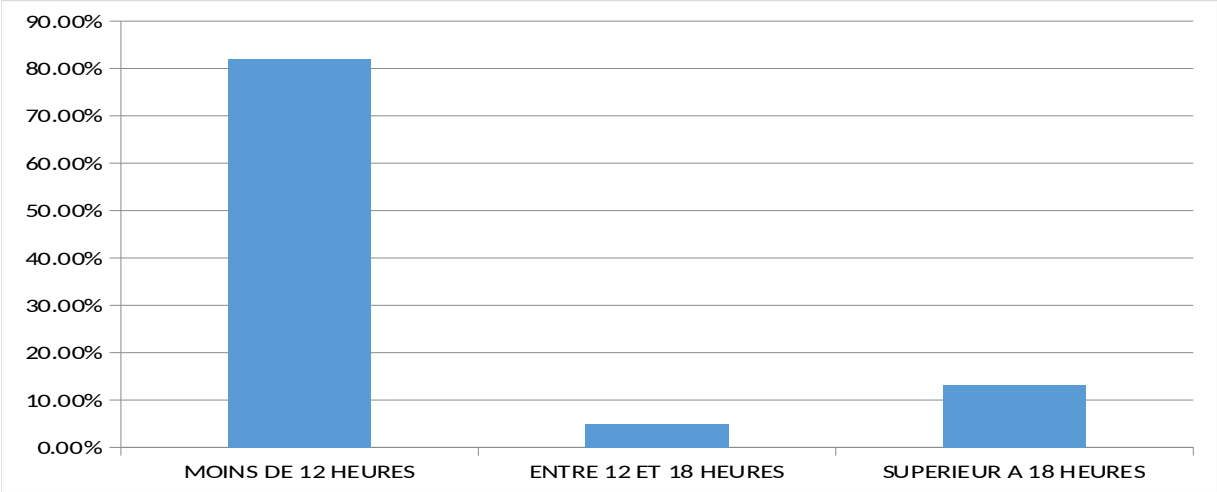
Tableau Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-24 : Temps de latence entre la rupture des poches des eaux et la naissance de l'enfant selon la région

	MOINS DE 12 HEURES		ENTRE 12 ET 18 HEURES		SUPERIEUR A 18 HEURES	
	Nb. lignes (%)	Nombre	Nb. lignes (%)	Nombre	Nb. lignes (%)	Nombre
KEDOUGOU	100,0%	13	0,0%	0	0,0%	0
SEDHIOU	85,7%	12	0,0%	0	14,3%	2
TAMBA	80,0%	20	4,0%	1	16,0%	4
ZIGUINCHOR	75,0%	12	12,5%	2	12,5%	2
Total	83,8%	57	4,4%	3	11,8%	8

Il apparaît que le temps latence entre la rupture des poches des eaux et la naissance de l'enfant le plus fréquent est moins de 12 heures. En d'autres termes, 8 mères d'enfants décédés sur 10 ont accouché moins de 12 heures après avoir vu leur poche des eaux se rompre. En revanche, 4,4 % des mères ont accouché entre 12 h et 18 h après vu leur poche des eaux se rompre et 11,8 %, 14. Et de plus seulement 12% des femmes une durée

supérieure à 18 heures, 18 h après. Ces derniers cas peuvent présager de dystocies pouvant impacter sur la survie de l'enfant après sa naissance.

Figure Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-15 : Temps de latence entre la rupture des poches des eaux et la naissance de l'enfant



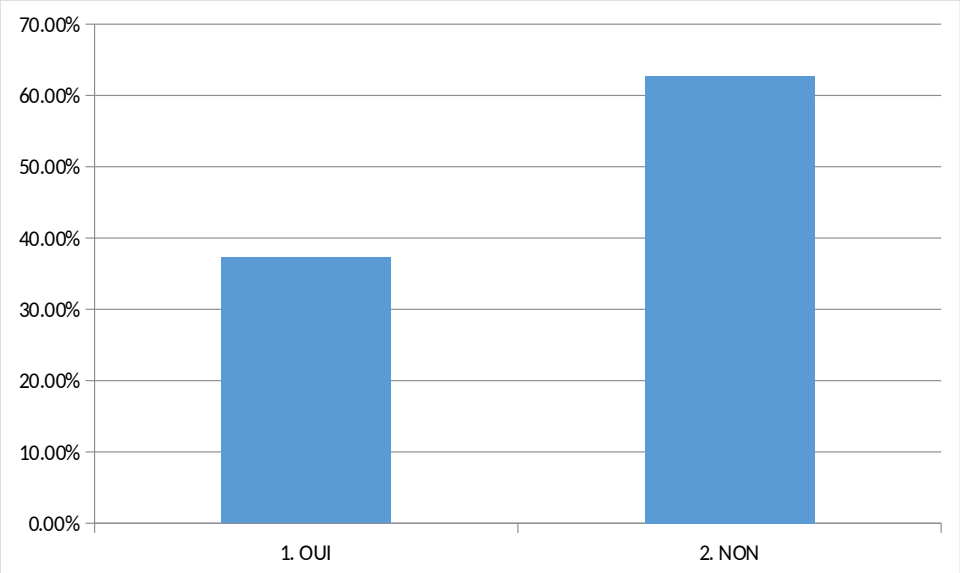
2.6.2.c Mauvaise odeur des eaux de la poche selon la région

Tableau Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-25 : Mauvaise odeur des eaux de la poche selon la région

	OUI		NON	
	N % ligne	Effectif	N % ligne	Effectif
KEDOUGOU	30,0%	3	70,0%	7
SEDHIOU	20,0%	1	80,0%	4
TAMBACOUNDA	63,6%	14	36,4%	8
ZIGUINCHOR	7,1%	1	92,9%	13
Total	37,3%	19	62,7%	32

Pour une mère d'enfant décédé au cours de la période néonatale sur trois, l'odeur de la poche des eaux était mauvaise. Cette proportion passe à 2 mères sur 3 dans la région de Tambacounda. Cela peut présager pour le nouveau né d'infections néonatales pouvant lui être fatales. De même, cela peut informer sur la fréquence et la qualité des services de consultations prénatales, moments indiqués pour diagnostiquer d'éventuels problèmes de santé des femmes enceintes.

Figure Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-16 : Mauvaise odeur des eaux de la poche



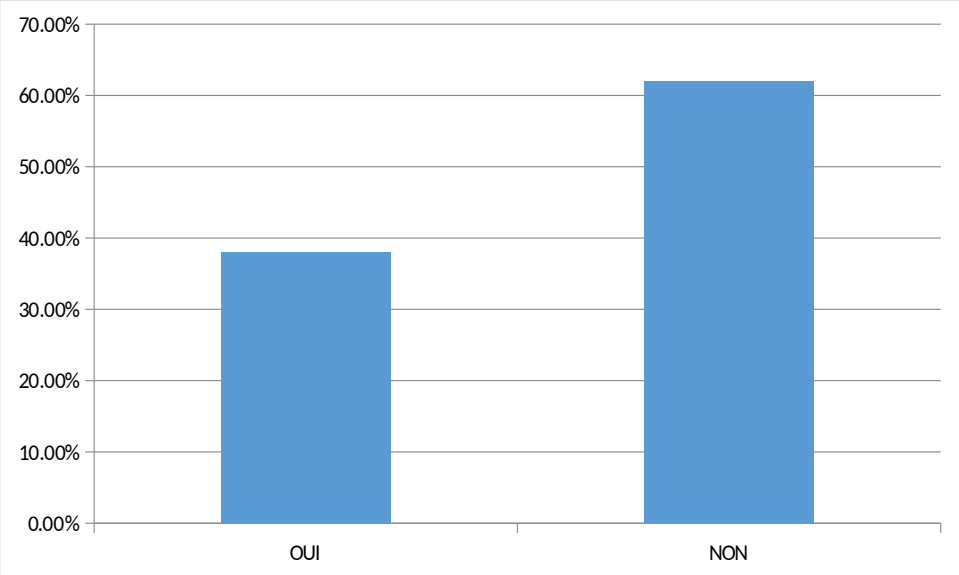
2.6.3 Hémorragie avant l'accouchement

Tableau Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-26 : Hémorragie avant l'accouchement selon la région

	OUI		NON		Total	
	Nb. lignes (%)	Nombre	Nb. lignes (%)	Nombre	Nb. lignes (%)	Nombre
KEDOUGOU	36,4%	4	63,6%	7	100,0%	11
SEDHIOU	31,3%	5	68,8%	11	100,0%	16
TAMBA	45,8%	11	54,2%	13	100,0%	24
ZIGUINCHOR	35,0%	7	65,0%	13	100,0%	20
Total	38,0%	27	62,0%	44	100,0%	71

A la lumière des résultats, nous pouvons dire qu'environ 4 mères d'enfants décédés sur 10 ont déclaré avoir eu une hémorragie avant l'accouchement. C'est dans la région de Tambacounda que les mères des enfants décédés ont eu le plus de cas d'hémorragie avant l'accouchement que dans les autres régions.

Figure Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-17 : Hémorragie avant l'accouchement selon la région



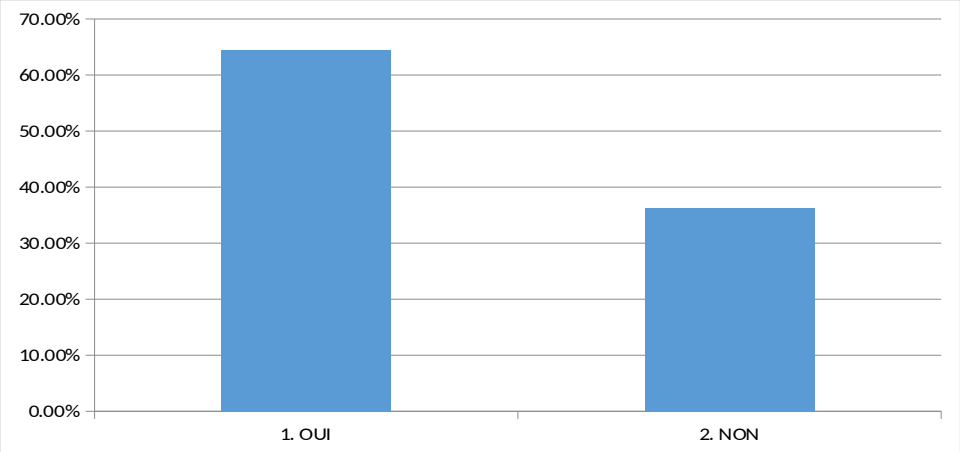
2.6.4 Fièvre avant l'accouchement

Tableau Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-27 : *Fièvre avant l'accouchement selon la région*

	OUI		NON		Total	
	Nb. lignes (%)	Nombre	Nb. lignes (%)	Nombre	Nb. lignes (%)	Nombre
KEDOUGOU	40,0%	4	60,0%	6	100,0%	10
SEDHIOU	53,3%	8	46,7%	7	100,0%	15
TAMBA	79,2%	19	20,8%	5	100,0%	24
ZIGUINCHOR	65,0%	13	35,0%	7	100,0%	20
Total	63,8%	44	36,2%	25	100,0%	69

Les résultats témoignent que 64,5% des mères d'enfants décédés ont eu une fièvre avant l'accouchement. Cependant c'est dans région de Tambacounda que les femmes sont le plus confrontées à cette situation (avec 8 femmes sur 10).

Figure Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-18 : Fièvre avant l'accouchement



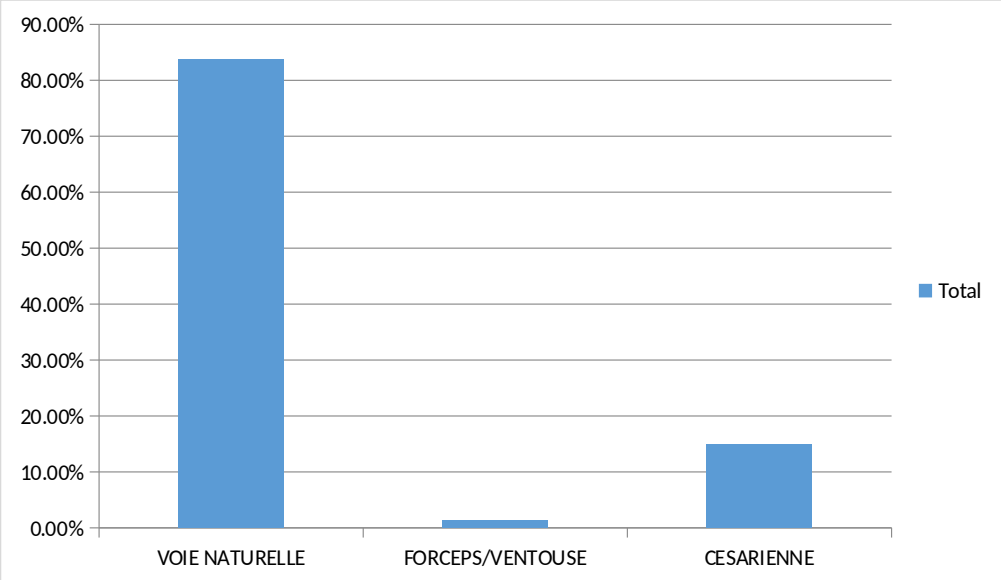
2.6.5 . Type d'accouchement

Tableau Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-28 : *Type d'accouchement selon la région*

	VOIE NATURELLE		FORCEPS/VENTOUSE		CESARIENNE		Total	
	Nb. lignes (%)	Nombre	Nb. lignes (%)	Nombre	Nb. lignes (%)	Nombre	Nb. lignes (%)	Nombre
KEDOUGOU	100,0%	11	0,0%	0	0,0%	0	100,0%	11
SEDHIOU	72,2%	13	0,0%	0	27,8%	5	100,0%	18
TAMBA	95,8%	23	0,0%	0	4,2%	1	100,0%	24
ZIGUINCHOR	71,4%	15	4,8%	1	23,8%	5	100,0%	21
Total	83,8%	62	1,4%	1	14,9%	11	100,0%	74

Au regard de ce tableau nous pouvons affirmer que le type d'accouchement le plus répandu est par voie naturelle (83,8%). Toutefois nous avons constaté un nombre important de cas de césarienne (14,9%). Dans la région de Kédougou toutes les femmes ont accouché par voie naturelle alors qu'à Ziguinchor et à Sédhiou on a d'importants cas de césariennes (au moins 1/5 des mères). L'accouchement par forceps/ventouse se fait uniquement à Ziguinchor.

Figure Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-19 : Type d'accouchement



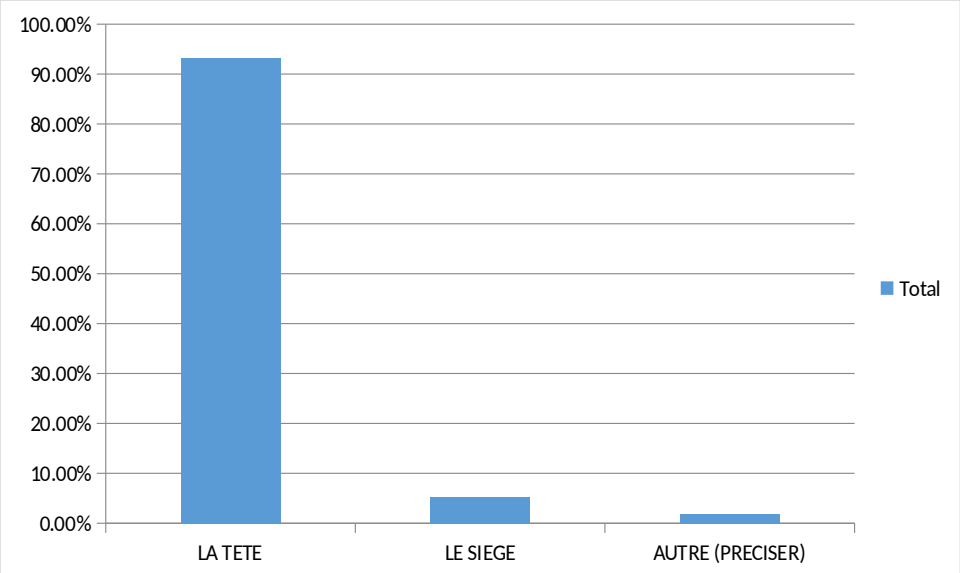
2.6.6 Présentation de l'enfant lors de l'accouchement

Tableau Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-29 : Présentation de l'enfant lors de l'accouchement selon la région

	LA TETE		LE SIEGE		LE BRAS/LA MAIN		AUTRE (PRECISER)	
	Nb. lignes (%)	Nbre	Nb. lignes (%)	Nbre	Nb. lignes (%)	Nbre	Nb. lignes (%)	Nbre
KEDOUGOU	100,0%	10	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0
SEDHIOU	91,7%	11	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0
TAMBA	90,9%	20	9,1%	2	0,0%	0	0,0%	0
ZIGUINCHOR	92,9%	13	7,1%	1	0,0%	0	0,0%	0
Total	93,1%	54	5,2%	3	0,0%	0	0,0%	0

A la lumière de ce tableau, nous constatons que 9 enfants sur 10 ont présenté leur tête lors de l'accouchement de leur mère, ce qui est la position de présentation normale. Cependant, il y'a 5,2 % des enfants qui ont une présentation de siège. En effet, ces cas existent uniquement dans les régions de Tambacounda et Ziguinchor. Ces cas renvoient à des accouchements dystociques avec des risques pour la mère et l'enfant (pour l'enfant risque de fracture des membres et de décès)

Figure Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-20 : Présentation de l'enfant lors de l'accouchement



2.7 ETAT DE SANTE PEU APRES LA NAISSANCE POUR LES ENFANTS DECEDES

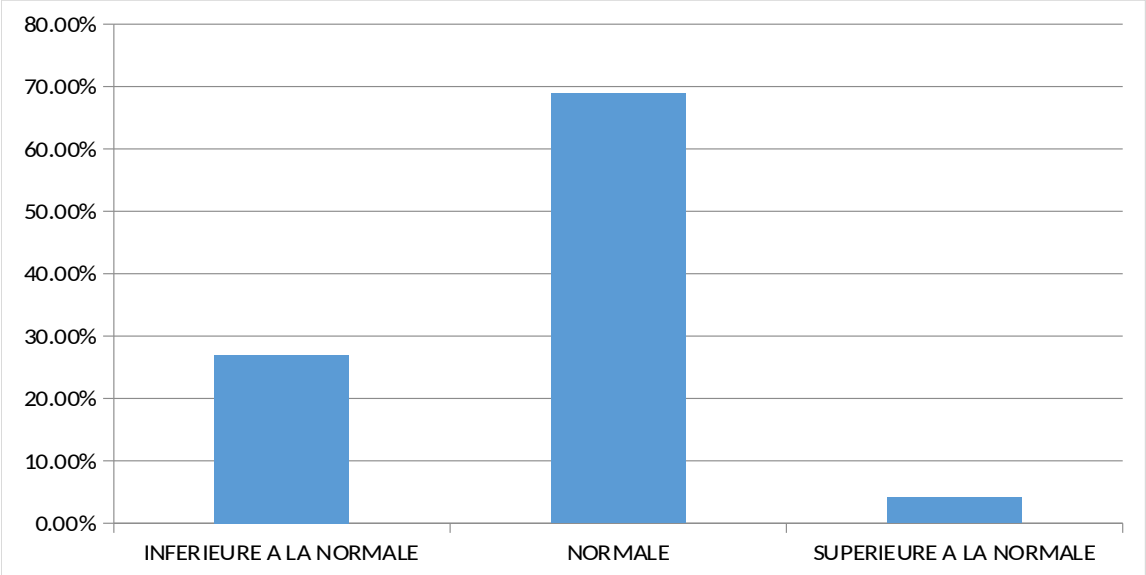
2.7.1 Taille de l'enfant

68.9 % des enfants de 0-59 mois décédés sont nés avec une taille inférieure à la normale. Cette situation a été le plus notée dans la région de Kédougou avec 81.8%.

Tableau Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-30 : Taille de l'enfant selon la région

	INFERIEURE A LA NORMALE		NORMALE		SUPERIEURE A LA NORMALE		NE SAIT PAS	
	Nb. lignes	Effectif	Nb. lignes	Effectif	Nb. lignes	Effectif	Nb. lignes	Effectif
KEDOUGOU	18,2%	2	81,8%	9	0,0%	0	0,0%	0
SEDHIOU	5,6%	1	94,4%	17	0,0%	0	0,0%	0
TAMBA	45,8%	11	41,7%	10	12,5%	3	0,0%	0
ZIGUINCHOR	28,6%	6	71,4%	15	0,0%	0	0,0%	0
Total	27,0%	20	68,9%	51	4,1%	3	0,0%	0

Figure Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-21 : Taille de l'enfant



2.7.2 . Prématurité de l'enfant

Tableau Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-31 : Prématurité de l'enfant en pourcentage selon la région (%)

	Moyenne	Nombre
KEDOUGOU	36.4	11
SEDHIOU	11.1	18
TAMBACOUNDA	29.2	24
ZIGUINCHOR	28.6	21
Total	25.7	74

Selon les personnes interrogées, un quart des enfants décédés durant la période néo-natale étaient nés prématurés. C'est dans la région de Kédougou que l'on observe le plus de cas (plus d'un enfant décédé sur trois est né prématuré). La prématurité est un facteur explicatif de la mortalité néonatale. Il s'agit ici aussi de perceptions des personnes qu'il faut replacer dans des contextes culturels dans lesquels, la prématurité s'apprécie et est estimée d'une certaine manière.

2.7.3 Poids de l'enfant

Tableau Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-32 : *Poids moyen de l'enfant selon la région*

	Moyenne	Nombre
KEDOUGOU	1,500.0	11

SEDHIOU	3,083.3	18
TAMBACOUNDA	2,248.5	24
ZIGUINCHOR	3,856.2	21
Total	3,004.4	74

Le poids moyen à la naissance des enfants décédés durant la période néonatale est de 3 kg. La prématurité est un facteur explicatif de la mortalité néonatale. Il s'agit ici aussi de représentations du poids de l'enfant qu'il faudrait relativiser. C'est dans la région de Kédougou que les enfants ont le plus faible poids à la naissance (la moitié du poids moyen), tandis qu'à Ziguinchor on enregistre le plus grand poids moyen à la naissance (poids moyen de 3,8 kg). La spécificité de la région de Ziguinchor qui est mieux dotée sur le plan agricole pourrait expliquer un meilleur un statut nutritionnel des femmes enceintes et donc un moindre risque d'insuffisance pondérale des nouveaux-nés.

2.7.4 Application sur le moignon du cordon ombilical

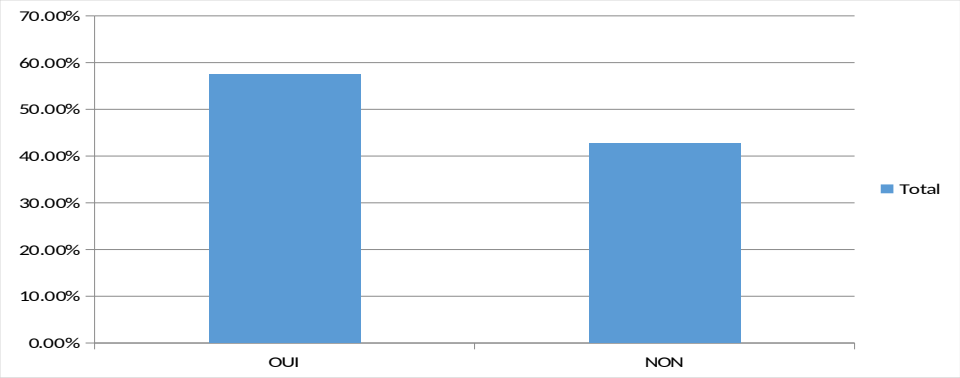
Les 57,4 % des enfants décédés ont reçu une application sur le moignon du cordon ombilical contre 42,6% qui n'en ont pas reçu.

Tableau Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-33 : Application sur le moignon du cordon ombilical selon la région

	OUI		NON	
	Nb. lignes (%)	Nbre	Nb. lignes (%)	Nbre
KEDOUGOU	70,0%	7	30,0%	3
SEDHIOU	60,0%	9	40,0%	6
TAMBA	60,9%	14	39,1%	9
ZIGUINCHOR	38,5%	5	61,5%	8
Total	57,4%	35	42,6%	26

C'est dans la région de Kédougou que le plus grand nombre d'enfants ont reçu une application sur le moignon du cordon ombilical avec 70%.

Figure Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-22 : Application sur le moignon du cordon ombilical



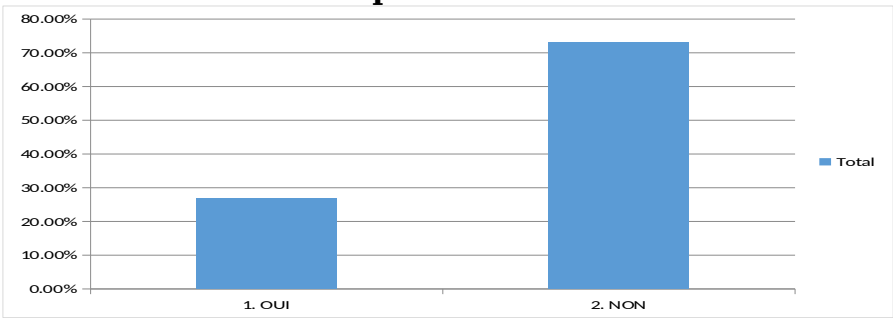
2.7.5 Assistance respiratoire à la naissance

Les 26% d'enfants décédés avaient une détresse respiratoire et ont eu besoin d'assistance respiratoire à la naissance. En effet, c'est à Ziguinchor que cette proportion d'enfants est plus importante, quasiment un enfant sur deux.

Tableau Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-34 : Assistance respiratoire à la naissance selon la région

	OUI		NON	
	Nb. lignes (%)	Nbre	Nb. lignes (%)	Nbre
KEDOUGOU	0,0%	0	100,0%	11
SEDHIOU	31,3%	5	68,8%	11
TAMBA	17,4%	4	82,6%	19
ZIGUINCHOR	47,6%	10	52,4%	11
Total	26,8%	19	73,2%	52

Figure Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-23 : Assistance respiratoire à la naissance



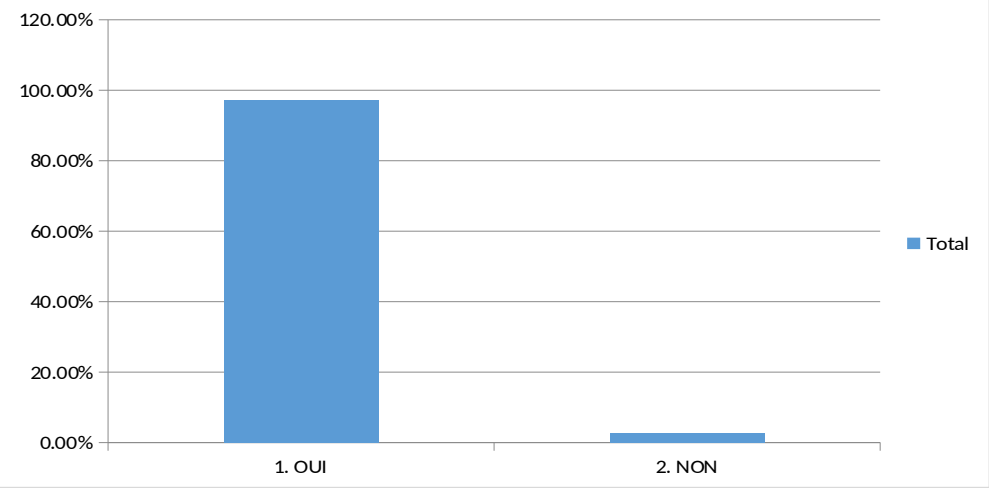
2.7.6 Mouvements après la naissance

Des mouvements après la naissance ont été constatés pour 96,2% des enfants décédés. A Ziguinchor, et à Sédhiou, tous ces enfants ont bougé après leur naissance.

Tableau Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-35 : Mouvements après la naissance selon la région

	OUI		NON	
	Nb. lignes (%)	Nbre	Nb. lignes (%)	Nbre
KEDOUGOU	100,0%	11	0,0%	0
SEDHIOU	93,8%	15	6,3%	1
TAMBA	95,8%	23	4,2%	1
ZIGUINCHOR	100,0%	21	0,0%	0
Total	97,2%	70	2,8%	2

Figure Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-24 : Mouvements après la naissance



2.8 Antécédents de maladies néonatales (par région)

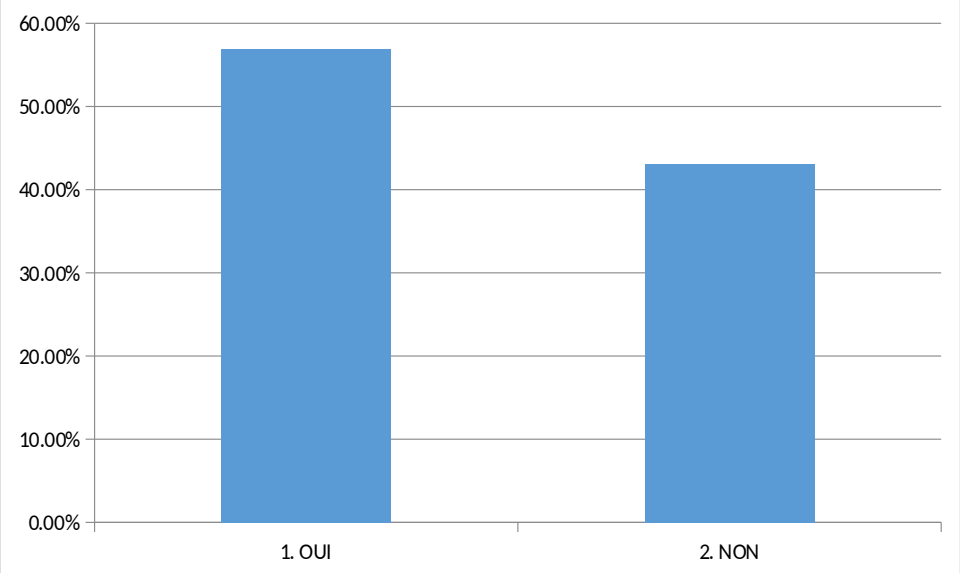
2.8.1 Capacité de se nourrir au sein

Dans l'ensemble, environ 6 enfants décédés sur 10 ont été capables de se nourrir au sein ou au biberon après la naissance. En revanche, 43,1% n'ont pas été en mesure de le faire.

Tableau Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-36 : Capacité de se nourrir au sein ou au biberon selon la région

	OUI		NON	
	Nb. lignes (%)	Nbre	Nb. lignes (%)	Nbre
KEDOUGOU	100,0%	11	0,0%	0
SEDHIOU	61,1%	11	38,9%	7
TAMBA	37,5%	9	62,5%	15
ZIGUINCHOR	52,6%	10	47,4%	9
Total	56,9%	41	43,1%	31

Figure Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-25 : Capacité de se nourrir au sein ou au biberon



2.8.2 Administration de breuvage (Toxantal)

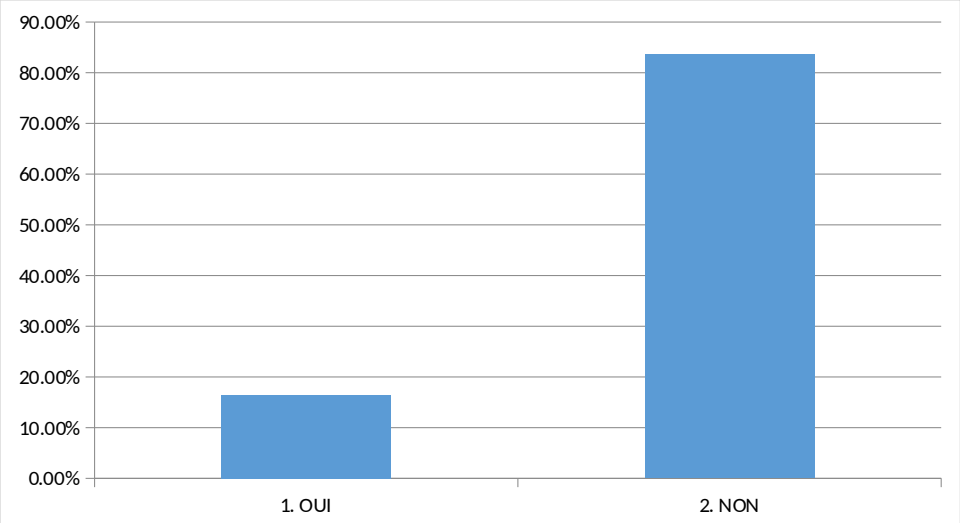
Les 16,4% des enfants décédés ont reçu une administration de breuvage à la naissance. C'est à Kédougou et Sédhiou qu'on a constaté le plus d'enfants à qui on a administré un breuvage à la naissance (environ 1 enfant sur 3). Ce sont des pratiques culturelles qui limitent l'allaitement maternel exclusif et qui peuvent exposer l'enfant au décès (risques de diarrhées). Ayant à l'esprit le fait que les méthodologies de collecte de données de cette enquête et de l'EDS MICS sont foncières différentes, on peut essayer de comparer ces proportions au pourcentage d'enfants de moins de 6 mois, qui étaient allaités exclusivement au sein et qui était de 39

% selon l'EDS MICS de 2010-2011. Avec toute la réserve imposée par les différences d'approche méthodologique, on peut constater que l'allaitement maternel exclusif est relativement plus important que la moyenne nationale.

Tableau Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-37: Administration de breuvage (Toxantal) selon la région

	OUI		NON	
	Nb. lignes (%)	Nbre	Nb. lignes (%)	Nbre
KEDOUGOU	36,4%	4	63,6%	7
SEDHIOU	29,4%	5	70,6%	12
TAMBA	12,5%	3	87,5%	21
ZIGUINCHOR	0,0%	0	100,0%	21
Total	16,4%	12	83,6%	61

Figure Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-26 : Administration de breuvage (Toxantal)



2.9 Données de base relatives à l'enfant décédé dans la phase post néo-natale

2.9.1 Insuffisance pondérale

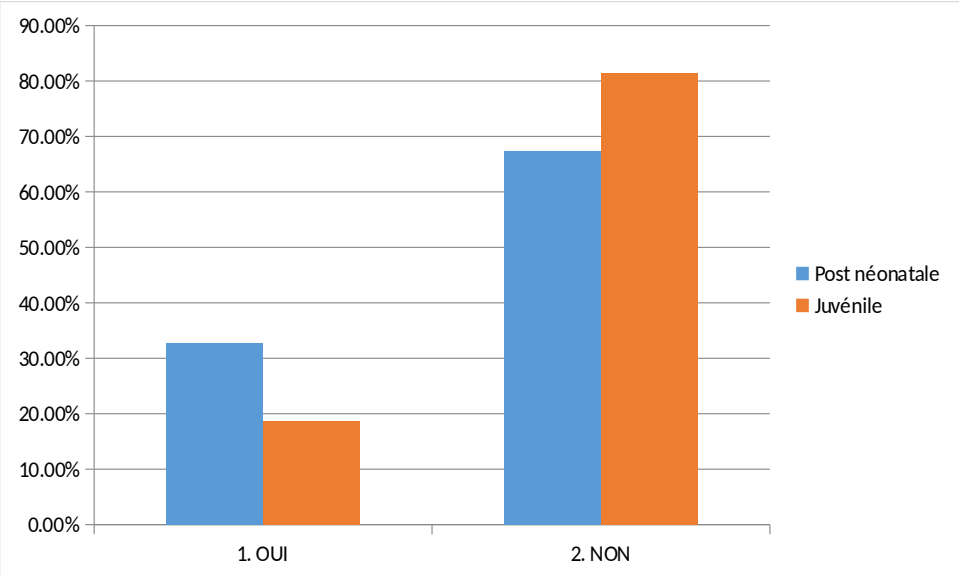
Tableau Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-38: Insuffisance pondérale de l'enfant décédé selon la région et le sexe de l'enfant

		OUI		NON	
		N % ligne	Effectif	N % ligne	Effectif
Post néonatale	KEDOUGOU	30,0%	6	70,0%	14
	SEDHIOU	28,6%	2	71,4%	5

		OUI		NON	
		N % ligne	Effectif	N % ligne	Effectif
	TAMBACOUNDA	50,0%	6	50,0%	6
	ZIGUINCHOR	23,1%	3	76,9%	10
	MASCULIN	33,3%	11	66,7%	22
	FEMININ	31,6%	6	68,4%	13
	Total	32,7%	17	67,3%	35
Juvénile	KEDOUGOU	10,0%	1	90,0%	9
	SEDHIOU	18,8%	3	81,3%	13
	TAMBACOUNDA	13,6%	3	86,4%	19
	ZIGUINCHOR	27,3%	6	72,7%	16
	MASCULIN	13,9%	5	86,1%	31
	FEMININ	23,5%	8	76,5%	26
	Total	18,6%	13	81,4%	57

Selon les personnes interrogées, donc ayant partagé les derniers instants de la vie de l'enfant, 32,7% des enfants décédés dans la période post néonatale avaient une insuffisance pondérale. En effet, c'est dans la région de Tambacounda que ce phénomène a touché plus d'enfants (50%) des cas sur le total enregistré pour les quatre régions. Il est également à noter que les enfants de sexe masculin sont les plus touchés par l'insuffisance pondérale post néonatale (33,3%) et les filles par l'insuffisance pondérale juvénile (23,5%). Bien que les méthodologies de collecte de données entre cette enquête sur les autopsies verbales et l'EDS MICS soient différentes, les résultats de l'EDS MICS de 2010-2011 montrent que l'insuffisance pondérale toucherait plus les garçons que les filles.

Figure Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-27: Insuffisance pondérale de l'enfant décédé selon la région et le sexe de l'enfant



2.9.2 Prématurité

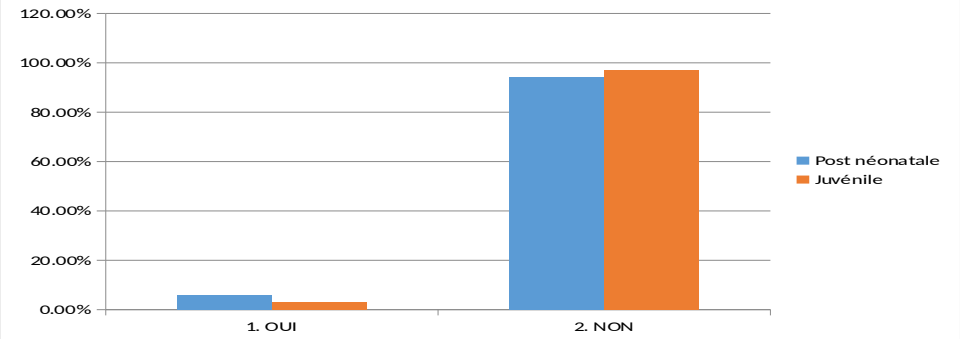
Tableau Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-39: Prématurité de l'enfant décédé selon la région et le sexe

		OUI		NON	
		Nb. lignes (%)	Nombre	Nb. lignes (%)	Nombre
Post néonatale	KEDOUGOU	10,0%	2	90,0%	18
	SEDHIOU	0,0%	0	100,0%	7
	TAMBA	8,3%	1	91,7%	11
	ZIGUINCHOR	0,0%	0	100,0%	13
	MASCULI	9,1%	3	90,9%	30
	FEMININ	0,0%	0	100,0%	19
	Total	5,8%	3	94,2%	49
Juvénile	KEDOUGOU	0,0%	0	100,0%	10
	SEDHIOU	0,0%	0	100,0%	16
	TAMBACOUNDA	4,8%	1	95,2%	20
	ZIGUINCHOR	4,5%	1	95,5%	21
	MASCULIN	2,8%	1	97,2%	35
	FEMININ	3,0%	1	97,0%	32
	Total	2,9%	2	97,1%	67

Selon les personnes interrogées, parmi les enfants décédés de mortalité post néonatale, 5,8 % étaient nés prématurés. En effet, c'est dans la région de Kédougou que le plus grand nombre de décès post néonataux

nés prématurés a été enregistré (10%). Tous les cas de décès post néonataux d'enfants prématurés en post néonatale ne concernent que les garçons. C'est la même situation qui est notée pour les cas de décès d'enfant durant la période juvénile (les concernés par la prématurité étaient les garçons).

Figure Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-28: Prématurité de l'enfant décédé selon la région et le sexe



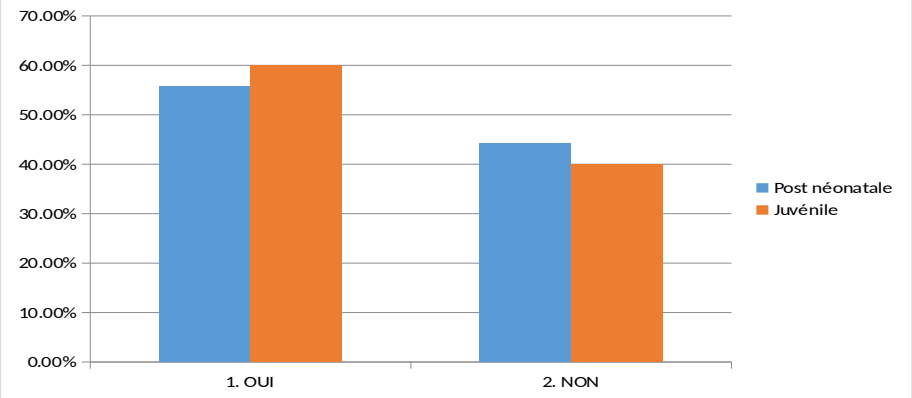
2.9.3 Croissance

Tableau Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-40: Croissance l'enfant décédé selon la région et le sexe de l'enfant

		OUI		NON	
		Nb. (%) lignes	Nombre	Nb. (%) lignes	Nombre
Post néonatale	KEDOUGOU	60,0%	12	40,0%	8
	SEDHIOU	71,4%	5	28,6%	2
	TAMBA	41,7%	5	58,3%	7
	ZIGUINCHOR	53,8%	7	46,2%	6
	MASCULI	51,5%	17	48,5%	16
	FEMININ	63,2%	12	36,8%	7
	Total	55,8%	29	44,2%	23
Juvénile	KEDOUGOU	80,0%	8	20,0%	2
	SEDHIOU	50,0%	8	50,0%	8
	TAMBACOUNDA	59,1%	13	40,9%	9
	ZIGUINCHOR	59,1%	13	40,9%	9
	MASCULIN	59,5%	22	40,5%	15
	FEMININ	60,6%	20	39,4%	13
	Total	60,0%	42	40,0%	28

La croissance normale concerne 60 % des enfants décédés. Ce sont les enfants de sexe féminin qui ont eu moins de difficultés de croissance avec 63,2% durant la période post néonatale et 61,8% au courant la période juvénile. Pour le cas de décès post néonatale c'est la région de Sédhiou qui vient en tête avec 71.4% et pour les décès juvéniles le plus grand nombre de cas a été enregistré à Kédougou avec 80%.

Figure Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-29: Croissance l'enfant décédé selon le sexe de l'enfant



2.9.4 Bombement de la fontanelle

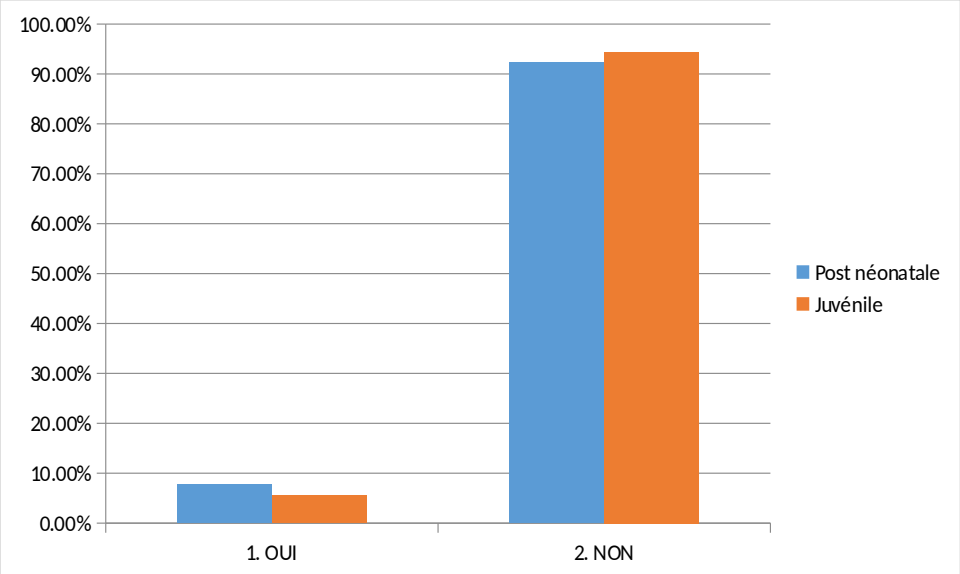
Tableau Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-41: Bombement de la fontanelle l'enfant décédé selon la région et le sexe de l'enfant

		OUI		NON	
		Nb. lignes (%)	Nombre	Nb. lignes (%)	Nombre
Post néonatale	KEDOUGOU	5,0%	1	95,0%	19
	SEDHIOU	14,3%	1	85,7%	6
	TAMBA	0,0%	0	100,0%	12
	ZIGUINCHOR	15,4%	2	84,6%	11
	MASCULIN	12,1%	4	87,9%	29
	FEMININ	0,0%	0	100,0%	19
	Total	7,7%	4	92,3%	48
Juvénile	KEDOUGOU	0,0%	0	100,0%	11

	SEDHIOU	18,8%	3	81,3%	13
	TAMBACOUNDA	0,0%	0	100,0%	22
	ZIGUINCHOR	4,5%	1	95,5%	21
	MASCULIN	8,1%	3	91,9%	34
	FEMININ	2,9%	1	97,1%	33
	Total	5,6%	4	94,4%	67

Le bombement de la fontanelle aurait concerné 7 enfants sur 10 décédés durant la post néonatale et environ 6 enfants sur 10 pour les décès juvéniles. Les enfants de sexe masculin ont été les plus exposés à cette situation. La région de Sédhiou serait plus concernée suivie de Ziguinchor pour les cas d'enfants décédés au cours de la période juvénile.

Figure Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-30: Bombement de la fontanelle l'enfant décédé selon le sexe de l'enfant

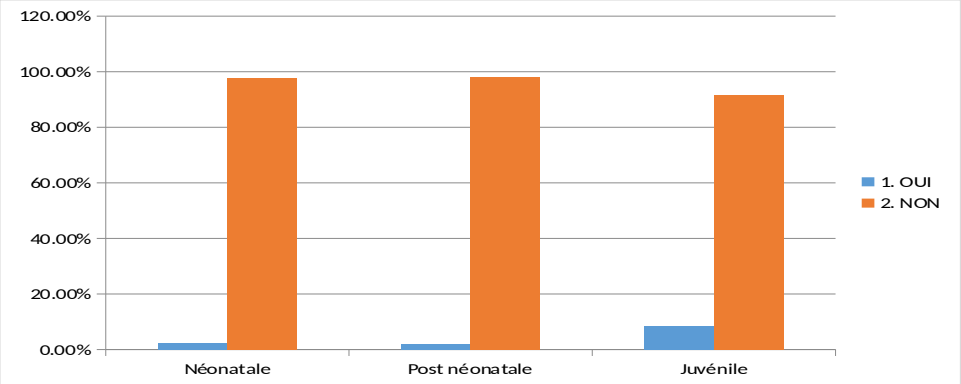


2.10 Dossiers médicaux (par région, âge et sexe de l'enfant)

2.10.1 Existence d'un certificat de décès

La plupart des enfants décédés enregistrée n’ont pas de certificat de décès. Cet état de fait renseigne sur la mentalité des populations et les rapports qu’elles entretiennent vis-à-vis du système de l’état civil.

Figure Analyse de la mortalité à partir des autopsies verbales-31 Existence d'un certificat de décès



CONCLUSION PARTIELLE

L'analyse des données fournies par les autopsies verbales montre la place centrale des mères dans le système de soins prodigués à l'enfant malade. Elle révèle une variation de la mortalité dans le temps et dans l'espace. Ainsi, il y aurait une saisonnalité de la mortalité des enfants, laquelle serait plus importante en saison sèche qu'en saison pluvieuse (sauf à Kédougou). On noterait aussi des différentiels de mortalité selon le sexe : elle toucherait les enfants de sexe masculin que ceux de sexe féminin. Qui plus est, la majorité des cas de décès ont lieu à domicile et dans les établissements de santé.

Il y aurait un décalage entre l'étiologie populaire et celle moderne. Dans les régions de l'étude, les imputations causales en cas de maladies convoquent des explications mystiques : cas d'un enfant malade car ayant été échangé par des esprits qui l'ont remplacé par un des leurs, malade. Ces imputations causales expliquent le recours thérapeutique auprès de guérisseurs sensés soigner des maux que la médecine moderne

De façon générale, les causes de décès d'enfants sont déclarées inconnues : 1 personne sur 2 interrogée ne connaissait pas exactement la cause de décès de l'enfant. Cependant, pour les enfants de la période post-néonatale, presque ¼ des cas de décès est causé par la diarrhée. De même, la deuxième cause de décès juvéniles est la diarrhée. Dans la région de Kédougou, les cas de décès des enfants juvéniles sont plutôt causés par le paludisme et la diarrhée.

La proportion de prématurés parmi les enfants décédés durant la période néonatale est relativement importante. Même si les enfants décèdent le plus souvent à domicile, le recours aux soins reste important : 9 enfants sur 10 seraient concernés, et les fillettes plus que les garçons.

52,2% des enfants de 0-59 mois décédés au cours des 12 derniers mois ont été consultés par un guérisseur traditionnel pour la maladie qui a conduit à leur décès. Ce sont les enfants de sexe masculin qui seraient les plus concernés comparativement aux enfants de sexe féminin.

CHAPITRE 3 ANALYSE DESCRIPTIVE DES DONNÉES DE L'OBSERVATION PARTICIPANTE

3.1 Accueil et prise en charge des patients dans les formations sanitaires ciblées

L'accueil est le premier maillon de la chaîne de soins. Il donne le ton, la première impression et peut faciliter ou compliquer la suite de la relation entre le patient et l'établissement de santé. C'est une notion qui a beaucoup évolué par rapport aux dernières décennies. Auparavant, l'accueil était vu comme le simple fait de venir dans une structure de santé pour y être soigné. Actuellement, il va au-delà : la sécurité, la renommée de l'établissement, la nourriture que l'on y sert, l'architecture des bâtiments ou de la structure etc. sont autant de facteurs qui permettent de juger le niveau de l'accueil d'une structure sanitaire quel que soit sa nature. A ce propos, la Direction des Établissements de Santé, sous tutelle du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, stipule clairement dans la Charte du malade (Article 3), que « Les Etablissements publics de Santé Hospitaliers garantissent un accueil et des soins de qualité ; ils veillent au soulagement de la douleur »[6].

3.1.1 Satisfaction et frustration se chevauchent

3.1.1.a Porte principale : manque de vigilance sur les entrées et sorties

Les portes d'entrée principales des différentes formations sanitaires ayant fait l'objet d'observation méritent d'être étudiées. Elles constituent des scènes informant sur le fonctionnement des structures de santé. L'observation des entrées et sorties au niveau de ces structures montre le décalage entre les règles établies et les pratiques. Les règles établies concernent les heures de visites et la gestion de la sécurité.

Les règles fixant les entrées et les sorties sont parfois affichées sur les enseignes, à lIl l'établissement de règles pour gérer et filtrer les entrées et les sorties, il est apparu que les procédures de contrôles des

[6] Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Direction des Établissements de Santé, « Charte du malade », Article 3.

entrées et du respect des horaires prévus pour les visites ne sont pas respectées. Qu'ils s'agissent de patients ou de visiteurs venus voir leurs malades ou n'importe qui d'autres, leurs entrées et sorties ne sont pas surveillées et ils ne sont pas interrogés sur les motifs de leur présence dans le centre de santé. Ce qui expliquerait peut être que des malades hospitalisés aient pu s'échapper et sortir du centre sans même que personne ne s'en aperçoive. En effet, il est arrivé des accompagnantes[7] se soient enfuies avec leurs malades (des enfants) interrompant ainsi leur traitement.

Au cours de certaines autopsies verbales, des mères d'enfants décédés ont eu à déplorer fortement certains faits jugés insolites se déroulant à l'entrée principale de cet hôpital jusqu'à les pousser à jurer de ne plus y remettre les pieds. Ces femmes estiment qu'elles ne pas instruites et quand elles font quelque chose qui leur semble normale, naturelle, elles sont tout de suite rembarrées avec violence avec des phrases du genre « tu n'es pas instruite ? Tu ne sais pas lire ? Si elles répondent non, la réponse qui fuse est : « va chercher quelqu'un qui sait le faire ». Du coup, ils ne savent pas où se renseigner. Ils sont brutalisés verbalement et quelques fois physiquement. Un comportement qui n'est pas seulement imputable aux gardiens ou vigiles mais aussi aux prestataires de santé. En effet, les sages-femmes, les infirmiers et les vigiles de la porte centrale ont souvent des différents avec des patients. Les différents événements observés sont relatés ci-dessous :

[7] Les accompagnantes de ces enfants malades auraient décidé de faire abandonner le traitement aux enfants et se sont échappées avec eux du centre de santé prétextant aller récupérer quelque chose à la porte.

Encadré 4 :

Premier cas : Le Mardi 31 Mars, à la porte d'entrée de la structure X, un vigile s'est disputé avec un jeune homme qui venait rendre visite à un malade. Ce dernier a voulu entrer dans l'hôpital, mais le vigile lui a refusé l'accès. Du coup, ils se sont disputés. Le responsable de la structure a appelé la gendarmerie qui est venue et a menotté le jeune homme et l'a amené. Par la suite, les parents du jeune homme sont venus s'excuser auprès des autorités de la structure pour que le jeune homme soit libéré.

Deuxième cas : Le vigile de l'hôpital refusait l'entrée à une femme qui venait apporter de la bouillie à son mari hospitalisé. Le vigile était tellement agressif à l'égard de la femme qui le suppliait de la laisser entrer le repas car son mari avait faim. La femme lui a dit « je vous en

Aussi, des patients qui viennent en consultation, mais qui ne savent pas où aller sont automatiquement renvoyés dehors par les prestataires de santé. Ceci ne vient en fait que renforcer l'inversion du rôle dévolu au service d'accueil qui au lieu d'orienter, désoriente les patients et leurs accompagnants.

Le maniement de la langue permet d'obtenir des faveurs, parfois indues. Des personnes parviennent ainsi à négocier leur entrée parce qu'elles parlaient la même langue que le vigile alors que d'autres dont ce n'était pas le cas, sont laissées en rade dehors. Des traitements de faveur qui ne font que renforcer des inégalités entretenues pour diverses raisons.

3.1.1.b Communication entre prestataires et patients : quand la barrière linguistique s'interpose

La communication est centrale dans les interactions sociales et sa qualité a un impact considérable sur l'offre et la demande se soins de santé. Au cœur de cette communication, entre soignants et soignants, la langue parlée qui peut interférer positivement ou négativement dans les relations entre soignés et soignants. L'interférence négative renvoie aux

subjectivités qui ne peuvent manquer de survenir quand le patient et le prestataire ne parlent la même langue. Les observations sur le terrain ont permis de rendre compte des difficultés que rencontraient certains prestataires dans leurs échanges avec les patients, ce qui était de nature à affecter la qualité de la prise en charge sanitaire. L'incidence de la barrière linguistique et communicationnelle entre les soignants et les soignés a été bien documentée dans la littérature. Il a été démontré que lorsqu'un patient a en face de lui un professionnel de santé qui ne comprend pas ce qu'il dit, il aura du mal à expliquer les sensations et les perceptions qu'il a de sa maladie que dans cette situation, il est fort probable que le prestataire ne s'en limite qu'aux symptômes cliniques[8]. Qui plus est, « l'organisation des signes et symptômes pathologiques en maladies précises se fait au cours de l'entretien entre le patient et le médecin et grâce à cet entretien[9] »

De fait, dans certaines structures, l'accueil des patients est assuré par les acteurs communautaires pour pallier la barrière linguistique. Dans un centre de santé, au niveau de chaque service, il y a un acteur communautaire qui se charge de l'accueil, de la traduction et des premiers soins du patient. Ce procédé tire son efficacité dans dans le fait qu'en plus de manier la langue, ces personnes préposées au service de l'accueil sont natives de la zone, connaissent les patients et prennent le temps de discuter avec ces derniers.

Dans l'administration des soins, certains prestataires comme les sages-femmes utilisent les services des matrones qui font office d'interprètes. Ce recours à des intermédiaires pour surmonter la barrière linguistique, a un effet pervers car il n'encourage les efforts à fournir pour maîtriser les rudiments de la langue locale. Les efforts consentis par les prestataires pour surmonter l'obstacle linguistique varie d'une catégorie de prestataires. En effet, si de façon générale, les prestataires ont un sens élevé de l'écoute, ce sont plus les infirmiers qui, comparativement qui font

[8] Elderkin-Thompson, V., Silver, R.C., Waitzkin, H. (2001). When nurses double as interpreters: a study of Spanish-speaking patients in a US primary care setting. *Social Science & Medicine*, 52(9), 1343-58.

[9] Manfred Pflanz et Heinrich Keupp, « Le concept de maladie : une perspective sociologique », Revue Internationale des Sciences Sociales, Revue trimestrielle publiée par l'Unesco, Paris Vol. X X I X (1977), n° 3, p.424.

plus d'efforts pour essayer de communiquer avec les infirmiers dans la langue locale.

3.1.1.c Les interactions lors des consultations

Les consultations sont des moments de fortes interactions entre plusieurs acteurs dans un circuit bien déterminé : achat de ticket, orientation vers le médecin traitant, consultation proprement dite, achat de médicaments à la pharmacie, envoi au laboratoire pour faire des analyses, etc. Ainsi, pour une consultation, le patient peut être appelé à se rendre dans plusieurs services et par conséquent y rencontrer toute sorte de personnes. c'est ce qui fait que dans les formations sanitaires, l'accueil et la prise en charge des patients est différent et différenciable selon qu'il s'agit des heures normales de travail, des heures dites creuses ou des heures supplémentaires, des patients ordinaires ou des cas d'urgence, pour la médecine générale, l'infirmerie ou pour la maternité ou tout autre service, s'agissant de parent, d'ami ou d'étranger et des affinités ou litige dans l'historique des interactions.

- *Consultation aux heures normales (8h-12h)*

Les consultations aux heures normales sont d'abord précédées du tri. Le service de tri a pour rôle de séparer les patients et de les orienter vers des services précis où ils vont être pris en charge. Cependant, plusieurs facteurs contribuent à diminuer l'efficacité du service de tri. Au niveau de certaines structures, le patient ou son accompagnant décide de façon discrétionnaire le type de consultation qu'il désire. Ainsi dans certaines structures tau niveau des structures Tout d'abord, il est à souligner le fait que les prix des consultations sont conformes ou différents en fonction de la nature des formations sanitaires. Dans une des structures, les tickets de consultation adultes sont fixés à 500 FCFA pour l'infirmier et 1000 FCFA pour le médecin. Pour les consultations pédiatriques, le ticket de consultation est à 300 FCFA pour ceux qui ont plus de 5 ans et est gratuit pour les moins de cinq ans si la mère est munie du carnet de santé de l'enfant. Dans cet autre poste santé, le ticket de consultation adulte est à 500 FCFA, celui pour les enfants de plus de cinq ans à 300 FCFA, le ticket

de garde à 600 FCFA et la gratuité pour les enfants de moins de cinq ans. Dans les hôpitaux, les tickets sont plus élevés.

Le second facteur qui influe sur l'efficacité du service de tri est l'instauration de règles sensées accélérer la fluidité du tri. Mais ce sont des règles qui sont très rigides et contraignantes qui finalement contribuent à altérer la qualité de l'accueil. C'est le cas d'une structure dans laquelle, le vendeur de tickets ne voulant pas s'embarrasser de la recherche de la monnaie, exige que celui qui vient acheter un ticket de consultation, aie au franc près le montant du ticket, faute de quoi, il lui est invité à aller se procurer de la monnaie.

Le troisième facteur influant sur la qualité des services d'accueil au sein des structures est l'absence de formation des agents préposés à l'accueil. N'étant pas capacités dans le domaine de la gestion de la clientèle, ils ont des attitudes inappropriées. Le manque de professionnalisme des agents d'accueil ajouté à l'incommodité des espaces des espaces dévolus à l'accueil et des délais d'attente rend délicate la gestion de l'accueil.

La possibilité offerte au patient ou à son accompagnant de choisir le type de consultation donc un régime tarifaire de prestation obéit le plus souvent à des logiques économiques. Le choix est fait en fonction de ses moyens financiers. Lorsque le patient ou son accompagnant jugent qu'ils n'ont pas suffisamment de moyens, ils préfèrent acheter dans des cas précis (centres de santé ou hôpitaux), ils préfèrent acheter un ticket pour une consultation infirmier. Le choix d'un prestataire par un client se fait aussi et surtout par affinité et sur la base des relations de confiance tissées avec les agents de santé chargés de la consultation générale. Ce faisant, l'orientation vers les médecins et infirmiers dépend entièrement du choix des patients et crée forcément un déséquilibre dans la prise en charge de ces derniers.



Encadré 5 :

Pour ce service d'ophtalmologie dans une structure sanitaire au sud du pays, les jours d'affluence sont les lundis, mercredis et vendredis parce que ce sont des jours de consultation. Le service a une excellente renommée, c'est pour cela qu'on retrouve des patients qui viennent de Ziguinchor, Sédhiou, Kolda et Bignona. L'affluence est très forte. Les uns sont assis sur des bancs, les autres restent debout. En effet, l'attente est trop longue. Ils se présentent dès 6 heures du matin et doivent attendre l'arrivée des infirmiers qui arrivent vers 7h 30mn pour récupérer les carnets. A l'intérieur, il n'y a pas de salle d'accueil, après la prise d'acuité, les patients doivent attendre dehors, les premiers à venir sont installés tout au long d'un couloir avant d'accéder à la salle de consultation.

Selon un major d'un service « l'accueil à l'hôpital nécessite d'être amélioré en exigeant aux personnels de bien se comporter avec les patients et les accompagnants car le patient doit être traité comme un roi dans une structure sanitaire » (Entretien infirmier. avril 2015). En plus selon la même personne « dans la plus part des cas, les prestataires de santé ne prennent pas leur temps pour réconforter les patients à leur arrivée avant de passer à l'acte de la consultation et il est impératif de changer l'image que les populations ont de l'hôpital ». (Entretien infirmier. avril 2015).. En plus de ces failles en matière d'accueil, vient s'ajouter l'attente. En effet, les patients font face à une longue attente souvent dans des conditions difficiles parfois même hostiles dans la plupart des services. Cette situation est due non seulement à un afflux de demandeurs de soins, mais aussi au retard et au manque du personnel ou à un déficit organisationnel au niveau

des services. Cette attente est souvent frustrante, démoralisante, angoissante, ennuyeuse pour les patients qui peuvent passer toute une journée dans un service avant de se faire consulter. Elle affecte de manière significative la perception globale de la qualité des soins offerts. En à croire un chef de service, « même si l'usager a été bien servi, la longue attente laisse toujours un goût amer au patient à l'endroit de la structure ». (Entretien médecin. avril 2015). De façon concrète, l'assemblage des différents points suivants concrétise et donne un aperçu global sur le pourquoi et le comment des dysfonctionnements notoires notés dans l'accueil et la prise en charge des patients au sein de cet établissement de santé. Il s'agit entre autres de manquements dont certains ont d'ailleurs déjà abordés : du manque de contrôle strict à l'entrée de l'hôpital (entrées et sorties des personnes et véhicules qui ne sont pas bien contrôlées par les vigiles par complaisance ou par manque d'une formation d'où la mise en place d'une équipe de sécurité bien formée pour harmoniser et sécuriser la circulation des usagers) ; insuffisance ou absence de panneaux d'indication et d'orientation du mauvais système de communication entre d'une part le personnel soignant et les patients et d'autre part entre le personnel soignant et les accompagnants ; Difficulté d'accessibilité à certains services qui fonctionnent sur rendez-vous concernant les consultations (service cardiologie); d'une architecture non adaptée aux normes d'un centre hospitalier moderne rendant les bâtiments vétustes surtout les salles d'hospitalisation, insuffisance de locaux pour les services et par conséquent, la compression de plusieurs services dans un seul bâtiment; des matériels biomédicaux qui ne cadrent pas forcément avec l'avancée technologique avec des pièces de rechange rares, difficiles à trouver sur le marché ; absence d'un système d'accueil informatisé ; une attente très longue et fatigante dans certains services qui occasionne une occupation anarchique des allées et couloirs par les accompagnants par manque de salles d'attente, d'abris ou de hangars;

Cependant, il existe des services qui se singularisent par les efforts consentis par les prestataires qui sont aux yeux des patients des modèles. Ces prestataires s'évertuent à créer un climat social apaisé au niveau de la

structure, à définir, à respecter et à faire respecter un certain nombre de règles : propreté des locaux et de l'environnement immédiat avec une gestion correcte des déchets ; limitation du nombre d'accompagnants dans certains services ; interdiction aux accompagnants de manger dans les salles d'hospitalisation, de se coucher sur les lits des malades et de passer la nuit au sein de certains services ; interdiction aux prestataires de santé de suivre la télévision et d'utiliser ou de manipuler une tablette pendant les heures de travail..

- *Les consultations aux heures dites creuses (entre 14h et 17h) :*

Il est apparu que les heures creuses constituent des heures de faible affluence et que malgré la faible affluence. Les attitudes des prestataires varient d'une structure à une autre. Dans cette structure du sud du pays, c'est le moment de se retrouver entre collègues pour bavarder, ce qui allonge le temps d'attente des patients venus en consultation. Dans les structures plus réduites comme les postes de santé, elles correspondent à des périodes de repos. Certains prestataires considèrent ces heures comme étant supplémentaires et ne semblent pas apprécier ces consultations, ce qui les amènent à réinterpréter les règles relatives à l'offre de soins comme par exemple prescrire des médicaments à acheter dans les pharmacies externes quand il s'agit d'enfants de moins de cinq ans. Sous prétexte que parce que les accompagnants ne sont pas venus le matin, donc ils ne doivent pas bénéficier de la gratuité des médicaments. Le traitement réservé au patient pendant les heures creuses dépend aussi des affinités que le patient ou son accompagnant ont avec le prestataire ou alors de l'âge de la personne (il y a une certaine bienveillance envers les personnes du 3è âge, bref du statut social.

- *Les consultations dans les soirées et les Week End*

Elles sont variables selon les structures sanitaires. Dans certaines structures, la qualité de l'accueil et de la prise en charge demeurent meilleures la soirée. Au fait, ce moment correspond à la diminution de la fréquence de la demande de soins. Plus précisément, les patients se font rares durant la soirée. Dans cette structure, le vigile devient au cours de soirées et des week end, un élément central du service d'urgence, alertant les prestataires sur l'identité du patient et l'état de gravité du cas. Ces

informations préalables, provenant de l'appréciation d'un profane en matière de santé, vont permettre à l'infirmier et à la sage-femme d'apprécier l'urgence de la prise en charge et donc le temps d'attente nécessaire avant de se déplacer de leur appartement au bâtiment des soins pour prendre en charge un malade.

Ces tranches horaires nocturnes et les week end peuvent être des cadres d'analyse des relations de travail (entente, mésentente et complémentarité) entre prestataires. Dans cette structure, la sage-femme accepte d'être supplée par la matrone de garde alors que l'infirmier n'accepte pas d'être secondé par le stagiaire.

Ailleurs, les soirs et les Week end sont des moments peu appréciés des patients qui préfèrent rester chez car le plus souvent, le prestataire est absent.

Encadré 6 :

Un enfant est décédé dans les bras de son père. Il s'était rendu au centre de santé le samedi vers 5 heures du matin et a frappé à toutes les portes du service de la pédiatrie mais personne n'a répondu, finalement l'enfant est décédé dans ses bras.

3.1.2 Quand la parenté, l'amitié et l'appartenance ethnique, sociale interfèrent dans l'accueil et la prise en charge

Les formations sanitaires ne sont pas des entités isolées des cadres sociétaux qui les accueillent. Elles sont les lieux de rencontre de personnes venues de sphères différentes certes mais constituent aussi des espaces de retrouvailles entre parents et entre amis. De fait, les relations amicales, familiales ou même les sentiments identitaires fondés par l'ethnie, voir même la caste sont transposées dans la sphère médicale. Cette transposition fait que ces relations et ces sentiments interfèrent avec l'offre de service et occasionnent du favoritisme et des passe-droits. Selon le psychologue Julien MBAMBI, « *la parenté et la famille sont au cœur du lien social dans les sociétés africaines. Le réseau de la parenté et de la famille sont le lieu où se développent des phénomènes psychiques, à partir des échanges entre individus ayant des places respectives définitives aux uns et aux autres. Les liens de consanguinité ou d'alliance apparemment*

privilégiés unissant des parents sont un des éléments sur lesquels se fonde la solidarité qui règne dans la famille[10] *».* Ces passe-droits se manifestent dans le fait d'être pris en charge avant d'autres patients qui ont suivi la file d'attente. Ces passe-droits ont été quasiment observés partout. Ils se manifestent aussi dans la possibilité de se faire consulter sans pour autant s'acquitter du paiement du ticket modérateur.

Ils révèlent aussi les positions de pouvoirs des uns et des autres. En effet, les patients qui subissent les effets pervers de ce système (être devancé par quelqu'un qui n'a pas suivi la file), n'osent pas publiquement manifester leur désapprobation. Ils le font en l'absence du prestataire et le patient « fautifs »: *« ce n'est pas acceptable du tout. Ils ne nous accordent aucune considération. En tant que médecins, ils devraient avoir honte ».* Par médecin ici, il faut entendre tout prestataire une blouse blanche.. Sous ce rapport, la motivation des prestataires à fournir des soins, repose inéluctablement sur la perception de la gravité de la maladie, les affinités personnelles et les liens de parenté.

3.1.3 Certains prestataires préférés à d'autres : la notoriété et le statut social (caste) du prestataire en perspective ?

On constate qu'il existe des représentations populaires qui orientent les procédés de prise en charge. Ces facteurs comme la légitimité statutaire et l'appartenance familiale demeurent des éléments fondamentaux pour la compréhension des rapports entre prestataires et patients. Il faut préciser de prime abord que, ce qui est convenu d'appeler ici légitimité statuaire renvoie à la « *notoriété qu'un agent gagne auprès des patients et qui lui confère plus d'audience au détriment des autres prestataires* ». Cette notoriété est entretenue par les représentations que les patients et les accompagnants se font sur la réputation des prestataires. Elle forge des attitudes de préférence entre agents et une faible coopération lors des interactions soignants-soignés. Les plus anciens dans la fréquentation de l'établissement de santé vont suggérer aux nouveaux

[10] MBAMBI Julien, 2005, *Expériences féminines à Brazzaville : fécondité, identité sexuelle et modernité en Afrique subsaharienne*, Le Harmattan, p.35.

patients, moins habitués, de réclamer les soins de tel ou tel autre agent au détriment d'un autre. Ce discours est plus accentué chez les accompagnants des malades pour la maternité pendant les moments où ils discutent du traitement infligé à leur malade. C'est durant cette période d'échange que ces derniers (es) livrent leur verdict concernant l'efficacité des soins reçus. D'où les difficiles collaborations, les hésitations, les disputes qui conduisent parfois à des ruptures de traitement et des accouchements à domicile. Le cas de cette structure dans la région orientale est assez illustratif de la notoriété que peut avoir un prestataire. Parmi les patients cette structure, un grand nombre a tissé des liens de confiance avec l'un des infirmiers qui fut major et qui occupe actuellement un autre poste de responsabilité. Le prestataire de santé ayant servi près de plus de trente ans dans le district, beaucoup de patients préfèrent se faire consulter par lui. Ainsi, préférant cet infirmier aux autres infirmiers disponibles, ceci occasionne un déséquilibre dans la prise en charge des patients et le partage des tâches. Généralement, en entrant dans le centre de santé, il y a toujours une longue attente devant son bureau au moment où les autres infirmiers reçoivent peu de malades ou n'en reçoivent pas du tout. Apparemment, de par son ancienneté il a réussi à tisser des relations de confiance avec les populations, certains disent qu'il offre quelques fois des médicaments aux malades étant dans les difficultés. En cas de retard ou d'absence, certains patients l'appellent au téléphone ou préfèrent rentrer dans des villages éloignés du département plutôt que de se faire consulter par l'un des infirmiers présents. Une autre explication est que les soninkés ne font pas confiance aux jeunes recrues au tout début.

Dans cette autre structure, sont tous convaincus que seul l'ICP, responsable de la structure est apte à prodiguer des soins. Dans les interactions lors des prises en charge, on voit carrément des patients ou accompagnants qui disent à la stagiaire ou à la matrone qu' « '*Daga ti Modou li yéré* ! ' (*Il faut appeler Modou (nom de substitution) avant de faire quoi que ce soit* !) ». Ce manque de confiance les emmène parfois à ne pas suivre les instructions des agents subalternes, préférant attendre l'avis du prestataire en question.

A côté de ces représentations sur les compétences des prestataires, d'autres considérations d'ordre socioculturel peuvent être déterminantes dans le choix de recourir aux soins d'un prestataire. Dans cette structure sanitaire située dans un milieu fortement structuré par des hiérarchies sociales fondées sur la caste, la préférence d'un prestataire sera conditionné par la caste du prestataire. Ce référent constitue le deuxième élément, à côté de l'absentéisme des prestataires, les facteurs explicatifs de nombreux accouchements à domicile dans cette zone. En fait, si une femme s'apprête à accoucher alors que c'est une matrone castée qui est de garde, la famille de la femme a tendance à appeler la matrone M2 ou M3 pour venir accoucher la femme enceinte à domicile. A partir de ce moment, s'il y a des complications liées à la délivrance (sortie de l'enfant ou du placenta) la prise en charge devient tardive, moins efficace et occasionnant parfois même des cas de décès maternel et/ou néonatal. Il y a donc des logiques qui gouvernent les interactions rapports soignants/soignés au sein des structures et qui sont dictées par des croyances culturelles extra-médicales qui sous-tendent et déterminent les modes de conduites.

3.1.4 Représentations socioculturelle de la maladie et ancrage socio-culturel

Les normes socioculturelles des zones étudiées et qui tournent autour de la gestion de la maladie déteignent sur la prise en charge sanitaire. Un des faits qui attire l'attention à ce niveau, est que quand un malade vient en consultation d'urgence ou est hospitalisé, c'est une foule de personnes qui le suit dans la structure, ce qui n'est pas du goût du personnel. Il a été observé décompte des personnes qui étaient venues assister un malade a été fait, au terme duquel, il a dénombré au moins 20 accompagnants. Cette situation est aussi favorisée par l'absence de vigile et de contrôle des entrées et sorties au niveau des formations sanitaires. Une personne non avertie qui tombe sur ces genres de scènes peut penser que tous ces gens sont des malades, de plus, ils s'asseyent même dans les bancs réservés aux patients. Les soubassements de ce comportement sont principalement d'ordre culturel. La norme veut que, si un voisin ou parent

est amené d'urgence à l'hôpital ou bien s'il est hospitalisé, tous les autres sont tenus de le suivre pour manifester leur solidarité et leur soutien. Quelqu'un qui déroge à cette règle sans excuse, court le risque de se singulariser et d'être écarté du groupe.

En outre, les observations laissent croire que l'ethnie Bassari est celle chez qui, cette pratique est le plus observée.

Encadré 7 :

Un des faits marquants de notre séance d'observation peut être aussi analysé de ce point de vue socioculturel. En effet, au premier jour de notre séjour au niveau de la structure ~~centre de santé de Salémata,~~ quand nous nous apprêtions à prendre la pause de 14 h, nous sommes tombée sur une scène qui n'arrive pas tous les jours. Il s'agissait d'une femme en travail qui a été transportée par moto et qui accouchait par terre juste à l'entrée du centre de santé. C'est à peine qu'elle a eu le temps de descendre de la moto que le bébé est né. Ainsi, la sage-femme de garde qui a été appelée de son bureau par le dépositaire s'est empressée de prendre l'enfant complètement ensablé pour se diriger vers la maternité où elle se met à le nettoyer, ce qui ne fût pas facile à cause du sable mêlé au sang. Il nous fallait donc en savoir davantage sur le cas de cette femme. Ainsi, d'après les discussions que nous avons eues avec elle et avec la sage-femme, la femme était venue au centre de santé le matin, accompagner sa mère victime d'accident de moto. A son retour, le travail a commencé et d'après la sage-femme, on avait proposé à la femme d'appeler l'ambulance pour venir le chercher mais elle a refusé arguant qu'elle ne voulait pas que les voisins pensent que c'était grave.

Ce cas confirme certes les mauvaises conditions de transport des femmes parturientes dans cette zone mais aussi il est la preuve que tout un ensemble de considérations psychoculturelles participent à retarder le recours au centre de santé au moment où une ambulance est disponible. En effet, la femme habite dans la localité même où est logé le centre de santé et où l'accès à l'ambulance est gratuit du fait du fond de dotation mentionné plus haut, ce qui laisse croire à la persistance de facteurs plutôt psychoculturels qui méritent d'être pris en compte.

Certains patientes, la plupart enceintes, bien que prenant la peine de se rendre dans les structures de santé, ont tendance à recourir et à privilégier la médecine traditionnelle. Raison pour laquelle, selon certaines sages- femmes, il est difficile, voire même impossible de faire

comprendre à certaines catégories de patients l'importance des traitements qui leurs sont donnés. Il est fréquent de voir des prestataires faire des reproches à certains patients lorsqu'ils ne suivent pas correctement les traitements qui leur sont prescrits. Pour remédier à ces difficultés, certains prestataires expliquent et réexpliquent à maintes reprises le processus thérapeutique à suivre. Dans une maternité, une prestataire reprochait à une patiente de ne pas faire les analyses qui permettent de déceler sa maladie, en lui disant sur un ton conciliant, sociable: « *goorgoorlul nga deff tes analyses* » («*fais des efforts afin de faire tes analyses*)». Des séances de counseling relatives au SIDA et des propositions de dépistage avec l'accord du patient sont organisées en vue de mieux les motiver. Ces efforts sont consentis par les prestataires afin de défaire des patients récalcitrants, certains préjugés et représentations fortement ancrés par rapport à la maladie et aussi à certains soins.

3.1.5 Relations entre prestataires au cours de l'accueil et la prise en charge des patients

Les relations entre prestataires sont parfois conflictuelles. Les conflits naissent parfois du non respects des règles établies de façon consensuelle. Par exemple, dans ce service de pédiatrie, il est prévu d'arrêter de prendre les carnets des enfants à consulter à partir de 11 heures. Les carnets des patients qui arrivent au-delà de cette heure sont envoyés à la permanence qui prend la relève de la pédiatrie à partir de 13 heures. Mais, cette règle n'est pas respectée par certains prestataires de la permanence ou de la pédiatrie. Parfois, la pédiatrie renvoie des patients à la permanence (qui constitue en même temps le service des soins primaires curatifs) à 11 heures alors que la celle-ci ne doit recevoir les enfants qu'à partir de 13 heures. Ainsi, des prestataires ont des échanges parfois houleux sur le non-respect du règlement.

Les conflits peuvent aussi être générés par une répartition des tâches qui ne serait pas équitable. Dans ce service de maternité, le même constat est visible du fait qu'il y a des querelles internes entre des sages-femmes au sujet de la charge, c'est-à-dire le nombre de patientes à consulter. La

coordinatrice des sages-femmes ne consulte que dix patients par jour car elle estime « qu'*elle est là pour coordonner les activités de plus de 30 structures de santé, coordonne les activités en rapport avec la santé de la reproduction, centralise les rapports des postes de santé et les transmet à la région médicale, elle supervise aussi les tâches de la maternité à savoir la consultation pré et post natale, la PF et estime qu'elle n'était pas obligée de faire ces dix consultations par jour parce qu'elle a beaucoup de travail* ».

3.1.6 Déficit de personnel et vétusté des structures

Si le déficit de personnel est commun à toutes les formations sanitaires, la question de la vétusté est quant à elle plus accentuée au niveau des postes de santé et des postes érigés en centres de santé.

Encadré 8 : Description d'une structure de santé dans la région de Kédougou

Cette structure qui polarise plusieurs villages dont la population est estimée à 2775 habitants résidant dans 304 ménages. Elle ne dispose que d'un Assistant infirmier, d'une sage-femme, de trois ASC, de quatre matrones, de cinq Dsdom, de dix relais et de cinq bajenu gox. Elle est composée de deux bâtiments construits côte à côte dans une même enceinte : l'un est le dispensaire et l'autre la maternité. Au niveau du dispensaire, la salle d'accueil comprend 4 bancs en dur carrelé, 2 bancs en bois et 3 ventilateurs. Le dispensaire est composé du bureau du responsable, d'une salle de pansement qui est en même temps la salle d'accouchement, d'une salle d'injection, deux salles d'observation, d'un dépôt de médicaments, d'un guichet de ticket qui est actuellement une unité de production de l'eau de javel financée par une ONG, d'une toilette pour patients et d'une toilette pour le personnel. Dans la maternité, on trouve deux bancs en dur carrelés et deux ventilateurs. Il faut noter que la sage-femme est logée dans la maternité, c'est seulement le bureau de consultation qui fonctionne dans ce service. En effet, les salles d'accouchement, de travail, de garde et d'observation sont utilisées pour d'autres fins. L'accueil et la prise en charge des patients est à l'image de la localité dans laquelle est logé le poste de santé. En effet, même si les prestataires de santé « veulent bien faire », les conditions et les moyens constituent une contrainte.

La question relative à la vétusté des bâtiments est un phénomène récurrent dans le sud. Dans une structure, dans le service pédiatrie en particulier, les lundis et les vendredis sont les jours où il y a beaucoup de patients. Or, les prestataires ne disposent que d'une salle pour faire pour les consultations. Et il arrive même qu'il n'y ait qu'un seul prestataire pour un nombre très important de patients. Ce qui fait perdre des heures aux patients avant d'accéder à la salle de consultation. Ils se plaignent tout le temps de cette situation et on assiste souvent à des altercations entre prestataires et patients. Ces situations étant fréquentes, les rapports entre eux sont tout le temps conflictuels.

Une autre structure faisant partie de ces postes de santé érigés en centres de santé, fait face à plusieurs manquements. C'est une structure qui n'est pas très visible, elle ne se trouve pas sur une route principale et le panneau qui normalement indique et oriente les populations sur son existence n'est pas apparent. N'importe qui peut passer devant sans pour autant se rendre compte qu'il s'agit en fait d'une formation de santé au sein de laquelle la priorité est accordée aux urgences même s'il n'y a pas de salle d'urgence, ni même de salles d'attente. Les locaux font défaut pour réserver aux patients un accueil de qualité. Ce qui leur sert de salle d'attente est très étroit par rapport au nombre de patients reçus. Une partie de ces ceux-ci est obligée de soit rester sous le manguier, soit rester debout aux alentours des salles de soins. La structure ne dispose que de la médecine générale, de soins infirmiers avec un compartiment pour l'hospitalisation, une maternité dans une petite salle où il fait très chaud, un laboratoire, un service social, un bureau PEV, un bureau pour le gestionnaire, une pharmacie, la caisse, le secrétariat. L'échographie se fait tous les quinze jours, il y a certes le matériel mais le médecin qui assure ce service bénévolement travaille dans une autre plus grande structure. Durant les deux mois de l'étude FBR, ce prestataire n'est pas venu. Les patientes qui avaient été programmées pour l'échographie, sont obligées d'attendre. C'est dans une structure plus équipée que se font les échographies d'urgence. Aussi, le centre de santé ne dispose pas de radiographie. L'autre fait à noter est que contrairement à beaucoup de

structures, la convivialité entre prestataires est une réalité. Dans tous les services, le procédé reste le même : salutations ensuite un petit interrogatoire pour faire le diagnostic et prescrire le traitement adéquat. Les prestataires se débrouillent avec le peu de matériels pour offrir aux patients les soins appropriés. Les rares malentendus surviennent surtout en cas d'hospitalisation entre prestataires et accompagnants car ces derniers estiment que les malades ne sont pas suivis régulièrement, ou quand une mère reste très longtemps sans faire vacciner son enfant sous prétexte que celui-ci a trop reçu d'injections et qu'elle a pitié de lui.

A la vétusté, s'ajoute le manque de personnel récurrent dans beaucoup de FOSA. Il ressort des observations, des entretiens formels avec des prestataires et d'entretiens non formels avec des patients, que la problématique des ressources humaines se pose avec acuité. Dans la région de Tambacounda, dans une des structures, le manque de personnel est une réalité dans beaucoup de services en particulier, l'odontologie qui ne dispose que d'un chirurgien-dentiste, d'une assistante et d'un ASC. Un personnel qui demeure insuffisant selon les prestataires eux-mêmes et certains patients. Lorsque le chirurgien-dentiste s'absente, le service ne fonctionne pas même si dans les rares cas[11] où il s'absente, il demande à son assistante de prescrire aux patients des antidouleurs en attendant qu'il revienne ou il essaie de faire le diagnostic par téléphone. Il lui arrive aussi d'assurer l'intérim du MCD et ce travail supplémentaire n'est pas sans contraintes, car les patients ne comprennent pas toujours qu'il les laisse parfois pour s'occuper des tâches administratives. Compte tenu de cela, il a préféré ne pas gérer de programmes[12] et se concentrer sur son travail. Par contre, dans une structure du sud, au service d'odontologie, il y a un personnel qualifié mais les manquements relatifs aux matériels les handicapent dans l'accomplissement de leur travail.

Le manque de personnel est accentué par le temps consacré par certains prestataires (les médecins généralement) aux tâches administratives. Cela amène les responsables qui sont aussi les plus

[11] Il affirme qu'il s'absente très rarement et écourte même ses congés annuels à cause de ce problème de personnel.

[12] Les agents de santé les plus qualifiés gèrent de programmes qui les handicapent dans leur travail, le chirurgien-dentiste a préféré se départir de ces tâches.

qualifiés à déléguer des tâches à des subalternes. C'est le cas des centres de santé. Pour ce qui est du plateau technique et de l'offre de soins curatifs, c'est toujours des soins infirmiers qui sont dispensés généralement par des agents, dont certains sont des assistants infirmiers. En fait, le médecin ne fait que rarement de consultations du fait des charges administratives et surtout des nombreuses absences. Le fait que la FOSA ne dispose que d'un seul médecin en l'occurrence, le médecin chef qui coordonne l'équipe cadre du district de santé est l'un des éléments explicatifs de la prédominance des soins infirmiers au détriment des soins médicaux. En effet, la fonction de coordination du prestataire en chef prend largement le dessus sur sa fonction de prestataire de soins. Les activités de santé publique (atelier de formation, réunion séminaire, supervision) occupent la plupart de son temps. Lors d'un entretien a accordé, lui-même admet qu'il est absent les deux tiers du mois et cette situation le met mal à l'aise. Selon lui, *« la norme voudrait qu'il y ait un médecin chef adjoint qui puisse s'occuper spécifiquement des soins curatifs puisque le rôle du médecin chef de district est aussi de coordonner l'ensemble des activités et programmes du district qui polarise entre autres plusieurs postes de santé* ». Cette situation donne déjà une idée du niveau de la qualité des soins dans cette structure. En effet, les soins généralistes n'existent presque pas à plus forte raison ceux de spécialité. De ce fait, le paquet de services offert est très réduit. Ceci s'explique aussi par le niveau très bas du plateau technique (il n'y existe pas de service de radiologie, d'échographie ni de service d'ophtalmologie, de gynécologie de soins dentaires, etc.). A vrai dire, ce qui semble véritablement différencier le centre de santé d'un poste de santé c'est l'existence de deux salles d'hospitalisation et la présence officielle d'un médecin.

3.2 Accès aux soins de santé

3.2.1 L'accessibilité financière:

Elle fait référence aux tarifs des tickets de consultation et des analyses de labo mais aussi du coût du transport pour accéder à la

structure. Le prix du ticket de consultation varie selon l'âge du patient et le statut du prestataire (médecin, infirmier). Elle doit être analysée à l'aune des opportunités économiques offertes aux habitants de la zone. Un ticket de consultation de 500 francs n'a pas la même valeur économique d'une zone à une autre.

L'accessibilité financière intègre aussi les coûts de transport. En effet, le coût global d'une prise en charge sanitaire varie aussi en fonction des conditions de transport. La distance, l'urgence et la gravité de la maladie déterminent à bien des égards le choix du moyen de transport utilisé pour accéder à la structure.

Les tarifs des analyses de laboratoire dans la structure sont aussi un des aspects de la dimension financière. Voici un exemple de tarifications affiché devant la porte d'un laboratoire.

Tableau Analyse descriptive des données de l'observation participante-42 : Exemple de tarification affichée devant la porte d'un laboratoire

Analyse	GRSH	BW enceinte	Glucose	Aslo	CRP	Vidal	KAOP	CBU	PV	BAAR
Tarifs	2000	1000	500	2000	2000	3000	1000	2000	3000	Gratuit

Affiche au niveau de la pharmacie vérification du laborantin

Par ailleurs, l'observation directe de la fréquence des entrées et sorties au niveau de ce service montre une charge de travail très allégée et parfois même inexistante des deux agents du labogles : d'abord, le faible plateau technique qui limite à bien des égards le choix des prescriptions et des demandes d'examen. En effet, l'absence de soins de spécialité et le nombre relativement limité des gammes d'analyses pratiquées au niveau du service labo peuvent limiter sa fréquentation. Certaines analyses qui auraient pu enrichir le paquet de service sont inexistantes, c'est le cas de la Numération de la Formule Sanguine dont l'inexistence est aussi bien déplorée par le personnel soignant, la responsable du labo que par les sages-femmes. D'ailleurs ce manque est l'une des raisons évoquées pour justifier leur incapacité d'assurer une prise en charge correcte des nombreux cas d'anémie observés chez les femmes parturientes de la zone.

Ensuite, la sous - fréquentation du labo semble beaucoup plus être liée à un problème de décision de la part du personnel soignant. La

demande d'examen ou d'analyse dépend de l'appréciation et du diagnostic fait par le prestataire chargé de délivrer les soins. Et à ce propos, le constat est que les agents chargés d'assurer les consultations courantes ne prescrivent que très rarement des bulletins d'analyses aux malades. En effet, il faut rappeler que la structure n'offre presque que des soins infirmiers avec un personnel très jeune dont la plupart en sont à leur premier poste. Ceci est d'autant plus vrai que certains d'entre eux sont des assistants infirmiers qui n'ont pas encore acquis le statut d'infirmier. Par conséquent, leur réticence à prescrire des analyses peut être liée à ce statut dans la mesure eux-mêmes reconnaissent la difficulté de l'interprétation des résultats de laboratoire. A cela s'ajoute qu'ils rechignent à faire appel à la compétence du médecin chef, ce qui serait un aveu d'incompétence.

L'observation au niveau des structures a permis aussi de se rendre compte d'un manque d'interdépendance des services qui affecte la fonctionnalité de la structure et l'efficacité du système de soins. Cet encadré d'un enfant hospitalisé dans la structure au moment de la mission illustre bien cet état de fait. La gravité de son état découle d'un retard dans le diagnostic du paludisme alors que les le laboratoire est équipé pour établir ce diagnostic (TDR et goutte épaisse).

Encadré 9

L'enfant âgé d'environ un an et demi était malade depuis une semaine. Comme nous avons l'habitude d'entrer de temps en temps à l'intérieur de la salle d'hospitalisation de façon désintéressée pour voir les patients, nous nous sommes rendue compte de la dégradation progressive de l'état de santé de l'enfant qui, malgré les perfusions n'avait pas du mieux. L'enfant était entré dans un état inconscient depuis au moins deux jours et avait une respiration très bruyante, ce qui fait que sa maman ne cessait de pleurer. Quand nous avons interpellé l'infirmier de garde sur sa situation, il nous a affirmé que durant les deux premiers jours d'hospitalisation, ils avaient mis l'enfant sous traitement antibiotique. L'enfant avait subi deux tests de TDR qui s'étaient avérés tous négatifs, c'est certainement pour cette raison que le personnel soignant a écarté la thèse d'une affection palustre malgré la forte fièvre. La mère a confirmé que l'enfant était là depuis l'avant-veille et qu'elle était venue 4 fois avant, dans la semaine au centre de santé pour les mêmes symptômes et une fois elle l'a amené au dispensaire de la mission catholique. C'est donc durant le 5ème contact que le personnel a finalement décidé d'hospitaliser l'enfant qui était malade depuis une semaine. Si on s'en tient à cela, cela veut dire qu'en l'espace d'une semaine, l'enfant a été 5 fois en contact avec la FOSA et c'est seulement à la cinquième fois qu'il a été retenu. En plus, il a fallu une semaine, deux TDR et une évolution critique progressive de la maladie pour qu'on ait pu diagnostiquer le palu à l'aide de l'analyse par goutte épaisse au niveau du laboratoire. D'ailleurs pour contrer la fièvre, la mère trempait périodiquement un morceau dans de l'eau pour couvrir l'enfant. Après trois jours d'hospitalisation son état ne s'était pas amélioré et s'empirait même davantage. Et c'est seulement au troisième jour que le personnel soignant a pris la décision de faire le test de la goutte épaisse, le résultat était positif, l'enfant était atteint de paludisme depuis une semaine alors qu'on lui faisait subir un autre traitement sous antibiotique. C'est donc après une semaine de maladie qu'on a donc commencé à lui administrer un traitement antipaludéen. Jusqu'au soir malgré le nouveau traitement reçu, il n'y a pas eu du mieux. Vers 18 h la quasi-totalité des infirmiers s'étaient finalement mobilisés pour sauver l'enfant.

Ainsi, ils ont eu l'idée de lui faire une assistance respiratoire, mais du fait des coupures d'électricité, cela a pris beaucoup de temps. Il faut rappeler que dans cette localité, l'électricité n'est disponible que de 9 h à 14h et de 19 h à 1h du matin ce qui veut dire que tout l'après-midi et la nuit les activités dépendant d'elle sont gelées. A 19 h, au retour de l'électricité, les infirmiers ont tenté de faire bénéficier à l'enfant d'une assistance respiratoire grâce à un appareil qu'ils ont tenté de brancher

Nous avons saisi cette opportunité pour entrer dans la salle et avoir une petite discussion informelle avec lui. Lui aussi dit avoir perdu espoir et pense à une évacuation, il dit s'étonner du fait qu'on est resté tout ce temps sans penser à une référence vers l'hôpital de Kédougou alors que les conditions n'étaient pas réunies pour une prise en charge correcte d'un malade d'un tel état au niveau du centre. Non seulement l'électricité faisait défaut, ce qui fait aussi que les salles n'étaient pas ventilées en cette forte chaleur mais aussi il n'existe pas dans le centre de santé de Salémata une salle de réanimation et la salle de pansement où l'enfant a été transféré n'était pas ventilée. La salle d'hospitalisation dispose d'un ventilo mais l'enfant a été justement transféré à la salle de pansement à cause d'une mauvaise tension de l'électricité. Toujours selon les propos de l'infirmier trouvé dans la salle, au moins à Kédougou il y a de l'électricité en permanence et le malade pourra bénéficier

❖——*Une accessibilité géographique problématique*

L'accès géographique dépend de la distance, de la nature de la piste mais aussi de l'état du malade. A un premier niveau d'analyse, plus la distance est longue, plus les conditions de transport deviennent difficiles. Cependant, d'autres paramètres comme la nature accidentée de certaines pistes et la présence de montagnes entre certains villages comme dans le département de Salémata et le centre de santé peuvent constituer de sérieuses contraintes. à prendre en compte dans l'analyse. A ce niveau un village situé à 15 km de la structure peut être plus accessible qu'un village à 7 Km. A titre d'exemple dans le département de Salémata, le village de Thiankoye est plus accessible que ceux de Lébar, d'Egnissara et certains hameaux d'Egath alors que du point de vue de la distance, ces derniers sont plus proches du centre de santé.

Encadré 10 : Cas d'accouchement à domicile pour cause d'évacuation sanitaire

Une femme parturiente a perdu son bébé durant les 15 derniers jours de l'observation et de l'audit des décès. A la fin de l'administration du questionnaire d'autopsie verbale, il lui a été demandé pourquoi elle n'a pas accouché dans la structure qu'abrite sa localité. Selon ses propos, c'est parce que le travail a démarré la nuit et c'est à 1 h du matin qu'elle a accouché. Puisque le mari était absent, les trois coépouses étaient seules dans la maison où il n'y avait personne d'autre qui disposait d'une moto pour transporter la femme jusqu'au centre. Quand il leur a été demandé

pourquoi elles n'ont pas fait appel à une moto du voisinage, la réponse a été que celui-ci n'en avait pas non plus. Pourtant l'observation du lieu d'habitation permet d'affirmer que c'est l'une des rares familles assez aisée de la localité, parce que contrairement à la majorité des maisons où l'habitat est de type semi dur, la femme est logée dans un bâtiment construit en dur et dont les apparences marquent facilement la différence avec les autres. Sur le chemin du retour, la personne servant d'accompagnant et d'interprète a fustigé le fait que le mari de la femme qui venait de perdre son bébé est le plus riche des éleveurs de la zone. Mais selon elle : « les habitants de cette contrée n'accordent pas beaucoup d'importance aux besoins de la femme enceinte qui ne bénéficie pas d'ailleurs d'un régime alimentaire particulier. « *tu as vu le laciiri (couscous de mil) qu'elles étaient en train de préparer, c'est ça qu'elle (la parturiente) va manger, comme tout le monde, même pas de la bouillie enrichie ou de la soupe de viande pour elle*». Toutefois, des investigations plus poussées semblent à ce niveau, nécessaires pour confirmer ou infirmer ces propos.

Cependant, l'analphabétisme ou l'ignorance du patient et de l'entourage familial sont aussi des éléments qui peuvent retarder ou empêcher une évacuation sanitaire. D'abord, il existe une ambulance que la famille peut solliciter gratuitement si le fond de dotation carburant alloué par la commune n'est pas épuisé. Si c'est le cas, la famille elle-même doit assurer le carburant pour le déplacement vers la structure. Ainsi, beaucoup laisse à penser que c'est aussi par négligence que la femme a accouché à domicile. En effet, l'examen de son carnet de consultation après l'autopsie verbale a permis de se rendre compte qu'elle n'était pas partie à son dernier rendez-vous qui était fixé le 13 avril 2015 et deux jours après c'est-à-dire le 15 avril 2015, elle accouche à domicile d'un bébé prématuré. Qui plus est, dans le même carnet, il est noté que la femme devait se rendre à la FOSA au J9 de l'accouchement pour les suites de couches ou consultations post néonatales, mais quand on lui a posé la question, elle avait encore raté ce RV. Certes, elle s'est rendue à la FOSA le matin de l'accouchement pour amener le bébé qui était déjà mort et éventuellement pour les suites de couches, mais elle n'est pas retournée au J9 comme fixé dans le carnet et depuis lors elle est malade.

3.3 Disponibilité et accès aux médicaments dans les formations sanitaires

3.3.1 Erreur sur la prescription des médicaments

L’observation a permis de mettre en évidence des problèmes liés à la compétence des prestataires, ce qui laisse entrevoir des insuffisances dans leur cursus de formation et une nécessité de les recycler. Dans certaines structures, certains prestataires font des erreurs sur la prescription des ordonnances. Il est arrivé qu’un prestataire prescrive deux médicaments ayant les mêmes molécules à un patient, avec dans ces cas un risque de surdosage qui pourrait engager le pronostic vital du patient. Par exemple, un prestataire prescrit Advil et Ibuprofène dans une même ordonnance ignorant que ces deux médicaments ont les mêmes éléments actifs. La plupart du temps, la personne officiant à la pharmacie envoie des notes pour leur notifier ces erreurs.

3.3.2 Manque d’organisation et dysfonctionnement dans la redistribution des médicaments

L’analyse des données issues de l’observation montre des insuffisances dans le système d’approvisionnement des médicaments. Les patients accèdent ainsi facilement aux médicaments de l’Initiative de Bamako (IB) disponibles dans la pharmacie, mais les prescriptions relevant des officines sont souvent achetées plus chères dans les pharmacies privées. Si certains médicaments prescrits sur l’ordonnance des patients enregistrent souvent des ruptures à la pharmacie, ce fait serait dû à un manque d’organisation et à un dysfonctionnement noté dans l’actuel système basé sur la gestion des comités de santé. La gestion des médicaments est concentrée à trois niveaux, auprès du dépositaire du district chargé de fournir les médicaments à ladite structure et aux autres structures affiliées, et auprès des deux autres dépositaires en charge de la vente de médicaments. Les agents chargés de la vente s’approvisionnent généralement tous les vingt jours avec l’argent provenant des recettes qu’ils génèrent. Une autre partie de cet argent sert à d’autres besoins liés au maintien et à l’entretien.

L’indisponibilité de certains médicaments s’expliquerait aussi par d’autres facteurs. D’une part, après chaque approvisionnement, tous les médicaments ne sont pas vendus aux patients pour fructifier les fonds et

augmenter les recettes. Une partie des médicaments est cédée gratuitement au personnel du centre de santé qui s'approvisionne sans contrepartie. L'autre aspect relevant de cette gratuité ressort du système de santé des districts qui l'élargit à la CMU, aux bénéficiaires du plan SESAME et aux cas sociaux qu'ils reçoivent. Donc, une partie des médicaments ne fait pas de recettes étant donné que la catégorie précitée en bénéficie gratuitement, ce que le comité de santé et le système permettent et cautionnent. D'autre part, les recettes de la pharmacie comme celles des tickets d'entrée étant gérées par le comité de santé, sont utilisées fréquemment pour les services du district comme la construction de bâtiments, la fourniture en carburant pour certains véhicules comme les ambulances, l'entretien du matériel et des locaux, etc.

Un autre fait qui explique l'indisponibilité des médicaments est la limitation périodique de l'approvisionnement au niveau du dépositaire. Les agents chargés de la vente des médicaments s'approvisionnent tous les 20 jours, et durant cette période, un médicament est en rupture, il ne sera founi de nouveau que lors du prochain réapprovisionnement, Ce qui veut dire, que par respect au règlement et à la décision du comité de santé sur la période et l'intervalle d'approvisionnement, des médicaments peuvent être disponibles chez le dépositaire et ne pas l'être au niveau du vendeur et par conséquent ne pas être accessibles au patient. Même en cas d'urgence, si le médicament est en rupture chez le vendeur et disponible chez le dépositaire, le patient est contraint d'aller l'acheter aux pharmacies privées en dehors de la structure avec toutes les conséquences que cela entraine.

Un autre élément relatif à l'approvisionnement concerne soit les retards accusés dans la commande de produits au niveau des pharmacies nationales d'approvisionnement soit les retards accusés par les structures dans le dépôt des demandes de remboursement pour ce qui est par exemple des kits de césarienne.

3.3.3 Une disponibilité en médicaments variable selon les produits

Le niveau de disponibilité des médicaments varierait selon les produits. Généralement, les médicaments comme génériques utilisés dans le traitement symptomatique de la douleur (antalgiques comme le paracétamol ou l'acide méfénamique), la prise en charge de la diarrhée chez les enfants (SRO et zinc) sont disponibles tout comme le sont les médicaments permettant de prendre en charge des maladies ciblées par les programmes sanitaires spécifiques comme le paludisme (ACT) ou la tuberculose. En revanche, les médicaments figurant dans les prescriptions des patients qui souffrent de maladies chroniques ou métaboliques comme l'hypertension artérielle ou le diabète sont indisponibles au niveau des dépôts pharmaceutiques qui ne proposent que des produits IB. Par ailleurs, on note un hiatus entre au sujet de la disponibilité des médicaments entre des pharmacies de dépôt bien fournies er des pharmacies de détail exsangues.

Encadré 11 : Des médicaments essentiels …parfois indisponibles

Nous avons été nous-même témoin de cela, car à deux reprises nous avons en vain solliciter des médicaments au dépôt privé., la première c'était pour accompagner notre superviseur qui était venu au centre de santé se procurer de l'ibuprofène, ceci n'étant pas disponible nous l'avons accompagné au dépôt privé mais à notre grande surprise là-bas aussi il n'y avait pas d'ibuprofène, quand nous avons demandé au gérant s'il y avait au moins un autre médicament anti-inflammatoire pour servir d'alternative, la réponse était aussi négative. Il fallait donc tenter à la mission catholique où nous avons pu avoir de l'ibuprofène. Il nous a donc fallu tout ce va et vient triangulaire (centre de santé-dépôt privé- mission catholique pour avoir deux paquets d'ibuprofène.

La deuxième fois c'est avec un de nos collègues du volet enquête ménage qui était tombé malade, quand il nous a trouvé au centre nous l'avons mis en rapport avec l'infirmier de garde qui a prescrit une ordonnance mais parmi les trois médicaments prescrit, un seul était disponible au centre de santé, il fallait donc recourir à la pharmacie privée où il a pu trouver le reste. Mais à son deuxième jour de consultation le médicament prescrit n'était disponible ni au dépôt ni à la pharmacie privée, il fallait donc attendre le lundi, ce que nous a proposé le gérant de la pharmacie privée ou trouver quelqu'un à qui on pouvait charger la commission de nous l'acheter à Kédougou, quand nous en avons parlé au dépositaire de la pharmacie du district, il nous a fait savoir que l'ambulancier était en ce moment à Kédougou. Il fallait donc l'appeler pour voir s'il dispose de l'argent pour l'acheter et être remboursé après et aussi si le pharmacien acceptera de fournir le médicament sans ordonnance. Il s'est trouvé que quand nous lui avons parlé au téléphone il n'avait pas la somme d'argent nécessaire. Nous avons donc proposé d'envoyer l'argent par le réseau de transfert d'argent Wari. De ce fait, nous nous sommes déplacé pour faire le transfert mais arrivé sur place nous nous sommes rendue compte que le « Wari était fermé, c'était le jour de la Fête de l'indépendance et le gérant était parti participer au défilé. Après plusieurs échanges téléphoniques, l'ambulancier a pu finalement trouver une solution, il a proposé d'aller voir Jean Christophe un agent de l'hôpital qui était en ce moment à Kédougou. Celui-ci a donc accepté de prêter l'argent et finalement l'ambulancier n'a pas eu de mal à acheter le médicament, probablement du fait qu'il est de la santé et connaît certainement le pharmacien. C'est ainsi que le médicament nous est parvenu dans l'après midi

Dans d’autres établissements de la région de Ziguinchor, la pharmacie de dépôt est bien fournie en médicaments. En effet, le centre fait ses commandes à la PRA (Pharmacie Régionale d’Approvisionnent) selon ses besoins : la commande peut être hebdomadaire ou mensuelle. Mais dès fois, il rencontre des difficultés financières. C’est en ce sens que le médecin chef a mis en place une stratégie visant à verser une somme à la PRA pour qu’il leur donne les médicaments après-vente et il rembourse le reste car depuis 2012, le centre de santé n’a pas reçu de fonds de dotation en médicaments octroyés par la mairie. Les médicaments disponibles à la pharmacie de dépôt sont ceux pris en compte par la Couverture Maladie Universelle (CMU) du fait que ces produits sont écoulés plus facilement car la demande ne cesse d’augmenter au détriment des médicaments pour adultes. Ces derniers achètent la plupart de leur médicament dans les officines c'est-à-dire les pharmacies externes.

Le problème d’accès aux médicaments est plus accentué à la pharmacie détail du centre de santé. Dans ce service, il y a tout le temps une rupture de médicaments que ce soit ceux pris en charge par la CMU (Amox, Co-Amox, Flagil) ou ceux pour adultes. La pharmacie détail est quasi vide, il y a presque pas de médicaments.

Le manque de médicaments de la CMU s’explique par le fait que pour le comité de santé, l’Etat n’a pas respecté le protocole d’accord puisqu’ ils n’ont pas reçu de remboursement depuis 6 mois (octobre à mars). Ce retard les empêche de s’approvisionner en médicaments et de faire profiter à la population de la gratuité des médicaments.

Cette situation ne cesse de s’aggraver de jour en jour car il ne se passe pas une semaine au service de la pédiatrie sans qu’un patient ne fasse cas une rupture de médicaments à la pharmacie détail. Et ce sont les patients qui en souffrent le plus. La plupart d’entre eux viennent de milieux défavorisés et n’ont même pas dès fois les moyens d’acheter un carnet pour leur enfant. Ils sont renvoyés vers les officines perdant avec eux l’espoir de voir guérir leur enfant car n’ayant pas les moyens de payer des médicaments. Finalement, d’autres rentrent sans avoir au préalable acheté les médicaments.

Renvoyer les patients vers les pharmacies externes est aussi une stratégie mise en place par les délégués médicaux et les prestataires. Pour faire la promotion de leurs produits, ils demandent aux prestataires de prescrire aux patients des médicaments qu'ils achèteront dehors comme cela, les deux parties en tireront profit. Ceux qui ressentent plus ce manque sont les parents d'enfants hospitalisés à la pédiatrie.

3.3.4 Effectivité, perceptions et représentation des mesures de « gratuité »

Dans le système de santé actuel, il existe principalement trois mesures de gratuité ou d'exemption de paiement concernant des catégories sociales spécifiques. Il s'agit du plan sésame, de la gratuité des accouchements et des césariennes et de celle concernant les enfants de 0 à 5 ans qui est la plus récente. Dans les FOSA, ces deux dernières mesures sont en œuvre contrairement au plan sésame qui n'est plus appliqué.

L'a faiblesse des plateaux médicaux de certaines structures limite considérablement l'effectivité de la gratuite de la césarienne. Mieux, la notion de gratuité des actes d'accouchement et/ou de césarienne doit être relativisée dans la mesure où même si la parturiente ne paie pas l'acte d'accouchement, elle est tenue de payer ses ordonnances de suites de couche dont le coût peut varier entre 8 000 à 13 000 FCFA, ce qui est considérable pour des famille précaires.

Pour ce qui est de la CMU, la mesure de gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans est aussi en vigueur. De ce fait, cette tranche d'âge bénéficie d'une exemption de paiement des tickets de consultation et des médicaments prescrits si ceux-ci sont disponibles au niveau de la pharmacie. Le principe est que quel que soit le coût du service rendu, l'Etat donne en guise de remboursement de chaque consultation, une somme forfaitaire qui varie selon qu'il s'agit d'un poste de santé ou d'un centre. Et, le remboursement doit se faire périodiquement par trimestre.

Il semblerait que la gratuité des soins prodigués aux enfants de moins de 5 ans ait impacté positivement sur la demande de soins infanto-juvéniles. C'est la perception des prestataires qui notent une fréquentation plus importante des mères d'enfants.. De plus, elle semble déteindre positivement sur le recours précoce aux soins. La plupart des mères interpellées sur le temps mis entre l'apparition de la maladie et le jour du recours aux soins, répondent que c'est soit la veille ou le matin de la consultation qu'elles ont remarqué les premiers signes de maladie. Ce recours précoce est sans doute attribuable aux effets directs de l'application de la mesure de gratuité. Certains agents de santé saluent ce nouveau comportement qui facilite le traitement et réduit les risques de complications.

Mieux, cette gratuité des soins fait l'objet d'interprétations diverses de la part des acteurs concernés.

Chez les mères d'enfants, cette interprétation de la gratuité conduit à des pratiques assez particulières, qui semblent abusives dans la mesure où certaines mères d'enfants viennent demander des médicaments pour leurs enfants sains qu'elles vont garder par devers elles, au cas où ceux-ci tomberaient malades. D'autres mères demandent des médicaments lorsqu'elles emmènent leurs enfants en voyage afin d'en disposer au cas où ces derniers seraient malades.

La gratuité des soins ne semble pas être bien appréciée de certains prestataires L'Etat ne tient pas ses engagements en remboursant les dettes contractées auprès des structures. Ces propos d'un dépositaire illustrent parfaitement le ressenti des prestataires : « *ils nous fatiguent avec cette gratuité* ». Le cas de ce district de santé est une illustration des difficultés dans lesquelles les formations sanitaires sont empêtrées du fait des dysfonctionnements du système de gratuité des soins.

Depuis le début de sa mise en œuvre en 2014 au niveau du district sanitaire, l'Etat n'a remboursé qu'une petite partie des sommes dues à l'établissement. Ce qui fait que celui-ci a du mal à honorer ses dettes vis-à-vis de la pharmacie du district. La conséquence directe de cette situation est que la pharmacie du district à son tour a contracté une lourde dette vis-

à-vis de la PRA mobile. Ce qui ressemble à une chaine. En effet, du fait de ce défaut de remboursement le centre et les postes accumulent leur dette vis-à-vis du dépôt du district. De ce fait, celui n'étant pas rentré dans ses fonds, accumule sa dette vis-à-vis de la PRA mobile.

Les chiffres dont on dispose à ce propos indiquent que les deux derniers trimestres de 2014 et les deux premiers trimestres de 2015 ne sont toujours pas encore remboursés. Pour être plus précis, des sources fiables révèlent que de mars 2014 à décembre 2014, l'Etat devait à la structure de santé 4 369 345 FCFA et sur cette somme le district n'a reçu que deux millions de francs, ce qui fait un reliquat de 2 369345 FCFA. Il s'y ajoute maintenant les prestations offertes au cours de la période de Janvier 2015 à mars 2015 qui tourne autour de 3 163 500 FCFA. En somme, la créance a atteint aujourd'hui les 5 532 845 FCFA.

Ce défaut de remboursement affecte beaucoup le fonctionnement du centre d'autant plus que depuis la réforme hospitalière de 1998 les établissements publics de santé ont acquis une autonomie financière et de gestion qui les oblige à fonctionner principalement à partir de leurs recettes. Ainsi, c'est avec celles-ci qu'ils doivent payer une partie de leur personnel et renouveler le stock de médicaments. Certes, le fonds de dotation de la décentralisation alloué à la santé dans le cadre du transfert de compétence est reçu en nature (en médicaments) par l'établissement de santé. Et d'après, les agents interpellés sur la question, c'est grâce à ce fond et à l'indulgence de la PRA que la structure résiste encore face à la crise financière qu'a occasionné la gratuité. En effet, n'eut été cela, elle et les autres structures polarisées auraient du mal à assurer le service minimum.

Cette gratuité est aussi effective dans la région de Tambacounda. Ce qui a rendu plus accessible les soins des enfants dans une des structures, est l'intervention de la Croix Rouge Française dans la région pour la prise en charge des enfants malnutris. La CRF a recruté quatre infirmiers et un médecin pour la prise en charge et la surveillance nutritionnelle des enfants malnutris. Ce qui fait que depuis le mois d'avril, tout enfant âgé de

moins de cinq ans est admis gratuitement dans toutes les structures de santé du district.

Autrement dit, l'application de la gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans a fortement affecté la santé financière d'un certain nombre de FOSA du fait que ceux-ci délivrent des médicaments aux ayants droit de la gratuité sans pour autant pouvoir rentrer dans leurs fonds. Dans ce district sanitaire de l'est du pays, l'une des conséquences directe de cette situation est que le district doit actuellement environ 9 millions de francs à la PRA mobile alors qu'avant la gratuité, sa dette n'avait jamais atteint ce seuil car il arrivait au moins à payer sa dernière commande avant de prétendre à une nouvelle. Avec l'application de cette mesure, non seulement le centre a du mal à payer son personnel communautaire mais aussi, il est en train d'accumuler sa dette déjà très lourde vis-à-vis du district. De ce fait, à un moment, la PRA mobile était réticente à livrer les médicaments au district mais c'est dit-on, grâce à l'intervention de l'Etat qui, sachant que c'est lui qui est responsable de cette situation, a demandé à la PNA de ne pas stopper la fourniture de médicaments aux structure concernées. L'efficacité de la mise en œuvre de la gratuité est aussi gangrénée par le comportement de certains agents qui ne remplissent pas les fiches conçues à cet effet, ce qui peut poser parfois des défauts de comptabilité et d'appréciation même si le gestionnaire trouve des stratégies pour contourner cet obstacle.

3.4 Pratiques parallèles des prestataires de santé à l'intérieur des formations sanitaires

Les pratiques parallèles existent dans les établissements de santé et elles sont différentes en fonction de plusieurs facteurs d'ordre économique, socio-culturel, etc.

3.4.1 Circuits parallèles ou interpénétration de circuits de vente de médicaments ?

Ces circuits révèlent de fortes collusions entre le personnel soignant et les dépositaires. La vente illégale de produits emprunte des circuits

différents ayant tous en commun, le camouflage. L'une des stratégies assez habiles est d'enchâsser la vente des produits 'privés', c'est-à-dire appartenant au prestataire dans le cycle de vente des produits de la structure ; Il s'agirait d'une forme de recyclage des médicaments qui légaliserait du coup la pratique. Ces produits sont stockés dans les dépôts pharmaceutiques. La témérité du prestataire peut l'amener à exposer les produits dans son bureau.

Une autre pratique d'enchâssement consiste à insérer ses propres commandes dans le bon de commandes de la structure, revêtu du cachet de celle-ci pour recevoir en 'toute légalité' ses produits. Le dépôt demeure par conséquent le champ d'action où s'exercent ces pratiques parallèles. En ce sens, les prestataires travaillent en concert avec les agents des dépôts qui savent faire le tri entre des médicaments destinés à la structure et les médicaments venus sous le couverture de la structure et savent aussi quand il faut vendre les médicaments personnels et/ou ceux de la structure. Généralement, les médicaments venus sous le couvert de la structure sont destinés à une clientèle particulière, généralement fortunée. Mieux, il semblerait que ces pratiques de contournement se développent à la faveur d'incitations extérieures à la structure. L'existence d'une demande de santé émanant de familles aisées recevant des transferts issus de la migration internationale crée et alimente l'émergence de circuits parallèles.

Des pratiques illicites de vente de médicaments seraient aussi associées à la vulnérabilité de certains prestataires dont la situation dans l'emploi reste précaire (stagiaires). Cette vulnérabilité explique que certains prestataires en soient amenés à recycler des produits obtenus de patients guéris et qui quittent la structure après une hospitalisation.

3.4.2 Activités parallèles

Les pratiques parallèles peuvent renvoyer à la fois aux activités non médicales (commerciales) ou alors à des actes médicaux. Elles peuvent avoir pour cadre l'espace dévolu aux structures sanitaires ou s'opérer en dehors de cet espace. Il arrive que des prestataires se muent en vendeurs

d’articles vestimentaires parfois pendant les heures de travail. Parfois, ce sont des prestations offertes à domicile

3.5 Charges horaires des prestataires de santé par rapport à leurs cahiers de charge au sein des formations sanitaires cibles

3.5.1 Décalage entre les règles et les pratiques

S’interroger sur le respect des charges horaires, c’est rechercher le décalage entre les cahiers de charge et les pratiques en la matière. Cependant, dans certaines structures, il n’existe pas de cahier de charge ou en tous cas, il n’est pas disponible. De façon générale, pour toutes les structures, le travail est sensé commencer à 8 heures mais l’heure de la fin du service varie dans les faits d’une structure à un autre. Pour certaines, c’est 14 h, pour d’autres, c’est 16 h. En réalité, les prestataires commencent à travailler à partir entre 8h30 et 9 h, ce qui est source de frustrations chez les patients. Le travail prend fin lorsque tous les patients ont été consultés.



Salle d’attente dans un centre de santé

Le respect des charges horaires dépend aussi parfois de l’appréciation par le prestataire de l’urgence des cas qu’il doit prendre en charge. Au niveau de la maternité d’une structure de santé, la responsable reste environ une demi-heure à la pharmacie IB en prononçant ces mots « *bayiléne fofou mane dama soone, dougnou ay urgence, elles ne sont venues que pour les prénatales* » (laisse les là-bas, moi je suis fatiguée, ces femmes ne sont venues que pour la consultation CPN). Elle reste dans l’IB plus de trente

minutes alors que les patientes sont en train d'attendre. Généralement, le retard ne fait pas l'objet d'une sanction.

En revanche, dans certains services particulièrement sollicités, l'affluence est telle que les prestataires dépassent largement le quantum horaire fixé. L'affluence varie selon les structures. Dans certaines d'entre elles, elle est observée en début et en fin de semaine. Dans d'autres, situées vers de grands marchés hebdomadaires (loumas), les prestataires font des consultations même pendant la nuit.

Les prestataires en sont amenés à tempérer les ardeurs de certains patients qui cherchent à contourner les règles organisant le travail. C'est le cas de cette sage-femme en second qui renvoie les patientes qui viennent en consultation l'après-midi. Selon elle, il est hors de question de prendre des patientes en consultation le soir alors que les autres femmes font la queue tôt le matin pour se faire consulter. Pour cette autre : « *les consultations c'est pour le matin et les cas d'urgence pour n'importe quelle heure, mais jamais de dérogation pour les femmes qui refusent de faire le rang et qui sombrent dans la facilité et qui viennent pour me déranger. Les patientes croient qu'on est des machines à faire marcher toutes les heures ! Moi je refuse ça !* ».

Les charges horaires pendant les heures de garde commencent soit à 14 h ou 16 h pour se terminer le lendemain matin à 8 h. Dans certaines structures, il a été observé des aménagements des services de garde en fonction de l'affluence et du nombre de prestataires.

Durant leurs heures normales ou les gardes, on note des « temps morts », c'est-à-dire des périodes au cours desquelles, les prestataires ne travaillent pas en réalité. Ces échappatoires peuvent consister en des pauses-repas qui peuvent s'éterniser (petit déjeuner).

- Téléphoner assez souvent ;
- Boire du thé ;
- Aller s'allonger sur le lit de garde en plein travail ;
- Discuter avec des collègues.

3.6 Gestion du personnel

3.6.1 Complaisance dans les nominations, irrégularité dans la supervision des soins, manque de coordination entre responsables et prestataires

La subjectivité qui caractérise généralement les relations interpersonnelles est aussi présente au cœur des formations sanitaires. Elles sont trouvent leurs origines dans des rapports heurtés. Pour ce médecin-chef, le choix de collaborer avec certains prestataires et d'exclure certains est pleinement assumé : *« je travaille avec ceux qui me souhaite du bien, j'ai le droit de nommer. Donc quand la possibilité se présente je nomme ceux qui acceptent de coopérer avec moi. J'ai nommé tel SSP et tel EPS parce que ces derniers sont dignes de confiance, ils sont loyaux à mon égard».* Celui qu'il exclut de la collaboration est selon quelqu'un qui cherche à ruiner ses efforts. Les nominations seraient aussi parfois subjectives et faites de façon non réglementaire.

Certains prestataires subalternes se plaignent du manque de contrôle de la qualité des soins par leurs supérieurs hiérarchiques. Evoquant le cas de son responsable, ce prestataire souligne que « le *quand il s'agit de gestion d'argent il s'imprègne mais sur la prise en charge des patients il ne prend pas la peine de les contrôler*. C'est la raison pour laquelle, nombre d'entre eux entretiennent plus de relations d'affinité avec un autre médecin. Les supervisions ne seraient pas systématiques tout comme les réunions de coordination.

A la maternité de cette structure, la délégation des tâches par la sage-femme aux matrones est omniprésente. Lors des gardes, la SF demande à la matrone de garde de surveiller la patiente en travail et de ne l'appeler que si l'enfant est à terme, c'est-à-dire quand le col de l'utérus s'efface (6 à 7 cm distance entre les deux doigts) et que la tête de l'enfant à commencer à engager. Même si cette situation fruste les accompagnants de la malade qui réclament l'intervention de la SF, l'ICP ne peut pas l'imposer de changer cette manière de procéder avec les clients et ne doit pas non plus le faire à sa place. Il n'y a que la SF qui peut venir contrôler le travail de la matrone et vérifier si cette dernière a fait correctement les injections (Nospa) et que l'accouchement se déroulait normalement.

D’autre part, si un accouchement a eu lieu pendant son absencee et que des interventions ont été faites à la patiente, dès son retour elle vérifie l’état de la malade en regardant si tout le placenta est sorti ou si la suture a été bien réalisée. En ce qui concerne la gestion des incitations, il faudra noter qu’au-delà des motivations mensuelles pour les matrones, un agent qui a réalisé un accouchement dans la semaine d’un primo-geste gagne 3000 ou 5000 FCFA si c’est dans le week-end, 3000 FCFA dans la semaine et 2000 FCFA durant le week-end s’il s’agit d’un accouchement de multi-geste. Cette cuisine interne au sein de la maternité fonctionne comme un bonus offert à la matrone qui lors de son tour de garde a eu la chance de tomber sur un accouchement à terme.

3.6.2 Médecin chef de district-Médecin chef adjoint : querelles, suspicion, confusion de rôles et non application des textes : un exemple

La gestion du personnel dépend généralement du type de structure sanitaire. Le médecin chef de district a la responsabilité de manager le district c’est-à-dire le centre de santé et les postes affiliés. Les postes de santé sont dirigés par les ICP et le centre de santé est sous la direction du Médecin chef adjoint. D’ailleurs, il parait que le titre de médecin chef adjoint ne devrait pas exister mais plutôt celui de médecin chef de district et de médecin chef du centre de santé. Dans une structure de Tambacounda, cette procédure n’est pas suivie. Le médecin chef adjoint ne contrôle pas le personnel étant sous sa tutelle. Recruté par le comité de santé, il se limite à sa fonction d’agent de santé et le dit en ces termes « *On m’a confiné à cette tâche, je ne gère pas le personnel même si dans les normes ça devrait être moi, c’est officiel et écrit dans les textes mais ça ne s’applique pas* ». Le médecin l’a voulu ainsi, même s’il s’avère que le médecin chef de région exige que l’on responsabilise les médecins chefs adjoints, dans cette localité, il en est tout autre. Ceci s’expliquerait d’une part par le fait qu’il soit un agent communautaire et ne bénéficie pas des mêmes droits que les fonctionnaires de l’Etat et d’autre part par un

antécédent que le MCD aurait eu avec l'ancien médecin chef adjoint, ainsi il fait tout pour limiter les responsabilités de son actuel adjoint pour éviter qu'il lui crée des problèmes.

Compte tenu de cet état de fait, la gestion de la majorité du personnel est sous la tutelle du major. Son rôle étant de veiller au respect des charges horaires prévus, de gérer les absences, les retard et les congés. Force est de constater que pour ce travail, le major reconnait lui-même qu'aucun dispositif interne n'est mis en place pour veiller à cela. Les heures de pointage ne sont pas marquées pour savoir si les horaires sont respectés, il n'y a pas de feuille de route non plus pour déterminer les tâches. Ainsi, c'est une gestion qui semble dépasser le major qui affirme qu'il y'a de réelles insuffisances à ce niveau. Il n'arrive pas à contrôler entièrement le personnel notamment dans l'exécution des tâches et le respect d'horaires. Ceci étant son seul recours en cas de refus ou de résistance, c'est de poser le problème au niveau de la direction, c'est-à-dire auprès du médecin chef. Par ailleurs, le major affirme aussi que la structure se trouve dans une zone avec des réalités socioculturelles peu enclines au respect des règlements dans l'administration en général. Il l'affirme en ces termes « *c'est très difficile de travailler dans cette zone, les populations n'acceptent pas les règles, notamment les changements, surtout ceux proposés par des personnes étrangères de la zone comme le cas de beaucoup d'agents de santé, ils leur arrivent de nous dire, parlant de l'organisation du centre de santé, qu'ils sont chez eux et personne ne peut rien leur imposer* ». Dans ce cas, il demeure difficile voire impossible d'opérer des changements et de faire respecter les règles allant dans le sens de bien gérer le personnel.

A cette difficulté s'ajoute la récurrente problématique d'insuffisance du personnel et l'indisponibilité des agents les plus qualifiés. En effet, non seulement le personnel n'est pas en nombre suffisant, mais les agents de santé les plus qualifiés sont confinés dans des programmes ou activités les contraignant à ne point exercer leur vraie fonction. Le médecin chef avec de très fréquentes absences ne donne pas beaucoup de temps à la consultation et à la gestion du personnel. Le Major est certes très présent

mais avec la gestion du personnel et des programmes de nutrition, de tuberculeuse et de la lèpre, le temps devant servir à consulter les patients est amoindri. Les deux autres prestataires n'arrivent pas eux aussi à se consacrer entièrement aux patients étant donné leurs responsabilités.

Si cette gestion interne du personnel est du ressort du médecin chef et du major, le recrutement et la motivation reviennent soit à l'Etat ou au comité de santé. Les fonctionnaires sont recrutés par l'Etat, ils sont généralement le personnel le plus qualifié ou diplômé tel que les médecins, les infirmiers d'état, le chirurgien-dentiste, le technicien en ophtalmologie et les sages-femmes. Le comité de santé recrute l'autre partie du personnel constituée d'agents communautaires. C'est à ce niveau d'ailleurs que se trouve une des grandes difficultés. Un grand écart de salaires existe apparemment entre les fonctionnaires de l'état et les agents communautaires. Ces derniers déplorent le niveau très bas de leurs salaires et le manque de volonté du comité de santé d'essayer d'améliorer leur situation. Alors que les fonctionnaires bénéficieraient chaque trois mois de motivation du NEPAD, leurs heures supplémentaires leur sont payées ainsi que les motivations du 13ème mois.

3.6.3 Un management aux multiples visages

Certains agents communautaires soulignent un certain manque de volonté des responsables de les mettre dans de bonnes conditions de travail. Ils soutiennent que les recettes générées devraient pouvoir prendre en charge toutes les dépenses de la structure et leur assurer de bonnes motivations. L'un des dépositaires affirme que « *le district fait environ 7 millions de recettes par mois* », cet argent proviendrait des tickets de consultation, du laboratoire, des frais d'hospitalisation et des médicaments. Cependant, le responsable contrôle toutes les dépenses et doit donner son accord sur toutes les décisions prises, de la sorte, le comité de santé n'est pas tout à fait indépendant.

Les observations font ressortir des cas de gestion autocentrée dans lesquels, le pouvoir est concentré dans les mains d'un seul responsable. Cette gestion autocentrée est potentialisée par l'inexistence ou la

fonctionnalité des comités de gestion et de santé. Dans ces, on note une fixation unilatérale des incitations mensuelles des agents de façon unilatérale.

La gestion autocentrée ne constitue pas le seul problème de management au sein des structures de santé. Il y a aussi l'abus de pouvoir qui peut impacter négativement sur la motivation au travail et créer un climat délétère au sein de la formation sanitaire. Selon ce médecin, il y a un dictateur au sein de la structure et il est désabusé: *« la motivation n'est pas seulement une question d'argent, si j'ai la possibilité de m'en aller dès demain de cet établissement je le ferai avec plaisir car les conditions de travail ne sont pas réunies, ni favorables. S'il y a toujours un dictateur qui dicte ses lois et ses règles rien ne va marcher ici. A première vue, cette ville n'est pas développée, mais elle est engluée dans la magouille. … Beaucoup de médecins ont préféré s'en aller car, quand il s'agit de prendre des décisions importantes les médecins sont mis à l'écart. … Donc nous sommes les éléments essentiels de la structure, si nous ne sommes pas tenus en compte dans les grandes décisions, cette structure ne va pas se développer »*.

A l'opposé, on trouve des structures se caractérisant par des efforts importants consentis dans le sens de l'amélioration du management, de la motivation du personnel et de la création d'un environnement propice à la bonne marche du service : accès gratuit aux soins et médicaments par le personnel ; partage équitable des 25 % des recettes mensuelles de la structure au profit du personnel comme prime de motivation ; incitation du personnel à avoir un esprit d'équipe, ce dans certains services ; formation de renforcement de capacités du personnel à l'interne, dans certains services ; formation interne de mise à niveau sur les pathologies rencontrées par les prestataires pendant les consultations ; institutionnalisation d'un système de meilleur agent dans certains services pour motiver le personnel ; gestion des conflits ou malentendus entre prestataires pendant les réunions mensuelles.

3.7 COMPORTEMENTS DES PRESTATAIRES DE SANTÉ PENDANT LES PÉRIODES DE GRÈVE DANS LES FORMATIONS SANITAIRES CIBLÉES

Le mouvement syndical n'a pas été vraiment en ébullition durant la période dévolue à l'observation participante mais si le décès par accident accidentel des prestataires du district de Saraya entrainé un mouvement

de grève qui a été saisie comme une occasion des prestataires de la région médicale de Sédhiou pour se plaindre de leurs mauvaises conditions de travail et pour les autres régions médicales pour manifester leur solidarité. C'est la raison pour laquelle, il faut relativiser les analyses tirées des observations relatives aux grèves.

Pendant les périodes de grève, les postures des prestataires ont oscillé entre suivi systématique des mots d'ordre, respect partiel des mots d'ordre, défaillance complète, c'est-à-dire refus de se plier au mot d'ordre du syndicat. Le service minimum est cependant respecté. Cependant, ces postures varient d'une structure à une autre et à l'intérieur d'une structure, d'un prestataire à un autre.

Voici, à titre d'illustration, quelques exemples de postures lors de la grève.

Dans une région, une des structures est moins touchée du fait qu'il y a qu'un seul élément du SUTSAS. Et cette personne n'a pas été de service durant les deux jours de mouvements. Par contre, dans une autre structure de cette région, un mouvement de grève a été observé le 16 avril 2015, il s'agissait d'un sit-in entre 10 heures et 13 heures. Ce sit-in n'a pas été respecté par la majorité des prestataires. Les agents communautaires, n'étant pas des fonctionnaires de l'Etat, disaient ne pas être concernés, le service minimum prévu n'a été respecté que par deux infirmiers d'Etat. A la maternité par exemple, en avançant l'argument que les patientes venaient de lieux très éloignés, la maitresse sage-femme, fonctionnaire de l'Etat, affiliée à un syndicat n'a pas suivi le mouvement de grève. Etant dans la même situation, le chirurgien-dentiste et l'ophtalmologue continuaient à recevoir leurs patients. Une autre grève a aussi été observée le 28 Avril 2015, cette fois-ci aussi certes avec moins de patients, tous les services étaient pratiquement fonctionnels même si une partie des agents communautaires y avaient aussi pris part comme les vendeurs de tickets. Ceci a permis de remarquer que ce sont pratiquement les mêmes agents qui respectent les consignes de grève : il s'agit des deux infirmiers d'Etat. Certes, c'est à un rythme assez ra

lenti que le travail se faisait, mais tous les services fonctionnaient et recevaient des patients durant les jours décrétés grève par les syndicats.

Il y a un respect scrupuleux des consignes pendant les mouvements de grève dans une autre structure de Tambacounda. La grève du 24 et 28 Avril a permis d'observer les comportements des prestataires de santé. Durant ces deux journées de grève, il y a un statu quo total, aucun service n'a prodigué des soins. Cet état de fait est accentué par l'absence d'un responsable qui s'était rendu dans une autre structure pour réunion du bureau syndical. Membre actif de l'organisation syndicale de la région de Tambacounda, ce dernier s'applique et fait appliquer à ses subalternes un respect total des consignes de grève. Eu égard, pour ce qui est de l'infirmerie, il n'y a pas de service minimum du fait de la centralité des activités sur la personne du responsable. En son absence, tous les malades sont soit renvoyés chez eux soit référés dans une FOSA qui assure un service minimum pour les urgences. En ce qui concerne les services de la maternité, seuls les accouchements sont pris en charge au détriment des consultations prénatales/ post-natales et des femmes venues pour faire le planning familial.

De sources concordantes, jusqu'en 2015, les mots d'ordre de grève du SUTSAS n'étaient pas respectés par le personnel d'une structure de Kédougou. Certains agents avec qui nous avons discuté sur la question évoquent comme raisons l'enclavement de la zone, le manque d'information et l'absence d'une sous-section syndicale dynamique. Ainsi, c'est récemment, durant le séjour de la socio-anthropologue que des actions ont été entreprises dans le sens de la dynamisation du syndicat. D'ailleurs, le secrétaire général de la sous-section récemment mise en place est un responsable d'un des postes de santé polarisés par le district qui est connu pour sa rigueur et sa fermeté. Ainsi, durant la mission, le personnel a observé une journée de grève en respect à un mot d'ordre national du SUTSAS. Selon les agents interpellés sur ce fait, c'était la première fois dans l'histoire de la FOSA qu'un mot d'ordre de grève était suivi. Cependant, cette grève n'a pas beaucoup affecté le fonctionnement du service parce que le médecin chef était là, et pour une fois il a été vu

prendre en consultation les malades qui étaient venus ce jour-là. Seulement, le ticket de consultation était plus cher et se vendait ce jour-là à 1000 FCFA alors que certains malades n'avaient pas prévu cette situation et avait l'habitude de voir plutôt un infirmier en raison de 500 FCFA le ticket de consultation. Un autre fait qui a attiré l'attention est que certes tout le personnel a observé le mot d'ordre tout en se mobilisant pour le déroulement d'une campagne, ce qui a semblé être un paradoxe qui tend à confirmer le point de vue selon lequel les agents de santé privilégient la course aux per diem au détriment de leur fonction principale de dispensateurs de soins.

Dans la zone de *Ziguinchor*, les périodes de grève riment avec la gratuité de consultations par certains médecins. S'y ajoute, le personnel s'arrange pour assurer le service minimum et la prise en charge des cas urgents dans tous les services même si, un respect total des consignes données par le syndicat est exigé.

Pendant les deux mois passés dans une structure du sud, la socio-anthropologue n'a compté que 2 jours de grève. Il n'y a pas eu de mouvements de grève au sein de cette structure depuis 2013. Le syndicat SUTSAS avait organisé un sit-in au sein de la structure où tous ses membres étaient convoqués à une assemblée. La FOSA était quasi déserte car il était très difficile d'apercevoir des patients, les rares qui venaient étaient renvoyés : le mot d'ordre était : *aucune consultation.* Ils oubliaient même les patients hospitalisés. Pour les prestataires, c'est un moyen de prendre une pause après des heures de travail au détriment des patients qui pensent que les agents de santé devraient faire un service minimum pour les consultations. Les prestataires qui ne sont pas recrutés en ont profité pour vaquer à d'autres occupations.

3.8 Absentéisme des prestataires de santé et les stratégies mises en place par les principaux concernés pour gérer leurs absences

3.8.1 Les plus qualifiés, les grands absents

L’absentéisme est un fait constant dans les structures de santé. De prime abord, aucune catégorie d’agents de santé ne semble épargnée par l’absentéisme. Le phénomène serait cependant plus observé chez les prestataires plus qualifiés. Certes, le plus souvent l’absentéisme serait d’ordre professionnel. Ces motifs d’ordre professionnel renvoient souvent à des déplacements pour assister à des réunions, des séminaires, ou des ateliers de formation. Elles peuvent aussi s’expliquer par des missions de supervision. Dans tous les cas, cet absentéisme impacte négativement sur le fonctionnement des structures de santé. L’absence de certains prestataires jouant un rôle précis (échographie, radiologie, etc.) peut bloquer le service durant toute la période de l’absence.

Certains prestataires assument cet absentéisme lié à des raisons d’ordre professionnel tout en reconnaissant y être contraints et conscients de son impact négatif sur la fonctionnalité. Interpelé, un MCD a confirmé lui-même qu’il est souvent absent, au moins les 2/3 du mois. Selon ces propos, c’est une situation qui le met à l’aise mais qu’il explique par la fréquence des séminaires et réunions auxquels il est tenu d’assister. Etant le médecin chef du district, il est chargé de coordonner toutes les activités de l’équipe cadre et est aussi tenu de participer à certaines formations pour acquérir des connaissances qu’il doit à son tour transmettre une fois de retour. Cette situation l’incommode au point qu’il lui arrive de ne pas répondre à certaines convocations pour rester un peu sur place.

Pour les absences liées à des raisons d’ordre personnel, les sages-femmes sont les plus touchées. Cependant, l’absentéisme de cette catégorie de prestataire est géré de telle façon que chacune puisse y trouver son compte et que le service ait un certain niveau de fonctionnalité. Il a été observé dans certaines structures que les absences se font à tour de rôle.

Parfois, les raisons fournies pour justifier les absences ne sont pas claires. La transparence quand elle de mise, s’arrête à un affichage sur un tableau du prestataire absence, de la durée de l’absence et de l’intérimaire, la raison n’étant pas fournie.

Le point de vue des usagers des services de santé exprime la frustration au sujet des absences de ces prestataires. En effet, si les prestataires concernés justifient leurs absences par leur obligation de participer à certaines activités de santé publique, d'autres par contre estiment que les agents de santé cherchent à participer davantage à ces activités du fait des perdiems qu'ils y gagnent.

Les absences sont selon les circonstances maquillées et gérées à l'interne. Elles apparaissent comme étant normales. Les principaux motifs sont les ateliers à Dakar ou d'autres régions. En ce qui concerne les ASC, les permissions sont généralement traitées à l'amiable avec le major et selon le service, on essaye de pallier l'absence avec le personnel restant.

Encadré 12 : S'absenter, système de relayage : à chacun son tour. Le cas d'un poste de santé dans une région

Dans cette formation sanitaire, il y deux agents permanents : l'ICP et la SF. Les matrones sont trois plus une suppléante. Il peut arriver qu'une matrone ne vienne pas à son tour de garde à cause d'une maladie, d'une cérémonie de mariage ou de baptême d'un proche parent. Mais, cet absentéisme ne change pas la structuration du travail étant donné que si un agent doit s'absenter, elle confie sa garde à une autre. Ce service lui sera rendu comme une dette lors d'un jour où cette dernière en aura besoin. En ce qui concerne l'ASC, il a un temps de pratique dans la structure relativement court et n'exerce pas d'activité hors de la structure. Il ne manque pas de faire les pansements qui lui permettent d'avoir un revenu journalier.

Du reste, l'absentéisme touche principalement le responsable. Il est le supérieur hiérarchique dans la structure et s'occupe principalement des patients dit en « médecine » par opposition aux patients pour la maternité. D'habitude, il travaille les lundis et vendredis le matin de 9 heures à 12 heures et le soir de 18 heures à 21 heures car ce dernier soutient que ces deux jours drainent beaucoup de monde à cause du louma de Jeudi et le week-end. Pour les autres jours de la semaine, il ne se fixe pas d'horaire de travail. C'est le vigile qui vient l'appeler dans son appartement dès qu'il y a un patient. C'est cette faible fréquentation qui selon lui, explique son attitude absentéiste durant ces périodes. Il confie : « *pour ne pas m'ennuyer je pars chez un ami qui habite le village* !». En cela, il faut ajouter les aller et retour pour des réunions de coordination, pour une commande de médicaments ou d'autres activités connexes avec l'ambulance de la structure comme moyen de transport. Il passe le week end dans un autre village voisin.

Le partage des tâches se fait de façon consensuelle au niveau de chaque unité (maternité et infirmerie).

D’une part, il y a un système de relayage mis en place dans l’organisation du travail au sein de la maternité. Ce système a pour principal but de fixer les charges de chaque agent. Au fait, une matrone est relevée par une autre chaque 24h et se repose 48h avant de reprendre une nouvelle garde. La matrone de garde commence son travail à partir de 9h jusqu’à la même heure du jour suivant correspondant à l’arrivée de sa suppléante. Au cours de chaque tour de garde, l’agent a pour charge d’assister aux accouchements, de prendre les constantes des malades, de veiller à la propreté de l’espace de travail. Toujours, concernant l’organisation au sein de la maternité, il faut noter que la SF s’occupe des consultations, dans ce cas, la matrone en garde joue le rôle d’interprète.

En plus, si un agent doit s’absenter pour une quelconque raison, il doit en parler avec le responsable qui demander à une autre matrone de remplacer sa collègue. Il faut préciser qu’il n’y a aucune pièce justificative des absences. Les accords ou permissions d’absence sont verbaux et dépendent de la disponibilité des autres agents suppléants à remplacer leur collègue.

Au niveau de l’infirmerie, l’ICP est suppléé par la SF en cas d’absence. Cette suppléance ne concerne que les cas d’urgence dans lesquels la SF joue le rôle d’alerteur auprès de l’infirmier. Ce cas échéant, elle appelle l’infirmier qui lui donne les instructions à suivre. En dehors des cas d’urgence, les patients sont renvoyés chez eux sous prétexte que l’infirmier est absent dans le cadre du travail. Pour maquiller les absences de son collègue, le SF a tendance à faire croire respectivement aux patients ou aux superviseurs des programmes que l’infirmier est parti dans le cadre du travail dans une autre structure ou que ce dernier était parti à la boutique (dans les cas où l’infirmier serait dans le village, chez un ami). Cependant, pour l’ICP *« je ne dois présenter respectivement des pièces justificatives de mon absence, auprès du médecin chef de district ou du préfet, que, si je dois me déplacer pour deux jours dans le département ou plus de trois jours en dehors du département !».* Les absences dans le village ne nécessitent pas de permission et se font avec toujours à la complicité des autres agents subalternes.

Dans les zones qui n’attirent pas les prestataires, les responsables affichent une tolérance pour les demandes d’absence de leurs agents. Par exemple, au lieu qu’un agent n’adresse une demande au préfet du département (pour une absence dépassant 5 jours), il fait une demande d’absence de 3 jours, qui elle est accordée par le MCD. Le prestataire et son supérieur sont tous conscients que l’absence va durer plus de 3 jours, dans le cas d’un déplacement sur Dakar. Cette tolérance du supérieur

trouve sa rationalité dans le besoin de motiver des agents qui ont accepté de venir travailler dans des environnements hostiles. Une dérogation à cette règle tacite serait de nature à décourager ces agents et accentuerait la pénurie de personnel et diminuerait l'offre de soins de santé.

3.9 Etat des infrastructures : les deux faces de Janus

Dans les régions visitées, on a noté de nouvelles infrastructures dont parfois n'est pas optimale du fait d'un manque de techniciens. Le service de maintenance des matériels est quelquefois inexistant. Dans cette structure neuve d'une des régions visitées, la radiographie est en panne depuis plus de quatre mois et aucune réparation n'a été faite. L'argument avancé que le matériel des Japonais est compliqué et qu'eux seuls peuvent les réparer en cas de panne. Ils ont des matériels tout neufs qui ne sont pas encore opérationnels faute de personnels.



Bloc opératoire d'un centre de santé

A l'opposé des infrastructures neuves construites avec le concours de la coopération bilatérale (Coopération japonaise JICA), il existe des structures possédant des infrastructures ridées par le temps. A cette vétusté, il faudrait ajouter un matériel obsolète qui ne permet l'exercice d'actes médicaux ou qui limite leur qualité.

La faiblesse des plateaux technique et la faible dotation en matériel rend complexe et risque certains actes médicaux. Dans une structure, l'indisponibilité de l'électricité la nuit rend difficile le travail des

prestataires surtout des sages-femmes qui sont obligées d'assister les parturientes avec des lampes torches. La position inappropriée des deux salles servant de maternité qui se trouvent en face de la salle de consultation générale soulève la question de la discrétion. Qui plus est, les parturientes et les autres malades partagent la même salle d'attente, ce qui est du point de vue culturel, un problème majeur car certains tabous relatifs à la santé de la reproduction poussent les femmes enceintes à être discrètes sur leurs grossesses et leurs accouchements ou même sur la gestion de leur fécondité (recours à la planification familiale).

Une des problématiques majeures des formations sanitaires est la gestion de l'hygiène. La question est gérée de façon différente d'une structure à une autre. Dans certaines structures, il y a un service de nettoyage qui est recruté pour assurer la propreté des lieux. Dans d'autres formations plus petites, c'est le personnel d'appui (matrones et agents de santé communautaires qui se relayent pour assurer) le service de nettoyage.

Le nettoyage des locaux ne serait pas uniforme. Les techniciens de surface nettoient plus proprement les bureaux des prestataires comparativement aux salles d'hospitalisation par exemple.

3.9.1 Entretien et sécurité des infrastructures qui exigent renforcement

La sécurité des infrastructures est aussi un maillon faible. Certains endroits sensibles ne sont pas bien sécurisés. Dans une structure, la porte de la pharmacie n'est pas en bon état et c'est un endroit où l'on garde de l'argent. Etant donné qu'il existe une grande défaillance au niveau du gardiennage et de l'accueil du centre de santé, toutes les infrastructures et le matériel ne sont pas sécurisés, les entrées et les sorties ne sont pas contrôlées comme le fait savoir l'un des dépositaires « *la porte de la pharmacie est défaillante, et comme le gardiennage n'est pas bien assuré je ne suis pas en sécurité ici surtout la nuit et avec tout l'argent que je gère* ».

CONCLUSION PARTIELLE

Les 10 formations sanitaires auxquelles s'est intéressée l'observation, offrent des soins de santé à une population très diversifiée sur le plan ethnique et géographique. Cette offre de service se caractérise certes par des insuffisances mais aussi par certains acquis mentionnés dans les différents paragraphes et qui gagneraient à être consolidés comme par exemple, la volonté d'offrir un service minimum même dans les périodes de grève. Cela montre le professionnalisme de certains prestataires sachant tracer une ligne de démarcation claire entre le militantisme en faveur de meilleures conditions de travail et de vie et l'attention particulière qui doit être portée à l'endroit des patients dépositaires de droits à la santé.

Sur un autre plan, l'analyse a révélé de graves insuffisances au niveau structurel, personnel, organisationnel et managérial. Ceci se traduit par des absences régulières et différenciées des prestataires, une légèreté dans certains services comme l'accueil, une défaillance dans la sécurité, une inégalité dans la motivation creusant un fossé entre agents de l'Etat et agents de santé communautaire etc. Les défis à relever sont le recrutement d'un personnel en nombre suffisant et qualifié, le relèvement des plateaux techniques et l'amélioration du management des structures et de leurs personnels.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Ce volet qualitatif de l'enquête FBR a permis de systématiser un certain nombre d'éléments.

Le premier est assurément la persistance d'un environnement non favorable à la santé de l'enfant. Plusieurs facteurs participent à la création de cet environnement. Il s'agit d'abord des représentations étiologiques et nosologiques adossées à des croyances populaires qui orient la recherche de soins vers les guérisseurs. L'imputation causale d'une maladie de l'enfant à un échange opéré par des esprits malfaisants rationalise le recours à des guérisseurs et disqualifie le prestataire de santé et dans tous les cas, retarde ou complexifie une prise en charge rapide de l'enfant.

Le second élément est la persistance de pratiques de soins qui limitent la portée des pratiques promotionnelles essentielles à la survie de l'enfant. Ainsi l'administration de breuvage (toxantal) à la naissance du bébé, sensé le protéger contre le mauvais et le bénir en même temps, compromet les acquis liés à l'allaitement maternel exclusif. Mieux, administré en première instance à la place du colostrum, le breuvage peut exposer l'enfant aux diarrhées et il est apparu que la diarrhée était la cause de décès la plus citée.

Le troisième élément est l'importance de la prématurité. La prématurité est généralement associée à un faible poids à la naissance qui constitue un déterminant proche de la mortalité des enfants. Cette prématurité présagerait d'un problème dans le suivi par les femmes enceintes des consultations prénatales. D'ailleurs, l'état de santé non optimal des mères lorsqu'elles étaient enceintes des enfants décédés accréditerait cette thèse.

Ce manque de suivi des consultations prénatales serait indissociable de l'état et de la fonctionnalité des structures de santé. A cela s'ajoutent l'insuffisance de personnel, la disponibilité à tout moment en tout lieu d'un personnel qualifié, capable d'offrir des soins de qualité aux patients. La demande de soins ne peut être que par une offre de qualité, accessible géographiquement, économiquement et culturellement. Le fait que la majeure partie des enfants bien que consultés par des prestataires de santé

meurent à domicile renseignent sur le dysfonctionnement de l'offre de soins et de la prise en charge des enfants malades.

Le constat d'enfants décédés et qui avaient un faible poids à la naissance informe sur le statut nutritionnel des femmes enceintes et de façon corrélative sur les conditions des vies des ménages dans lesquels, elles vivent. C'est dire que relever le défi de l'amélioration de la santé des femmes et des enfants convoque nécessairement une réflexion plus globale des stratégies économiques visant à améliorer le vécu quotidien des populations.

Il importe de formuler quelques recommandations :

❖*A L'ENDROIT DE L'ETAT*

- *Améliorer les conditions de vie des populations et renforcer leur accessibilité aux soins de santé*

Dans les quatre régions de l'étude, précisément dans la presque totalité des villages et quartiers où ont lieu les autopsies verbales, la pauvreté et la précarité sont omniprésentes en maitre. Ce sont des populations qui manquent de tout. Le recours aux soins est tardif du fait de l'impossibilité à assurer le transport vers les établissements de santé. Recevoir une ordonnance de la part d'un prestataire, être hospitalisé, loin d'être des sources de soulagement car prélude au recouvrement d'une bonne santé, sont redoutés car ces actes renvoient à des dépenses qu'on n'est pas capable de supporter.

- *Sensibiliser la population*

La sensibilisation permet d'inscrire les actions sanitaires dans une logique de promotion de soins préventifs. Cette sensibilisation devrait s'appuyer sur les acteurs de santé communautaire qui du fait de leur proximité culturelle et géographique avec les populations peuvent plus facilement faire passer les messages. Les relais communautaires et les badianu gox (tantes du coin) sont particulièrement indiqués pour les séances de causeries, les VAD au niveau local pour sensibiliser les mères d'enfants sur l'importance des CPN, la mobilisation en faveur des campagnes de vaccination et de promotion de l'hygiène. Une plus grande implication des acteurs communautaires s'activant dans la santé a un coût auquel l'Etat devrait attentif.

La sensibilisation doit être accentuée chez les femmes et les hommes avec le renforcement des programmes d'alphabétisation. En effet, beaucoup de femmes et d'hommes, surtout en milieu rural n'ont pas reçu d'instruction ou ont très tôt abandonné l'école. Ces pans entiers de la population méconnaissent l'importance des CPN et de la planification familiale. Quand le parent n'est pas instruit, il constitue alors un facteur bloquant qui amenuise les chances de survie de son enfant.

La sensibilisation doit aussi s'attacher à encourager le recours précoce aux soins modernes et inverser la tendance consistant d'emblée à consulter les guérisseurs. Elle doit aussi se focaliser sur l'abandon des pratiques défavorables à la santé comme l'administration d'un breuvage à un enfant dès sa naissance.

- *Relever les plateaux techniques*

Les plateaux techniques sont d'un niveau très bas. Il serait judicieux de procéder aux actions suivantes :

Réfectionner les bâtiments défectueux et en reconstruire d'autres. Certains établissements de santé sont dans un état de délabrement avancé.

Renforcer les capacités du personnel existant et encourager la formation continue : cela permettra de pallier les insuffisances notées comme celles relatives à des erreurs dans la prescription des médicaments ou à l'omission d'analyses clé pour statuer sur une maladie ou faire le suivi d'un patient.

Recruter du personnel. Nombreuses sont les formations sanitaires qui manquent de personnel. Dans des structures nouvellement construites, il existe des services bien équipés mais qui ne sont pas fonctionnels par manque de personnel qualifié.

Equiper les établissements de santé. Les doter de matériels adaptés aux besoins : chaises roulantes tensiomètres, thermomètres, ordinateurs, réfractomètres, tables télécommandées, scanner, mammographie, plateaux de soins, chariots de soins, couveuses, scope, table de réanimation néonatale pour le service de la pédiatrie,

Assurer la gestion et la maintenance efficace et efficiente des structures et des matériels.

❖——A L'ENDROIT DES PRESTATAIRES

Il est important d'humaniser les soins de santé et de raccourcir la distance entre prestataires et patients.

- *Accueillir et prendre en charge les patients professionnellement et humaniser les soins*

Les prestataires doivent apprendre à communiquer davantage avec les patients et les accompagnants. Les patients ne sont juste des corps malades. La réduction de la distanciation entre prestataires et patients est de nature à optimiser l'efficacité des soins de santé. L'humanisation des

- *Egalité dans l'accès aux soins.*

Un effort important devrait être fait en vue de bannir le népotisme et certaines pratiques discriminatoires dans l'accès aux soins. Tout patient, quelle que soit son appartenance ethnique, religieuse, sociale devrait accéder aux soins.

- *Disponibilité et accessibilité des médicaments : les médicaments aux patients*

Il est important de rendre transparent le système de gestion des médicaments et de leur fourniture aux patients.

- *Respecter les charges horaires*

Respecter les horaires de travail est une manière de manifester de l'intérêt et du respect aux patients. C'est aussi de nature à encourager le recours aux soins.

- *Gérer professionnellement et équitablement le personnel*

Des efforts soutenus devraient être faits pour lutter efficacement contre la complaisance dans les nominations, les irrégularités dans la supervision des soins, le manque de coordination entre responsables et prestataires, le climat délétère au sein des structures, la confusion de rôles, la non application des textes, la gestion autocentrée et les abus de pouvoir.

De même, il est important de trouver des moyens peut être même symboliques permettant d'encourager le travail des prestataires qui se distinguent par leur dévouement dans le travail.

- *Lutter contre l'absentéisme qui affecte négativement le système sanitaire*

Les plus qualifiés, les grands absents constituent la réalité la plus partagée au sein des formations sanitaires. Les tâches administratives, les

réunions et les séminaires impactent négativement sur la fourniture de soins de qualité aux patients.

❖═══***A L'ENDROIT DES POPULATIONS***

- *Encourager le recours aux soins et le respect des prescriptions médicales*

En ce qui concerne spécifiquement la mortalité infantile, certains parents ont tendance à ne pas respecter les rendez-vous. Certains parents attendent que leur enfant atteigne un stade critique pour l'amener dans une structure sanitaire. Certains préfèrent recourir à la médecine traditionnelle. Dans le lot des médicaments prescrits dans une ordonnance, on fait le tri si on n'achète pas tout simplement les médicaments.

- *Etre plus regardant sur l'hygiène*

L'insalubrité qui prévaut dans les villes, dans les villages, dans les quartiers, dans les ménages, est un problème de santé publique. Les populations doivent être sensibilisées sur l'importance de l'hygiène publique et sur des gestes qui peuvent réduire sensiblement la morbidité et la mortalité et en particulier infanto-juvéniles (lavage des mains, allaitement maternel exclusif). Les populations ne doivent pas attendre les autorités pour se débarrasser des eaux stagnantes, des ordures, des herbes. Des gestes simples peuvent constituer des armes fatales de lutte contre le paludisme, la diarrhée, la malnutrition, etc.

BIBLIOGRAPHIE SELECTIVE

AKOTO E., *Mortalité infantile et juvénile en Afrique : Niveaux et caractéristiques. Cause et déterminants*, département de Démographie, Université Catholique de Louvain, 1985, 273p.

AKOTO E., et TABUTIN D., « Les inégalités socio-économiques et culturelles devant la mort », in *Mortalité et Sociétés en Afrique au Sud du Sahara*», Ed par Pison G., Van de Walle et Sala-Diakanda, Paris, INED, PUF, 2009, pp35-64.

BLOOM D.E., CANNING D., SEVILLA J., 2001, *Economic Growth and he Demographic Transition*, Working Paper 8685, Jaypee Sevilla, National Bureau Of Economic Research (NBR) Working Paper Series, 2001, 67 p.

COUVERT N., « La mortalité aux âges jeunes des jumeaux », Communication au Colloque « Démographie et Santé », Bordeaux, 2007.

ELDERKIN-THOMPSON V., SILVER R.C., WAITZKIN H. (2001). When nurses double as interpreters: a study of Spanish-speaking patients in a US primary care setting. *Social Science & Medicine*, 52(9), 1343-58.

KADDAR M., STIERLE F., SCHMIDT-EHRY B., TCHICAYA A., L'accès des indigents aux soins de santé en Afrique subsaharienne. In: Tiers-Monde. 2000, tome 41 n°164. Disparités régionales et globalisation, organisations paysannes et marchés, pp. 903-925.

MBAMBI J., 2005, *Expériences féminines à Brazzaville : fécondité, identité sexuelle et modernité en Afrique subsaharienne*, Le Harmattan, p.35.

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Direction des Établissements de Santé, « Charte du malade », Article 3.

MUCCHIELLI R., 1979. *L'analyse de contenu des documents et des communications*. (3e édition révisée), Paris, Éditions ESF.

PFLANZ M. et KEUPP K., « Le concept de maladie : une perspective sociologique », Revue Internationale des Sciences Sociales, Revue trimestrielle publiée par l'Unesco, Paris Vol. X X I X (1977), n° 3, p.424.

REZSOHAZY R., 2006, *Sociologie des valeurs*, Paris, Armand Colin, p.118.

SALL. M.G., SALL M., Etude rétrospective sur les 10 premières causes de mortalité et de morbidité des enfants de moins de cinq ans au Sénégal, OMS, Dakar, 2014.

ANNEXES

ANNEXE A3 : FICHE AUTOPSIE SOCIALE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS.....I

ANNEXE A4 : FICHE D'EXTRACTION DES DOSSIERS MÉDICAUX.....V

ANNEXE B : GRILLE D'OBSERVATION PARTICIPANTE.....XVIII

ANNEXE D : PRÉPARATION DU VOLET QUALITATIF DE L'ENQUÊTE FBR.....XX

ANNEXE A3 : FICHE AUTOPSIE SOCIALE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS

INSTRUCTION: L'administration de la Fiche d'autopsie sociale se fait juste après celle du questionnaire d'autopsie verbale.

Il y a trois tableaux. Dans le premier tableau, il s'agit **d'ORDONNER LES SYMPTOMES SELON LA DATE DE LEUR APPARITION ET POUR CHAQUE SYMPTOME INDIQUER LA DUREE ET LA OU LES CAUSES**. Les symptômes dont on fait référence ici sont ceux qui ont été cités spontanément par le répondant dans son discours sur la maladie et/ou les évènements ayant conduits au décès de l'enfant.

-Dans le deuxième tableau, il s'agit des **TRAITEMENT/ ACTIONS PRODIGUES A LA MAISON**.

-Dans le troisième tableau, il s'agit **TRAITEMENT/ ACTIONS PRODIGUES EN DEHORS DE LA MAISON.**

Traitement à l'intérieur ou à l'extérieur de la maison

ID de l'ENFANT DECEDE: ___ ___ ___ DATE : ___/___/___ ID de l'ENQUÊTEUR				
Directives pour l'enquêteur : ***1. ORDONNER LES SYMPTOMES SELON LA DATE DE LEUR APPARITION ET POUR CHAQUE SYMPTOME INDIQUER LA DUREE ET LA OU LES CAUSES***				
1. A SYMPTÔMES	1	2	3	4
1. B DANS L'EVOLUTION DE LA MALADIE QUELLE EST LA DATE D'APPARITION DU SYMPTÔME				
1. C PENDANT COMBIEN DE TEMPS CE SYMPTÔME A-T-IL DURÉ				
1.D SELON VOUS, QUELLES SERAIENT LA OU LES CAUSES DE CE SYMPTÔME				

	2. TRAITEMENT/ ACTIONS PRODIGUES A LA MAISON					
	DEMANDER					
ACTI	2. A Maintenant, quelle est la première **action** que vous avez	2. B Pendant combien de jours	2. C Combien de jours l'enfant	2. D Quels symptômes il (elle) avait lorsque vous avez	2. E Pourquoi pensez-vous que (traitement) était une bonne	2. F Qu'est-ce qui vous a empêché d'amener l'enfant pour voir

ON	faite quand vous avez remarqué que l'enfant était malade ?	l'enfant avait été malade quand vous avez commencé à prendre cette mesure ?	a-t-il été malade quand vous avez pris cette mesure pour la dernière fois ?	commencé à faire ça ?	chose à faire	(un agent de santé) ?
1						
2						
3						
4						

3. TRAITEMENT/ ACTIONS PRODIGUES EN DEHORS DE LA MAISON					
SI L'ACTION ÉTAIT UN TRAITEMENT EN DEHORS DE LA MAISON, ALORS DEMANDEZ :					
3. A Pourquoi est-ce vous y êtes	3. B Qu'est-ce que la	3. C Qu'est-ce que	3. E Est-ce que vous étiez	3. F Est-ce que vous étiez capable de faire	**Instruction** : Si l'enfant n'était pas

	allé ?	personne que vous êtes allé voir a fait pour le problème ?	cette personne vous a suggéré de faire pour le problème ?	capable de faire (la première chose) que la personne a suggéré ?		(la deuxième chose) que la personne a suggéré ?		vu par un agent de santé, demander : 3. G Qu'est-ce qui vous a empêché d'amener l'enfant pour voir (un agent de santé) ?
ACTI				1= Oui 2= Non	Si 2, demandez « Pourquoi est-ce que vous n'étiez pas capable de suivre le conseil ?	1= Oui 2= Non 3=Non applicable[13]	Si 2, demandez « Pourquoi est-ce que vous n'étiez pas capable de suivre le conseil ?	
1								
2								
3								

[13] Au cas où, le fournisseur n'a prodigué qu'un seul conseil ;

ANNEXE A4 : FICHE D'EXTRACTION DES DOSSIERS MÉDICAUX

Fiche d'extraction des dossiers médicaux

Numéro d'identification de l'enfant __ __ __ __

Instructions à l'enquêteur :

La section 1 sera déjà remplie à la sortie du ménage s'il est attesté au cours de l'administration du questionnaire d'autopsie verbale et de la fiche d'autopsie sociale que l'enfant décédé a reçu des soins au niveau de la structure médicale.

Utiliser cette information pour vous aider à localiser l'infrastructure sanitaire où l'enfant a reçu les soins et le dossier pour lequel vous ferez l'extraction. Remplir les sections 2 et 3 en faisant l'extraction de ce dossier.

Si l'enfant a reçu des soins dans plusieurs structures avant de décéder, c'est la dernière structure sanitaire qui l'a accueilli qui va être considérée.

Section 1 : Informations de référence selon l'interview

1.1 Nom de l'enfant_____

1.1. A Numéro du carnet de santé de l'enfant

1.2 Sexe de l'enfant. 1. Masculin
2. Féminin

1.3 Date de naissance de l'enfant

1.4 Age de l'enfant (en jours/mois complets) au moment de sa mort : ..... jours/mois ___ ___

(***Encercler le mot approprié. Utiliser « jours » si <28 jours.***)

1.5 Date du décès ___ ___/___ ___/___ ___

(j j / m m / a a)

1.6 Nom de l'infrastructure et son adresse _____

1.7 Type de l'infrastructure .....

1. Hôpital
2. Centre de Santé
3. Poste de Santé ou Dispensaire
4. Cabinet privé
5. Autre (spécifier _____)

Section 2 : Information sur l'extraction des dossiers

2.1 Code de l'enquêteur	____
2.2 Date de l'extraction du dossier	___ ___/___ ___/___ ___
2.3 Date du contrôle	___ ___/___ ___/___ ___
2.4 Date de saisie à l'ordinateur	___ ___/___ ___/___ ___

Section 3 : Extraction du dossier médical

Instruction : Présentez-vous au responsable de la structure sanitaire et expliquer lui, le but de votre visite. Le responsable de cette structure devrait s'attendre à votre visite. Vous l'auriez informé de votre visite et les dossiers dont vous avez besoin, avant votre arrivée.

3.1 Catégorie de l'agent ayant vu l'enfant

1. Médecin
2. Sage-Femme
3. Infirmier
4. Aide Infirmier
5. Aide-soignant
6. Autre (spécifier _____)

3.2 Date de consultation ..... ___ ___/___ ___/___ ___

(j j / m m / a a)

3.3 Source de l'Information

1. Registre (consultation/Hospitalisation)
2. Dossier médical
3. Autre (spécifier _____)

3.4 Motifs de la visite (plaintes principales)

(Instruction : Cocher « Oui » ou « Non » pour chaque motif. Si le prestataire de santé qui a eu à prendre en charge l'enfant n'a pas signalé la plainte spécifiée, cocher « 2. Non. »)

3.4.1	Diarrhée	1. Oui 2. Non
3.4.2	Selles avec	1. Oui 2. Non
3.4.3	Toux	1. Oui 2. Non
3.4.4	Respiration rapide	1. Oui 2. Non
3.4.5	Respiration difficile (dyspnée)	1. Oui 2. Non
3.4.6	Autre problème respiratoire (spécifier _____)	1. Oui 2. Non
3.4.7	Fièvre	1. Oui 2. Non
3.4.8	Convulsions	1. Oui 2. Non
3.4.9	Eruption cutanée ou boutons	1. Oui 2. Non
3.4.10	Malnutrition ou anémie	1. Oui 2. Non
3.4.11	Blessure ou lésion	1. Oui 2. Non
3.4.12	Autre (spécifier _____)	1. Oui 2. Non

(Instruction : Si l'enfant avait plus de 28 jours au moment de sa mort, passer à 3.5)

3.4.13	Problème du nouveau-né (spécifier _____)	1. Oui 2. Non

3.4. A Evolution de la maladie ..... 1. Notée

2. Manquante

3.5 Conclusions des examens médicaux

3.5.1 Conclusions de l'examen sur la diarrhée :

3.5.1.1 Selles liquides, aqueux, ou molles observées	1. Oui 2. Non 9. Manquant
3.5.1.2 Déshydratation	1. Sévère 2. Modérée 3. Absente 9. Manquant
(Si « Non » ou « Manquant » à 3.5.1.1 et 3.5.1.2, passer à 3.5.2)	
Si selles liquides, aqueux ou molles, ou quelque déshydration observées, demander 3.5.1.3–3.5.1.6.	
3.5.1.3 Durée de la diarrhée observée en nombre de jours	(Manquant = 99)
3.5.1.4 Nombre de selles observé par jour quand la diarrhée était la plus aigue	(Manquant = 99)
3.5.1 .5 Vomissements observés	1. Oui 2. Non 9. Manquant
3.5.1.6 Sang observé dans les selles	1. Oui 2. Non 9. Manquant

3.5.2 Conclusions de l'examen respiratoire

3.5.2.1 Fréquence respiratoire	(Manquant = 99)
3.5.2.2 Toux	1. Oui 2. Non 9. Manquant
3.5.2.3 Respiration rapide	1. Oui 2. Non 9. Manquant
3.5.2.4 Tirage sous costal	1. Oui 2. Non 9. Manquant
3.5.2.5 Rétractions intercostales	1. Oui 2. Non 9. Manquant
3.5.2.6 Râles crépitants	1. Oui 2. Non 9. Manquant
3.5.2.7 Geignement respiratoire	1. Oui 2. Non 9. Manquant
3.5.2.8 Battement des ailes du nez	1. Oui 2. Non 9. Manquant
3.5.2.9 Fièvre	1. Oui 2. Non 9. Manquant

3.5.3 Conclusions de l'examen sur la fièvre, l'éruption cutanée ou les boutons

3.5.3.1 Température rectale..... (Manquant = 99)	
3.5.3.2 Beaucoup ou sévères pustules	1. Oui 2. Non 9. Manquant
3.5.3.3 Eruption cutanée généralisée	1. Oui 2. Non 9. Manquant
3.5.3.4 Yeux rouges	1. Oui

	2. Non 9. Manquant
3.5.3.5 Ecoulement nasal	1. Oui 2. Non 9. Manquant
3.5.3.6 Raideur de la nuque	1. Oui 2. Non 9. Manquant
3.5.3.7 Fontanelle bombée	1. Oui 2. Non 9. Manquant
3.5.3.8 Convulsions (observées)	1. Oui 2. Non 9. Manquant
3.5.3.9 Inconscient	1. Oui 2. Non 9. Manquant
3.5.3.10 Saignement de la peau ou d'une ouverture	1. Oui 2. Non 9. Manquant

3.5.4 Conclusions de l'examen nutritionnel

3.5.4.1 Poids (kg)	1. Oui 2. Non 9. Manquant
3.5.4.2 Taille (cm).....	1. Oui 2. Non 9. Manquant
3.5.4.3 Aspect	1. Maigreur sévère 2. Maigreur modérée 3. Normal 4. Au-dessus du poids normal 9. Manquant
3.5.4.4 Œdèmes généralisées ou de la face	1. Oui 2. Non 9. Manquant
3.5.4.5 Œdèmes des deux pieds	1. Oui 2. Non 9. Manquant
3.5.4.6 Paumes pâles	1. Oui 2. Non 9. Manquant
3.5.4.7 Conjonctives pales	1. Oui 2. Non 9. Manquant

3.5.5 Conclusions de l'examen de la blessure ou lésion

3.5.5.1 Blessure ou lésion	1. Oui 2. Non 9. Manquant
(Si « Non » ou « Manquant, »passer à 3.5.6)	
3.5.5.2 Circonstances	1. Chute 2. Violence/guerre 3. Arme à feu 4. Arme blanche 5. Coups volontaires 6. Accident de circulation 7. Blessure due à la naissance 8. Autre accident 9. Manquant
3.5.5.3 Type de blessure ou de lésion	1. Trauma 2. Blessure due par morsure d'animal ou piqûre

	d'insecte 3. Brûlure 4. Autre (spécifier) 9. Manquant

3.5.6 Conclusions de l'examen du nouveau-né :

Si l'enfant avait plus de 28 jours au moment de sa mort, passer à 3.6)

3.5.6.1 Niveau de la conscience	1. Inconscient 2. Léthargique 3. Agitation 4. Normal 9. Manquant
3.5.6.2 Capacité	1. Néant 2. Faible 3. Normale 9. Manquant
3.5.6.3 Cri	1. Néant 2. Faible 3. Normal 9. Manquant
3.5.6.4 Fontanelle bombée	1. Oui 2. Non 9. Manquant
3.5.6.5 Rougeur ombilicale s'étendant à la peau ou suppuration de l'ombilique	1. Oui 2. Non 9. Manquant
3.5.6.6 Beaucoup ou sévères pustules sur la peau	1. Oui 2. Non 9. Manquant
3.5.6.7 Malformation (Dysmorphie)	1. Oui 2. Non 9. Manquant
(Si « Non » ou « Manquant, » passer à 3.6)	
3.5.6.8 Localisation des malformations (Plusieurs réponses sont possibles)	1. Tête 2. Corps 3. Bras/mains 4. Jambes 5. Organe interne 9. Manquant

3.6 Examens de laboratoire

3.6.1. NFS (Numération formule sanguine)

3.6.1.1 NFS		1. Réalisée 1 2. Non demandée
(Si « Non demandée, » passer à 3.6.2		
3.6.1.2 Hb	g/dl	
3.6.1 GB	/mm3	
3.6.1 Polynucléaires	%	
3.6.1 Lymphocytes	%	

3.6.2 PL (Ponction lombaire)

3.6.2.1 PL	1. Réalisée 2. Non réalisée
(Si « Non réalisée, » passer à 3.6.3)	
3.6.2.2 Bactérie	1. Nombreuses 2. Quelques 3. Rares

	4. Aucune
3.6.2.3 Types de bactérie	
3.6.2.4 Polynucléaires altérées (PA)	%
3.6.2.5 Polynucléaires non altérées (PNA)	%
3.6.2 Lymphocytes	%

3.6.3 GE

3.6.3.1 GE (Goutte épaisse)	1. Réalisée 2. Non demandée
3.6.3.2 TDR	1. Réalisée 2. Non réalisée

3.6.3.3. Plasmodium	1. Nombreux 2. Quelques 3. Rares 4. Aucun

3.7 Les diagnostics

Instructions : Cocher « Oui » ou « Non » pour chaque diagnostic. Si un diagnostic n'est pas noté, cocher « 2. Non. »)

3.7.1 Diagnostics néonatals

Utiliser cette section pour les enfants qui avaient moins d'un mois quand ils sont morts. Si l'enfant avait ***plus de 28 jours*** *au moment de sa mort, passer à la section 3.7.2.*

3.7.1.1 Diarrhée	1. Oui 2. Non
3.7.1.2 Pneumonie	1. Oui 2. Non
3.7.1.3 Méningite	1. Oui 2. Non
3.7.1.4 Septicémie (porte d'entrée inconnue)	1. Oui 2. Non
3.7.1.5 Blessure	1. Oui 2. Non
3.7.1.6 Poids faible à la naissance/né	1. Oui 2. Non

3.7.1.7 Tétanos néonatal	1. Oui 2. Non
3.7.1.8 Asphyxie à la naissance	1. Oui 2. Non
3.7.1.9 Traumatisme à la naissance	1. Oui 2. Non
3.7.1.10 Malformation (dysmorphie)	1. Oui 2. Non
3.7.1.11 Autre (A Spécifier)	1. Oui 2. Non

3.7.2 Diagnostic post-néonatal

Instructions : Utiliser cette section pour les enfants qui avaient plus de 28 jours ou plus quand ils sont morts.

3.7.2.1 Diarrhée	1. Oui 2. Non
3.7.2.2 Pneumonie	1. Oui 2. Non
3.7.2.3 Rougeole	1. Oui 2. Non
3.7.2.4 Méningite	1. Oui 2. Non
3.7.2.5 Paludisme	1. Oui 2. Non
3.7.2.6 Septicémie (porte d'entrée inconnue)	1. Oui 2. Non
3.7.2.7 Malnutrition	1. Oui 2. Non
3.7.2.8 Anémie	1. Oui 2. Non
3.7.2.9 Blessure	1. Oui 2. Non
3.7.2.10 Autre (Spécifier)	1. Oui 2. Non

3.8 Traitements prescrits, et /ou administrés

Instruction : Cocher « Oui » ou « Non » pour chaque traitement prescrit. Si une prescription n'est pas notée, cocher « 2. Non » et continuer au prochain traitement. Pour chaque traitement prescrit, marquer si c'était administré à l'enfant ou acheté à l'infrastructure. Cocher : « 9. Manquant » si cette information n'est pas notée dans le dossier.

3.8.1 Solutés perfusables prescrits (**Si** « **Non,** » **passer à 3.8.2**)	1. Oui 2. Non
3.8.1. A. Si « Oui, » cocher si administré acheté	1. Oui, acheté et administré 2. Oui, non acheté et administré 3. Non, acheté et non administré 4. Non acheté et non administré 9. Manquant
3.8.2 SRO prescrit (**Si** « **Non,** » **passer à 3.8.3**)	1. Oui 2. Non
3.8.2. A Si « Oui, » cocher	1. Oui, acheté et administré 2. Oui, non acheté et administré 3. Non, acheté et non administré 4. Non acheté et non administré 9. Manquant
3.8.3 Injection d'antibiotiques prescrit (**Si** « **Non,** » **passer à 3.8.4**)	1. Oui 2. Non

3.8.3.A Si « Oui, » cocher si administré acheté	1. Oui, acheté et administré 2. Oui, non acheté et administré 3. Non, acheté et non administré 4. Non acheté et non administré 9. Manquant
3.8.4 Antibiotiques oraux prescrits (**Si** « **Non,** » **passer à 3.8.5**)	1. Oui 2. Non
3.8.4.A Si « Oui, » cocher si administré acheté	1. Oui, acheté et administré 2. Oui, non acheté et administré 3. Non, acheté et non administré 4. Non acheté et non administré 9. Manquant
3.8.5 Injection antipaludéen prescrit (**Si** « **Non,** » **passer à 3.8.6**)	1. Oui 2. Non
3.8.5.A Si « Oui, » cocher si administré acheté	1. Oui, acheté et administré 2. Oui, non acheté et administré 3. Non, acheté et non administré 4. Non acheté et non administré 9. Manquant
3.8.6 Antipaludéen oraux prescrit (**Si** « **Non,** » **passer à 3.8.7**)	1. Oui 2. Non
3.8.6.A Si « Oui, » cocher si administré acheté	1. Oui, acheté et administré 2. Oui, non acheté et administré 3. Non, acheté et non administré 4. Non acheté et non administré 9. Manquant
3.8.7 Immunoglobuline prescrit tétanique (**Si** « **Non,** » **passer à 3.8.8**)	1. Oui 2. Non
3.8.7.A Si « Oui, » cocher si administré acheté	1. Oui, acheté et administré 2. Oui, non acheté et administré 3. Non, acheté et non administré 4. Non acheté et non administré 9. Manquant
3.8.8 Anticonvulsif prescrit (spécifier _____) (**Si** « **Non,** » **passer à 3.8.9**)	1. Oui 2. Non
3.8.8.A Si « Oui, » cocher si administré acheté	1. Oui, acheté et administré 2. Oui, non acheté et administré 3. Non, acheté et non administré 4. Non acheté et non administré 9. Manquant
3.8.9 Autre médicament prescrit Si Oui spécifier	1. Oui 2. Non 9. Manquant
3.8.9. A Si « Oui, » cocher si administré acheté	1. Oui, acheté et administré 2. Oui, non acheté et administré 3. Non, acheté et non administré 4. Non acheté et non administré 9. Manquant
3.8.10 Thérapie nutritionnelle	1. Oui 2. Non 9. Manquant
3.8.11 Chirurgie prescrite	1. Oui 2. Non 9. Manquant

3.9.A Raison pour laquelle (traitement _____) était prescrit mais pas administré/donné (**Remplir le numéro de traitement**)	1. Traitement épuisé temporairement à l'infrastructure 2. Traitement disponible à l'infrastructure mais la famille ne pouvait pas supporter le coût 3. Traitement jamais disponible à

	l'infrastructure/la famille doit l'acheter en dehors de l'infrastructure 4. Autre (spécifier _____) 8. Ne sait pas
3.9.B Raison pour laquelle (traitement _____) était prescrit mais pas administré/donné (**Remplir le numéro de traitement**)	1. Traitement épuisé temporairement à l'infrastructure 2. Traitement disponible à l'infrastructure mais la famille ne pouvait pas supporter le coût 3. Traitement jamais disponible à l'infrastructure/la famille doit l'acheter en dehors de l'infrastructure 4. Autre (spécifier _____) 8. Ne sait pas

3.10 Suites à la consultation	1. Mort dès l'arrivée à l'infrastructure sanitaire ou avant d'être admis 2. Mis en observation/hospitalisé. 3. Référé à une autre infrastructure sanitaire 4. Envoyé à la maison 5. Autre (spécifier_____)

INSTRUCTION : (Si « Envoyé à la maison, » passer à 3.11 ; Sinon, passer à la fin)

3.11 Instructions pour les soins à domicile

_____

_____

_____

_____

ANNEXE B : GRILLE D'OBSERVATION PARTICIPANTE

Les 10 enquêteurs seront placés respectivement dans la région de Tambacounda (Centre de santé de Maka Koulibantang, Centre de santé, poste de santé de Moudéry), dans la région de Kédougou (Centre de santé de Salémata, Poste de santé de Dakateli), dans la région de Ziguinchor (Hôpital régional de Ziguinchor, Centre de santé de

Bignona, Centre de Santé de Ziguinchor (Hôpital Silence) et dans la région de Sédhiou (Hôpital régional de Sédhiou et Centre de santé de Bounkiling).

Au cours de leur immersion d'une durée de 2 mois au niveau des structures, ils ont observé les éléments de la grille suivante :

1. Accueil réservé (qualité) aux patients dans les formations sanitaires ciblées 1.
2. Prise en charge des patients par les prestataires (Interactions entre patients et prestataires de santé) ;
3. Accès aux soins à l'intérieur des formations sanitaires (Circuits formels et informels d'accès aux soins)
4. Disponibilité et accès aux médicaments dans les formations sanitaires (facilités et/ou difficultés rencontrées par les patients pour accéder aux médicaments) ;
5. Pratiques parallèles des prestataires de santé à l'intérieur des formations sanitaires (Vente illicite des médicaments, sources d'approvisionnement en médicaments détenus par les prestataires de santé, mécanismes et dispositifs de contournement des lois et règlements régissant la vente de médicaments ; détournement de la clientèle vers des structures privées et prise en charge d'une clientèle privée à l'intérieur des structures sanitaires, les détournements de patients vers les formations sanitaires privés, fourniture de soins à domicile …) ;
6. Charges horaires des prestataires de santé par rapport à leurs cahiers de charge au sein des formations sanitaires cibles ;
7. Gestion du temps et « temps morts » pendant les heures de travail (Temps consacré au travail en observant les prestataires de santé débordés de travail, les prestataires de santé occupés à flâner à l'intérieur de la structure, la fréquence des visites de parents et amis obligeant ainsi le prestataire à cesser temporairement son travail, etc.; rapport entre les prestataires et les agents subalternes) ;
8. Gestion du personnel : système de contrôle de la qualité des prestations et des soins, recrutement du personnel, gestion des incitations, gestion des absences, dénonciation entre collègues, gestion des conflits entre prestataires ;
9. En cas de grève : Comportements des prestataires de santé pendant les périodes de grève dans les formations sanitaires ciblées ; respect des consignes syndicales, assurance d'un service minimum
10. Fréquence de l'absentéisme, catégories touchées, périodes concernées, raisons avancées par les principaux concernés,
11. Partage des tâches, consensus et mécanismes établis entre prestataires pour gérer les absences, stratégies mises en place par les principaux concernés pour maquiller leurs absences, accès et gestion des pièces justificatives des absences, tolérance des supérieurs hiérarchiques par rapport aux absences de leurs subordonnés.
12. Gestion et maintenance des infrastructures et matériels.

ANNEXE D : PRÉPARATION DU VOLET QUALITATIF DE L'ENQUÊTE FBR

Sélection et formation des enquêteurs

Dans le cadre de l'enquête FBR, un ensemble de critères ont été définies pour recruter les agents enquêteurs pour les volets ménage, formation sanitaire et qualitatif, constituant une sorte de manuel de procédure pour la sélection rigoureuse du personnel de collecte. Par la suite, un appel à candidature a lancé par le consortium IPDSR/CERASS à travers la presse officielle (Le Soleil). Parmi les candidatures déposées, celles de 15 enquêteurs de niveau Master 2 en sociologie et en anthropologie et ayant des acquis en matière d'enquêtes de terrain orientées dans le domaine de la santé, ont été présélectionnés dans le cadre du volet qualitatif de l'étude FBR. Ils ont reçu une formation de 15 jours sur les différents outils de la collecte de données (questionnaire d'autopsie verbale 0-4 semaines, questionnaire d'autopsie verbale 4 semaines-5 ans, fiche d'autopsie sociale, fiche d'extraction des dossiers médicaux et grille d'observation participante des structures sanitaires. La formation sur les différents outils a été faite par l'équipe du volet Qualitatif et celle relative à la manipulation des tablettes a été faite par le Data manager. Elle a débuté le mardi 20 janvier 2015. Au cours de cette première journée de formation, les points suivants ont été abordés :

- la présentation du contexte et des objectifs de l'étude;
- la présentation de l'équipe de formation et des apprenants;
- les modalités de formation;
- la présentation de l'organisation administrative et technique de l'étude;
- la méthodologie de la formation ;
- la présentation du manuel d'utilisation de la tablette ;

Du 21 au 24 janvier 2015, la formation a été exclusivement consacrée à l'étude des questionnaires d'autopsie verbale (0-4 semaines et 4 semaines-5 ans), de la fiche d'autopsie sociale et de la fiche d'extraction des dossiers médicaux. Toutes les questions ont été passées en revue , ce qui a permis de corriger et ou de reformuler certaines.

Les journées du 26 et du 27 janvier, les enquêteurs ont testé les questionnaires sur papier et sur tablette en procédant à des exercices de simulation : au total trois exercices ont été faits : **Exemple** : Exo 1 : cas de décès d'un enfant de moins de 4 semaines des suites d'une maladie cardiaque. L'interview était en français et l'enquêteur un homme. Durant l'interview, étaient présents le chef de ménage, ses deux épouses, la grand-mère de l'enfant, son oncle, sa tante et un voisin. Après chaque section, les enquêteurs donnaient leurs avis et critiques sur le déroulement de l'interview et à l'issue desquels, des observations pertinentes ont été recueillies. Chacun mettant à contribution son expérience en matière d'enquête. Tous les autres exercices ont suivi le même procédé mis à part le changement de langue (en wolof) et d'enquêteur (une femme a été choisie pour les deux autres exercices).

Du 28 au 31 janvier, la formation s'est poursuivie sur focalisée sur la grille d'observation participante. Les enquêteurs présélectionnés ayant presque tous une expérience de cet outil, l'appropriation des différents éléments composant la grille s'est faite sans grande difficulté. Les enquêteurs devant être présentés comme des

chercheurs dans les différentes formations sanitaires, la question de savoir quelles seront leurs activités au sein de ces structures s'est posée à un moment donné car le principe de l'observation participante étant « *être et faire comme* ». De nombreuses propositions ont été émises et au final, il a été retenu que chaque enquêteur, suivant la réalité de son terrain et de son expérience en tant qu'anthropologue trouve les moyens de s'intégrer et de se faire accepter.

Les journées du 2 et du 3 février, les enquêteurs ont tous suivi un atelier linguistique en Wolof, Diola, Pulaar et Bambara/Mandingue, ces langues étant les plus parlées dans les régions de Tambacounda, Kédougou, Sédhiou et de Ziguinchor. Les traducteurs se sont attelés à traduire les questionnaires en s'appesantissant sur les mots jugés plus difficiles et les concepts polysémques.

Enfin, le 4 février a marqué la fin de la formation avec dans la matinée, une révision générale de tous les outils du volet qualitatif et dans l'après-midi, un pré-test écrit de sélection.

Pré-test des outils sur le terrain

Déroulement du pré-test à Mbour (5 et 6 février 2015)

Au cours de la journée du jeudi 05 février, l'équipe « QUALI » a travaillé exclusivement sur les questionnaires d'autopsie verbale. Au préalable, une équipe composée du coordonnateur du volet QUALI, le Professeur Mohamadou Sall, du Coordonnateur du Projet, le Professeur Samuel Nouetagni et de Monsieur Jededia Fix de la Banque Mondiale avait effectué une mission de sensibilisation auprès des autorités administratives et sanitaires du département de Mbour. A l'occasion de cette mission le Professeur Sall avait demandé aux responsables des postes Saly et à Malicounda de répertorier les cas de décès concernant les enfants de 0 à 5 ans. Si à Saly, deux cas de décès ont été notifiés par l'ICP, par contre à Malicounda, il n'y en a pas eu. C'est ainsi que, l'équipe a été scindée en deux groupes respectifs de 5 et de 6 membres. Le premier groupe est allé administrer les questionnaires à Saly et le deuxième est retourné à l'hôpital départemental précisément au service pédiatrie pour consulter les registres de décès d'enfants de moins de cinq ans, où il leur a été communiqué de nombreux cas de décès avec les coordonnées des parents. Cela a beaucoup facilité le contact avec ces derniers qui n'ont émis aucune objection pour être interviewés sur les circonstances de décès de leurs enfants.

Au final, chaque enquêteur a au moins administré un questionnaire d'autopsie verbale/sociale et l'extraction de certains dossiers médicaux a été faite au niveau de l'hôpital départemental de Mbour.

Vendredi 06 février, l'équipe « QUALI » a travaillé sur la grille de l'observation participante. Pour respecter certaines mesures protocolaires, aussi bien les responsables de structures que les chefs de service ont été mis au courant de la nature de l'exercice. Après leur approbation, l'équipe a été déployée au niveau de certaines structures sanitaires afin de procéder à l'observation dans plusieurs services :

- Hôpital départemental de Mbour
- Centre de santé
- Poste de santé de Malicounda
- Poste de santé de Saly.

L'observation s'est déroulée de 10 heures du matin à 17 heures du soir.

Affectation et déploiement de l'équipe du volet qualitatif

Affectation

Au terme de la formation et du pré-test, sur les 15 enquêteurs sélectionnés, 10 ont été retenus sur la base de l'assiduité et de la participation lors de la formation mais aussi sur la base des performances lors du prétest. Chacun des 10 enquêteurs a été affectée à une structure, sur la base du critère linguistique. Le dispatching des enquêteurs est le suivant :

- **Région de Tambacounda**

Centre de santé de Makacoulibantang : Souaré Ka
Centre de santé de Bakel : Djelia Ly
Poste de santé de Moudéry : Abdoulaye Moussa Diallo

- **Région de Kédougou**

Centre de santé de Salémata : Marième Ciss
Poste de santé de Dakately: Mohamed Khadim Barro

- **Région de Sédhiou**

Hôpital régional de Sédhiou : Mariama Dianké Biaye
Centre de santé de Bounkiling : Marguerite Yandé Sarr

- **Région de Ziguinchor**

Hôpital régional de Ziguinchor : Zuzèle Diatta
Centre de Santé de Ziguinchor (Hôpital Silence) : Madialé Cissé
Centre de santé de Bignona : Mariama Diedhiou

Déploiement

L'enquête sur le Financement Basé sur les Résultats a réuni toutes les composantes à savoir les équipes Ménages, FOSA et Quali dans la communauté rurale de Makacoulibantang à partir du 1er mars 2015. L'équipe « Quali » est restée deux jours dans cette localité, l'idée étant de travailler en groupe afin d'harmoniser la méthode de travail et de systématiser les moindres failles et difficultés liées à l'administration sur tablette des questionnaires d'autopsie verbale. Cette activité s'est déroulée sur deux jours : lundi et mardi, respectivement les 2 et 3 mars 2015.
Le lundi 2 mars 2015, les dix enquêteurs de l'équipe Quali ont été divisés en binômes. A cet effet, ils ont eu à administrer 8 autopsies verbales au niveau des villages polarisés par la communauté rurale de Makacoulibantang. La journée du mardi 2 mars a été consacrée à l'administration de questionnaires d'autopsie verbale dans d'autres villages de Makacoulibantang et à l'extraction de dossiers médicaux au niveau du centre de santé dudit district. Cinq enquêteurs se sont chargés de faire les autopsies verbales à raison de 6 au total et les cinq autres ont fait l'extraction. Le mercredi 4 mars, l'équipe Quali s'est déployée au centre de santé de Koumpentoum. La seule activité arrêtée de cette journée a été de faire l'extraction des dossiers médicaux car cet exercice s'avère être rigoureux et nécessite très souvent l'appui des prestataires de santé dans la lecture par exemple de certaines ordonnances ou fiches de traitement, aussi le décodage de certains traitements abrégés etc. L'objectif visé était de procéder ensemble à l'extraction des dossiers médicaux afin que tout un chacun puisse en bien comprendre l'approche.

Après l'administration des questionnaires et l'extraction des dossiers médicaux, un atelier de debriefing a été organisé à Koupentoum.