

*Enquête de Base de
Financement Basé sur le
Résultat (FBR)*

**République
Centrafricaine**



Draft Mai 2014
**Données collectées en
décembre 2012**

NE PEUT ETRE CITE OU REPRODUIT



République Centrafricaine

Enquête de Base de Financement Basé sur le Résultat (FBR)

Données de 2012

Equipe de réalisation

- ☞ Gervais Chamberlin YAMA, Coordonnateur Technique de l'enquête
- ☞ Arsène KOYANGBO ZIA, Coordonnateur Technique Adjoint de l'enquête
- ☞ Jean Barthelemy MBAITAR, Coordonnateur de traitement des données

Avec la participation de :

L'Equipe de la Banque Mondiale

- ☞ Docteur Gaston Sorgho, TTL du projet
- ☞ Paul Jacob ROBYN, Coordonnateur de l'évaluation d'impact
- ☞ Mario NAVARETTE, consultant international pour l'enquête ménage
- ☞ Omer ZANG, consultant international pour l'enquête auprès des Formations Sanitaires

L'Equipe du Ministère de la santé, de la population et de lutte contre le SIDA

- ☞ Docteur Philémon MBESSAN, Directeur des Etudes et de planification ;
- ☞ Nick LASSET BICKOO, Chef de service des Statistiques démographiques ;
- ☞ Docteur MBAIKOUA Jean Michel, Consultant référant médical pour l'enquête ;
- ☞ Léon KOYADONDRI, Coordonnateur du Projet PASS

Pour plus d'information contacter : Paul Robyn,
probyn@worldbank.org
www.worldbank.org

Page de couverture : Photographie d'un enquêteur dans un ménage à sur l'axe Mbré

Auteur : Gervais Chamberlin YAMA

Les vues exprimées dans ce rapport ne reflètent en aucun cas l'opinion officielle des donateurs

Remerciement

Le présent rapport de l'étude de Base pour le Financement Basée sur le Résultat (FBR) est le fruit des contributions de diverses personnes et partenaires impliqués dans les différentes phases du déroulement de l'enquête.

Nous tenons à remercier vivement les équipes de l'évaluation d'impact de la Banque Mondiale et l'équipe du bureau national, l'équipe de Ministère de la santé de la RCA et celle de l'unité de gestion du Projet d'Appuis au Système de santé (PASS) pour leur implication et leur contribution au bon déroulement de ce travail, ainsi que les superviseurs, enquêteurs et agents de saisie pour la rapidité et la qualité du travail accompli dans les délais malgré le nombreux déficit auxquels nous sommes confrontés.

Ces remerciements vont également à l'endroit de toutes les structures que nous avons eu l'occasion de rencontrer dans le cadre de ce travail et plus particulièrement à toutes celles qui ont eu la gentillesse de faciliter le travail des enquêteurs sur le terrain.

Les auteurs adressent leurs remerciements à tous les ménages qui ont fait part d'une grande disponibilité pour répondre à nos questions et pour lequel sans eux ce travail n'aurait pu être possible. Nous espérons que le travail réalisé, permettra de cibler au mieux les actions d'assistance.

Nous ne saurons terminer sans remercier tous les autres collègues et partenaires, qui ont bien voulu alimenter les analyses et réflexions et enrichir ce document de leurs commentaires et observations.

Enfin, cette enquête n'aurait pu aboutir sans les contributions des nombreux collègues, à savoir Léon KONYANDORI, Paul Jacob ROBYN, Omer ZANG, Mario NAVARETTE pour leur appui technique dans la mise en œuvre de cette enquête. Nous tenons également à remercier Dr Gaston SORGHU pour sa directive et soutien à cette étude de même que Damien de Walque, principal investigateur de l'évaluation d'impact du PBF pour la Centrafrique et le Cameroun pour sa direction scientifique de l'ensemble de l'étude.

Acronymes

BCG	Bacille Calmette Guérin
BM	Banque Mondiale
CDE	Convention relative aux Droits de l'Enfant
CPN	Consultation Prénatale
CS	Centre de Santé
DEP	Direction des Etudes et de Planification
DIU	Dispositif Intra Utérin
DTCoq	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche
FCFA	Francs de la Communauté Financière d'Afrique
FOSA	Formation Sanitaire
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat

MICS2	Multiple Indicators Cluster Survey (Enquête par grappes à Indicateurs Multiples) de 2000
MICS3	Multiple Indicators Cluster Survey (Enquête par grappes à Indicateurs Multiples) de 2006
ND	Non Déclaré
NSP	Ne Sait Pas
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PASS	Projet d'Appui au Système de Santé
PBF	Financement Basé sur la Performance
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PS	Poste de Santé

RCA	République Centrafricaine
RS	Région Sanitaire
RS2	Région Sanitaire 2
RS3	Région Sanitaire 3
RS4	Région Sanitaire 4
RS6	Région Sanitaire 6
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquis
SME	Sommet Mondial pour l'Enfance
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SPSS	Statistical Package for Social Science
SRO	Sels de Réhydratation par voie Orale
TRO	Thérapie de Réhydratation par voie Orale
TSL	Technicien Supérieur de Laboratoire

TSS	Technicien Supérieur de Santé
VAT	Vaccin Antitétanique
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZP	Zone du Projet

Sommaire

Remerciement.....	ii
Acronymes.....	iii
Sommaire	vii
Liste des tableaux et Graphiques	x
Tableaux.....	x
Graphique	xii
Résumé analytique	xiii
Chapitre 1 : Cadre général de l'étude	18
1.1 Contexte, Objectif.....	18
1.1.1 Contexte Général de l'étude	18
1.1.2 Objectifs de l'Etude	25
1.2. Enquête auprès des formations sanitaires.....	25
1.2.1 Plan de sondage	25
1.2.2 Différentes composantes et populations cibles	25
1.2.3 Instruments pour la Collecte des Données.....	27
1.2.4 Traitement des données	27
1.3 Enquête auprès des ménages.....	27
1.3.1 Population cible	27
1.3.2 Plan d'échantillonnage.....	27
1.3.3 Instruments pour la Collecte des Données.....	28
1.3.4 Traitement des Données.....	28
1.4. Indicateurs clés pour l'Analyse des Données	29
1.5 Taux de couverture.....	35
1.5.1 Volet Formation Sanitaire	35
1.5.2 Volet Ménage.....	35
Chapitre 2 : Caractéristiques des populations, de l'habitat.....	38
2.1 Conditions de vie	38
2.1.1 Caractéristiques de l'habitat	38
2.1.2 Hygiène et salubrité	41
2.1.3 Biens durables possédés par les ménages.....	43
2.1.4 Niveau de bien-être économique des ménages	44
2.2 Caractéristiques sociodémographiques	45
2.2.1 Structure par sexe et âge de la population.....	45
2.2.2 Taille et composition des ménages.....	46

2.2.3 Fréquentation scolaire et alphabétisation.....	47
2.2.4 Etat matrimonial	53
2.2.5 Ethnie et religion.....	54
2.3 Caractéristiques économiques	57
2.3.1 Situation d'activité	57
2.3.2 Statut de l'emploi et Branche d'activité des actifs occupés	58
Chapitre 3 : Demande des soins de santé	61
3.1 Etat de santé des populations	61
3.1.1 Etat nutritionnel des enfants de moins de 5 ans	61
3.1.2 Perception des populations sur leur état de santé actuel.....	65
3.1.3 Prévalence des handicaps et des maladies chroniques.....	66
3.2 Morbidité au cours des quatre dernières semaines et recherche des soins	70
3.2.1 Prévalence des maladies.....	70
3.2.2 Dépenses liées aux soins.....	73
3.3 Utilisation des services de santé infantile	75
3.3.1 Couverture vaccinale chez les enfants, complémentation en vitamine A	75
3.3.2 Supplémentation des enfants en vitamine A.....	80
3.3.3 Protection contre le tétanos néonatal.....	82
3.3.4 Prévention contre le paludisme chez les enfants	85
3.3.5 Prise en charge de la diarrhée	86
3.4 Utilisation des services de santé maternelle	88
3.4.1 Demande de soins prénatals.....	89
3.4.2 Utilisation des soins liés à l'accouchement et soins postnatals	96
3.5 Contraception et besoins non satisfaits	108
3.5.1 Prévalence contraceptive	108
3.5.2 Besoins non satisfaits.....	111
Chapitre 4 : Disponibilité de service de santé	115
4.1 Disponibilité des Infrastructures	115
4.2 Hygiène et sécurité des soins dans les FOSA.....	117
4.3 Moyens de communication et de transport pour la référence.....	120
4.4 Ressource Humaine	122
4.4.1 Présence du personnel au lieu de travail.....	122
4.4.2 Niveau d'étude et qualification des personnels soignants.....	123
4.4.3 Motivation salariale	125
4.5 Dotation en équipements et matériels	126
4.5.1 Equipement d'examen clinique	126

4.5.2 Equipement de vaccination	129
4.5.3 Matériel de stérilisation.....	129
4.3.4 Matériels des soins prénataux.....	130
4.5.5 Matériel pour accouchement	131
4.5.6 Matériel de laboratoire.....	132
4.6 Disponibilité de médicament.....	135
4.6.1 Médicaments de base	135
4.6.2 Stock d'antipaludéens.....	138
4.6.3 Stock de vaccins PEV disponibles.....	139
4.6.4 Stock de médicaments pour les soins obstétricaux.....	140
4.6.5 Stock de contraceptifs.....	141
4.7 Capacité des laboratoires d'analyse	144
4.8 Système National d'Information Sanitaire	145
4.9 Mise en œuvre de la stratégie avancée.....	146
4.9.1 Stratégie avancée pour la Vaccination	146
4.9.2 Stratégie avancée pour les Soins liés à l'accouchement et les soins post-partum	147
Chapitre 5 : Qualité des soins de santé et satisfaction des usagers	150
5.1 Qualité des soins de santé.....	150
5.1.1 Connaissances cliniques théoriques	150
5.2.2 Qualité observée des soins	155
5.2 Satisfaction des clients interviewés dans les FOSA	159
5.2.1 Satisfaction des clientes venues en CPN.....	159
5.2.2 Satisfaction des clients en consultation des moins de 5 ans.....	161
5.2.3 Satisfaction des clients à la sortie de consultation de plus de 5 ans.....	161
5.3 Satisfaction des clients interviewés dans les ménages	162
5.3.1 Consultation curative des moins de 5 ans	162
5.3.2 Consultation curative des plus de 5 ans	162
5.4 Différence entre les points de vue exprimés dans les ménages et ceux exprimés à la sortie de consultation.....	163
Difficulté et Recommandation	164
A. Difficulté	164
B. Recommandation	168
C. Quelques limites des informations collectées.....	168
Conclusion	I

Liste des tableaux et Graphiques

Tableaux

Tableau 2.1: Répartition des ménages selon les matériaux du sol, du mur et de la toiture du bâtiment principal.....	39
Tableau 2.2: Répartition des ménages selon les principales sources d'énergie d'éclairage et de cuisson	40
Tableau 2.3 Répartition des ménages ordinaires selon la principale source d'approvisionnement en eau de boisson le type de toilette utilisée et le mode de traitement des ordures.....	42
Tableau 2.4.: Répartition des ménages selon les biens durables possédés.....	43
Tableau 2.5 : Composition des ménages: sexe du chef de ménage, nombre des membres des ménages, taille moyenne	46
Tableau 2.6: Pourcentage d'individus de 5 ans et plus ayant fréquenté, répartition par niveau d'instruction et nombre moyen d'années complétées	48
Tableau 2.7: Alphabétisation: pourcentage des individus de 15 ou plus alphabétisés	51
Tableau 2.8: Répartition des individus de 15 ans et plus par statut matrimonial selon certaines caractéristiques	53
Tableau 2.9: Répartition des individus enquêtés par ethnie selon la région et le sexe.....	56
Tableau 2.10: Situation d'activité des individus de 5 ans et plus au cours des 30 derniers jours selon certaines caractéristiques.	57
Tableau 2.11: Répartition des actifs de 15 ans et plus selon le statut dans l'emploi et selon la branche d'activité.....	59
Tableau 3.1: Pourcentage d'enfants âgés de 0-59 mois qui sont sévèrement ou modérément malnutris	63
Tableau 3.2: Perception de la population sur leur état de santé actuel	65
Tableau 3.3: Pourcentage des individus souffrant de handicaps ou de maladies chroniques au moment de l'enquête.....	67
Tableau 3.4: Pourcentage des individus malades ou présentant des symptômes durant les 4 dernières semaines précédant l'enquête et répartition des individus malades selon la durée de la maladie.....	71
Tableau 3.5: Dépense moyenne et niveau de dépense effectuée par les ménages pour les individus malade au cours des 4 dernières semaines	74
Tableau 3.6: Pourcentage d'enfants de 12-23 mois vaccinés et ayant reçu tous les vaccins PEV avant leur 1er anniversaire selon les sources d'information	76
Tableau 3.7: Couverture vaccinale: pourcentage d'enfants de 12-59 ayant été vacciné à un moment quelconque.....	79
Tableau 3.8: Couverture vaccinale: pourcentage d'enfants de moins de moins de 3 ans ayant reçu la vitamine A.....	81
Tableau 3.9: Protection contre le tétanos néonatal: pourcentage des naissances des 24 derniers mois dont la mère est vaccinée contre le tétanos néonatal, nombre de vaccins VAT reçus	83
Tableau 3.10: Prévention du paludisme: pourcentage d'enfants ayant dormi sous moustiquaire la nuit dernière, pourcentage par type de moustiquaire.....	85
Tableau 3.11: Enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée : pourcentage d'enfants traités à base du sel de réhydratation orale, prise d'eau durant la diarrhée, pourcentage d'enfants amenés dans une FOSA pour chercher des soins.....	87
Tableau 3.12 : Répartition des femmes de 15-49 ans suivant le nombre de grossesses durant les 24 derniers mois et selon l'issue de la grossesse	88
Tableau 3.13: pourcentage des cas de grossesses dans les 24 derniers mois où la femme a fait au moins une consultation prénatale dans une formation sanitaire.....	89
Tableau 3.14: répartition de grossesses des 24 derniers dont la femme a fait au moins une CPN dans une FOSA selon le type de personnel de sante	91

Tableau 3.15: répartition des grossesses des 24 derniers mois où la femme au moins une consultation selon le lieu, les mois du début et de fin de consultations prénatales et le nombre de visites prénatales.....	94
Tableau 3.16: répartition en pourcentage des naissances au cours des 24 derniers mois selon le lieu d'accouchement.....	98
Tableau 3.17: répartition en pourcentage des naissances des 24 derniers mois ayant lieu dans les FOSA selon le personnel qui a aidé à l'accouchement.....	102
Tableau 3.18: Répartition en pourcentage des cas de grossesse des 24 derniers mois où la femme a fait des contrôle postnatals.....	106
Tableau 3.19: Pourcentage des femmes de 15-49 ans mariées ou en union qui utilisent une méthode contraceptive.....	110
Tableau 3.20: Pourcentage des femmes enceintes de 15-49 ans enceintes ayant des s besoins de contraception non satisfaits.....	112
Tableau 4.1 : Répartition des formations sanitaires par région et droit de propriété selon le niveau	116
Tableau 4.2 : Répartition des formations sanitaires selon les conditions de sécurité et d'hygiène... ..	118
Tableau 4.3 : Répartition en pourcentage des formations sanitaires selon la possession des moyens de communication et de transport pour la référence	121
Tableau 4.4 : Répartition du personnel soignant présent le jour de l'enquête par formation sanitaire selon la région	122
Tableau 4.5 : Répartition du personnel soignant selon le niveau d'instruction le plus élève.....	123
Tableau 4.6: Répartition des formations sanitaire selon le nombre du personnel de santé qualifié.	124
Tableau 4.7: Proportion des agents de santé ayant toujours perçu la totalité de leur salaire au cours des 12 derniers mois	125
Tableau 4.8: Répartition en pourcentage des FOSA selon le nombre de matériels d'examen cliniques possédés.....	127
Tableau 4.9: Répartition en pourcentage des FOSA disposant d'équipements pour les activités de vaccination	129
Tableau 4.10: Répartition en pourcentage des FOSA selon le nombre de matériels de stérilisation possédés.....	130
Tableau 4.11: Répartition en pourcentage des FOSA selon le nombre de matériel de base pour la CPN	130
Tableau 4.12: Répartition en pourcentage des FOSA selon le nombre de matériels de base pour accouchement.....	131
Tableau 4.13: Répartition en pourcentage des FOSA selon le nombre de matériels de laboratoire possédés.....	133
Tableau 4.14: Répartition en pourcentage des FOSA selon le nombre de stocks de médicaments de base disponibles	136
Tableau 4.15: Répartition en pourcentage des FOSA selon le nombre de stocks d'antipaludéens disponibles.....	138
Tableau 4.16: Répartition en pourcentage des FOSA selon le nombre de stocks de vaccin PEV disponibles.....	139
Tableau 4.17: Répartition en pourcentage des FOSA selon le nombre de stock des produits pour les soins obstétricaux.....	140
Tableau 4.18: Répartition en pourcentage des FOSA selon le nombre de stock de contraceptifs disponibles.....	142
Tableau 4.19: Pourcentage des FOSA capables de réaliser les tests de laboratoire pour la paludisme, la tuberculose, le VIH/SIDA et la numération globulaire	145
Tableau 4.20: Répartition en pourcentage des FOSA disposant des rapports à jour du système d'information sanitaire pour le dernier mois écoulé	145
Tableau 4.21: Proportion des FOSA qui implémentent la stratégie avancée pour les activités de vaccination,	147

Tableau 4.22: Proportion des FOSA ayant réalisé la sensibilisation communautaire sur les soins de santé maternelle au cours des six derniers mois	148
Tableau 5.1: Score moyen de connaissance théorique en vaccination et diagnostic de certaines maladies d'enfance (moins de 5 ans)	152
Tableau 5.2: Score moyen de connaissance théorique en santé maternelle	154
Tableau 5.3: Score moyen de qualité observée pour la consultation générale des moins de 5 ans .	156
Tableau 5.4: Score moyen de qualité observée en cas de diarrhée chez les moins de 5 ans.....	157
Tableau 5.5: Score moyen de qualité observée en cas de toux chez les moins de 5 ans	157
Tableau 5.6: Score moyen de qualité observée en cas de fièvre chez les moins de 5 ans	157
Tableau 5.7: Score moyen de qualité observée pour la prescription chez les moins de 5 ans.....	158
Tableau 5.8: Score moyen de qualité observée -consultation prénatale	159
Tableau 5.9: Score moyen de satisfaction des clientes en CPN	160
Tableau 5.10: Score moyen de satisfaction globale pour la consultation curative des moins de 5 ans	161
Tableau 5.11: Score moyen de satisfaction globale pour les consultations curatives des plus de 5 ans	161
Tableau 5.12: Score moyen de satisfaction des clients de moins de 5 ans interviewés dans les ménages sur les consultations curatives.....	162
Tableau 5.13: Score moyen de satisfaction des clients de plus de 5 ans interviewés dans les ménages sur les consultations curatives	163

Graphique

Figure 1: Préfectures sanitaires couvertes par l'enquête	24
Figure 2 : Répartition des ménages selon le quintile de bien-être	44
Figure 3:Pyramide des âges.....	45
Figure 4 : Répartition des individus de 15 ans et plus par religion selon la région et le sexe .	54
Figure 5 Répartition des individus souffrant de maladies chroniques ou de handicaps par type de maladie et de handicap	69
Figure 6 : Pourcentage de grossesses dont la femme n'a pas sollicité les soins prénatals selon les raisons.....	96
Figure 7 : répartition des accouchements n'ayant pas lieu dans une formation sanitaire selon les raisons.....	105
Figure 8 : Répartition des femmes ayant été enceintes dans les 24 derniers mois précédant l'enquête et qui n'ont fait de contrôle postnatals selon les raisons.....	107

Résumé analytique

Les systèmes de soins de santé dans les pays en développement sont actuellement soumis à un processus de réforme. Bien que les situations diffèrent d'un pays à l'autre, ce processus de réforme de système de soins de santé se traduit essentiellement par des efforts visant l'amélioration de l'efficacité du système et de l'égalité d'accès aux soins de santé pour les populations.

Afin de réaliser des réformes importantes qui assurent l'amélioration de la couverture de soins de base en santé maternelle et infantile, le gouvernement centrafricain avec l'appui de la Banque Mondiale conduit la présente étude qui va permettre d'une part d'établir les indicateurs de base pour la mise en œuvre de Projet d'appui au Système de Santé (PASS) et d'autre part d'accompagner les structures sanitaires vers une nouvelle méthode de gestion notamment le Financement Basé sur les Résultats (FBR), une approche pour l'amélioration efficace du système de santé. Aux termes de cette étude, la question de l'extension de l'approche sur l'étendue du territoire national connaîtra une réponse basée sur les évidences.

Couverture de l'enquête : Un bon taux de couverture est observé tant pour l'enquête auprès de ménage (95%) que celle auprès des FOSA (98%) ;

Conditions de vie des ménages

Un peu plus de trois quart des murs des bâtiments des ménages sont construit à base de briques non cuites, 88,3% des toits sont recouverts de paille/bambou et 93,6% des planchers des maison sont revêtus de terre. Seulement 6% des ménages utilisent l'électricité comme principale mode d'éclairage ; cependant 97,4% des ménages utilisent les bois de chauffe comme principale source d'énergie pour la cuisson. La principale source d'eau de boisson des ménages est le forage (44,2%), cependant l'eau salubre est utilisée par 57,0% des ménages. La majorité des ménages utilise soit les latrines traditionnelles creusées dans le sol sans dalle (57%), soit se soulagent dans la nature (37%) et les ordures ménagères sont le plus souvent jetées dans une fosse (29%), ou dans la nature (28%). La houe (88,5%) constitue le bien immobilier le plus répandu dans les ménages, 85,6% disposent d'un terrain ou d'un champ et la majorité (44,5%) élève les volailles. Parmi ces ménages, Environs (37%) sont ceux qui appartiennent au groupe des pauvres et des plus pauvres selon les quintile de richesse.

Caractéristiques sociodémographiques des ménages

La structure par âge et par sexe du ménage enquêté est sensiblement semblable à la structure des pays en développement. Les chefs de ménages sont majoritairement des hommes (85,9%) et la taille moyenne des personnes par ménage est de 4,8. Environs 8 personnes sur dix (81,4%) ont un niveau d'étude primaire et que le pourcentage à ce niveau d'étude est plus élevé (88,1%) à l'intérieur de sexe féminin mais cette proportion diminue au fur et à mesure dans les niveaux d'étude supérieur à celui-ci. L'union libre constitue le principal statut matrimonial des ménages (62,9%). Cependant du point de vue religieuse, on note une prédominance des chrétiens (92,1%).

Caractéristiques Economique des ménages

Globalement, le taux d'activité de la population de 5 ans et plus au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête est de 75% dont 74,5% sont des actifs occupés, 25,4% des inactifs. Cependant le taux de chômage (0,5%) est nettement faible. Les ménages, dans la plus part des cas travaillent à leur propre compte (79,3%) et la majeure partie sont dans les activités agro-pastorale (76,0%).

Droit et propreté, Hygiène et sécurité dans FOSA

Les FOSA appartient majoritairement (85,2%) à l'Etat quelque soient les niveaux des pyramide Sanitaire. 81,2% disposent d'une Boite de sécurité pour jeter les objets tranchants ; 26,8% ont le lavabo avec source d'eau et du savon ; 30,5% disposent de l'Eau, du savon et serviette dans la salle d'examen du patient ; 74,6% ont des Dispositif d'élimination de déchets biomédicaux ; et 73,2% quant à eux disposent d'une toilette fonctionnelle propre.

Moyen de communication et de transport dans les FOSA

Les équipements de communication sont repartis entre les niveaux des FOSA : le téléphone portable est utilisé dans environs un dixième des postes de santé (10,3%) tandis que les RADIO CODAN constituent le moyen de communication le plus utilisé dans les centres de santé (16,1%) et les Hôpitaux (64,3%). Le moyen de transport pour le transfert de patients à un centre de référence est presque inexistant dans les FOSA : 3,7% utilisent les ambulances surtout les hôpitaux et 2,6% font usage de moto.

Ressource Humaine des FOSA

Dans l'ensemble, 89,8% des personnels de santé - toutes catégories confondues – étaient présents le jour de la collecte. Parmi ce personnel présent, environ 21,1% des personnels de sexe féminin. Au niveau opérationnel, le personnel soignant qualifié, tout type confondu, est concentré exclusivement dans les hôpitaux (33%), les centre de santé (66%) et ils sont presque inexistant dans les Postes de santé. Au total 129 personnels qualifiés ont été dénombré sur 2482 dans la zone du projet.

Dotation en matériel et équipement

Moins de la moitié (39,9%) des FOSA disposent de l'ensemble de matériel de base pour la consultation prénatale ; L'existence du matériel de base pour l'accouchement est dangereusement faible dans l'ensemble (1,7 %) des FOSA quel que soit le niveau de la de pyramide sanitaire ; Environ 61% des FOSA disposaient de l'équipement nécessaire à la conduite des activités du programme élargi de vaccination ; en outre, les proportions des FOSA disposant l'ensemble de ces matériels d'examen clinique sont très médiocres (16,8 %). Cependant, Le matériel de base pour l'analyse de laboratoire sont inexistant : Environ 96,9% de l'ensemble de la zone du d'étude ne disposent pas tous les matériels de base du laboratoire.

SNIS : Globalement, 49,3% des FOSA disposaient d'une copie de leur rapport SNIS complètement rempli, pour le mois précédent la collecte. Dans le cas spécifique des activités

de vaccination, 43% des établissements de santé parviennent dans les temps à s'acquitter de la tâche de remplissage des registres y afférents.

La vaccination, implémentation d'une stratégie avancée pour la vaccination

Plus de la moitié (62,1%) des structures sanitaires offrent le service de la vaccination ; moins de la moitié (47%) des FOSA ont affirmé mener des activités de vaccination dans la communauté et seulement un peu plus d'un tiers des FOSA (33,6%) dispose d'un plan de sensibilisation sur la vaccination. Bien que le service de vaccination soit fourni par plus de six FOSA sur dix, plus de la moitié des structures ne tiennent pas des registres y afférents.

Capacité de réalisation des tests de laboratoire

Très peu de formations sanitaires disposent de la capacité de réaliser les tests de laboratoire. Le test de numération formule sanguine n'est disponible que dans 5% des FOSA ; Le frottis sanguin pour la recherche du germe du paludisme est réalisé par un tiers des FOSA couvertes par l'enquête ; Le test de dépistage de la tuberculose n'est effectué que dans 12% environ des FOSA ; le test de dépistage du VIH est disponible dans 22% des FOSA ; La recherche des parasites intestinaux dans les selles est un peu plus répandue et s'effectue dans 161 FOSA sur 351, soit 45,9%.

Disponibilité des médicaments

Sur l'ensemble des FOSA visitée, seules 13% des FOSA ont tous des vaccins du PEV en stock ; Sept molécules les plus réputées, assez diversifiées selon leur fonction, ont été utilisées comme traceurs de la disponibilité des médicaments usuels lors de la collecte. En moyenne 4 molécules étaient disponibles dans les stocks de l'ensemble des FOSA au moment d'enquête et très peu de FOSA (11%) possédaient l'ensemble des 7 produits.

Dans l'ensemble, 4% des Fosa disposent du kit (la quinine, deux traitements associés à base d'artémisine (Artésunate+ amodiaquine et Artésunate+ luméfántrine) et le Fansidar) et en moyenne deux antipaludéens sont disponibles à leur sein. Cependant, un seul type de contraceptif (le préservatif) est disponible en stock dans les CS et aucun contraceptif dans les postes de santé. Contrairement aux hôpitaux où l'on trouve un ou tout au plus deux autres types de contraceptifs s'ajoutent à leurs seins.

Couverture vaccinale chez les enfants et supplémentation en vitamine A

Dans la zone du projet, environ 7 % des enfants de moins de 12-59 mois ont reçu tous les vaccins PEV (BCG, Polio, Penta, Rougeole, Fièvre jaune, PNEUMO). Rares sont les enfants entièrement vaccinés avant leur premier anniversaire : la proportion d'enfant de 12-23 mois totalement vaccinés avant un an se situe autour de 2%. Cette proportion est de 7,5% si l'on considère les informations tirées de carnet.

Concernant la supplémentation **des enfants en vitamine A**, un peu plus de la moitié (53,5%) des enfants de moins de trois ans ont reçu la première dose et environ 35,5% ont bénéficié d'une deuxième dose.

Prévention contre le paludisme chez les enfants par l'utilisation des moustiquaires

64% des enfants de moins de 5 ans ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'interview. Toutefois, seulement 38% de l'ensemble des enfants ont dormi sous moustiquaire imprégnée.

Prise en charge de la diarrhée

Près de 6% des enfants ont souffert de la diarrhée au cours des 4 dernières semaines précédant l'enquête. S'agissant des soins, moins de trois enfants sur dix ayant souffert de la diarrhée (26,7%) pendant les 4 dernières semaines ont reçu un traitement à base de SRO. Et que, la prise en charge dans une formation sanitaire de la diarrhée est moins fréquente (20,5%), elle se fait à la maison dans la majorité des cas (60,6%).

Demande de soins prénatals, soins liés à l'accouchement et soins postnatals

Les femmes enceintes, venus en consultation prénatale au moins une fois, ont été consultées par un personnel de santé qualifié dans près de la moitié des cas (49,6%) et par un agent de santé communautaire dans 24% des cas durant les 24 mois précédant l'enquête.

Toutefois, parmi celles qui ont consulté un personnel qualifié dans les FOSA, il n'y a pas trop d'écart entre les femmes qui ont fait la CPN 1 (63,0%) et celle qui celle qui viennent en Quatrième Consultation prénatal CPN4 (62,0 %).

Il est à noter que le refus de se faire consulter pendant la période prénatale reste encore une pratique assez répandue dans la zone du projet. En effet, 23% des grossesses n'ont fait l'objet d'aucune consultation ni par un agent de santé qualifié, ni par un agent communautaire ou une matrone traditionnelle. Les raisons le plus souvent évoquées par ces femmes sont relatives à la difficulté financière (67%), l'éloignement des formations sanitaires (32%) et corrélativement le problème de transport (8%).

Parmi les femmes qui ont sollicité des examens prénatals dans une structure de santé formelle, à peine 1% ont été visitées par un médecin, environ 40% par une sage-femme ou un infirmier accoucheur, 23% par un infirmier ou une assistante de santé, soit un taux de 63% pour le personnel qualifié ; les agents de santé communautaire couvrent presque 37% des consultations prénatales.

Pour ce qui est de soins ***postnatals***, Les résultats prouvent le recours aux soins après accouchement est une pratique peu courante chez les femmes ; on note près de 27% des femmes ayant accouché ont réalisé une visite postnatale.

Nutrition :

Environ 15% des enfants souffrent d'insuffisance pondérale modérée et 8% sont affectés par la forme sévère de cette malnutrition, soit un pourcentage global de malnutrition de 23% dans la zone du projet. Le retard de croissance ou la malnutrition chronique touche environ 21% des enfants quel que soit sa forme. L'émaciation est le type de malnutrition la moins répandue ; elle affecte, dans sa forme modérée, 5% des enfants de moins de cinq ans et 3,4% sous sa forme sévère.

Qualité des soins

La qualité des soins se mesure par L'observation directe qui porte principalement sur la consultation des moins de 5 ans pour un nouvel épisode morbide, les femmes venues en première consultation prénatale et la consultation des 5 ans et plus. Les faits observés concernent la consultation générale curative, les consultation et soins en cas de la diarrhée, de la toux, de la fièvre chez les moins de 5 ans ainsi que le déroulement du protocole de CPN et la prescription des médicaments. Comme précédemment, la note de 1 a été attribuée pour chaque acte correctement posé par l'agent de sante et la note de 0 pour chaque acte omis. Les scores obtenus ont été par la suite normalisée sur une échelle de 0 à 100.

L'analyse montre que le niveau de score de la qualité des consultations curatives des moins de 5 ans observées est en deçà de la moyenne quel que soit le niveau de formation sanitaire, le score de qualité générale est d'environ 42 sur 100. Cependant, **en matière de rescription de médicaments au malade**, la qualité observée est de 56 sur 100 dans l'ensemble. **Quant à la Consultation prénatale**, moins de la moitié des actions, faits et gestes médicaux relatifs à la première CPN sont effectivement posés dans les FOSA de la zone du projet. le score de qualité est dans l'ensemble 38,7 sur 100.

Satisfaction globale des Usagers

Les patients interrogés dans les Fosa sont beaucoup plus satisfait que ceux interrogé dans les ménages en ce qui concerne le soin curatif. En effet quelque soient les régions ou le niveau de la pyramide sanitaire le score de niveau de satisfaction des usagés interrogés dans les Fosa est au moins 60 sur 100. L'écart de pourcentage est d'au moins 30 point quelles que soient les régions ou les niveaux des Fosa. Cependant le score moyen de satisfaction des femmes venu en consultation prénatale est de 66 sur 100 dans toute la zone d'étude.

Chapitre 1 : Cadre général de l'étude

1.1 Contexte, Objectif

1.1.1 Contexte Général de l'étude

Le Gouvernement Centrafricain a fait de la santé l'une de ses grandes priorités. C'est dans ce cadre qu'il s'est doté d'un Plan de Développement Sanitaire (PNDS 2006-2015) avec des orientations fondées sur les soins de santé primaires et initiative de Bamako.

Par ailleurs, le pays a souscrit aux déclarations et résolutions qui sous-tendent la politique et les stratégies en matière de santé. Sur le plan international, on note entre autres les engagements suivants :

- le Forum Panafricain sur les Enfants (2000)
- la Déclaration finale des Ministres de la Santé de la Zone Franc à Abidjan en 1994 sur les médicaments essentiels ;
- les recommandations des grandes conférences internationales telles que celle du Caire (CIPD, 1994) ;
- le Sommet mondial de L'Enfant tenu à New -York en 1990 ;
- la convention des droits des enfants ;
- les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) ;
- l'initiative de Bamako en 1987 ;
- la Déclaration d'Alma Ata de 1978 sur les Soins de Santé Primaires.

Sur le plan national, des textes législatifs et réglementaires ont été pris pour orienter les interventions dans le secteur de la santé dont entre autre :

- le Document de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté I (DSRP1 2008-2010) ;
- le cadre stratégique de lutte contre le SIDA (2007-2010) ;
- la feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale (2004-2015)
- la politique et la stratégie en matière de prévention de la transmission du VIH des parents à l'enfant (PTPE) ;
- la Politique Nationale de Santé de la Reproduction (PNSR, 2003) ;
- le document définissant les normes en matière de la pratique de Santé de la Reproduction (SR 2003) ;
- Les Arrêtés N° 111 et 112 du 30 mai 1997, qui modifient l'Arrêté N° 0207 du 30 juillet 1994 relatif à la création, à l'organisation et au fonctionnement des Conseils et Comités de Gestion des hôpitaux régionaux et préfectoraux, des centres et postes de santé.
- L'Arrêté N° 254 du 22 septembre 1995 qui modifie et complète les dispositions de l'Arrêté N° 0392 du 24 septembre 1988 portant création des structures et organes des Soins de Santé Primaires ;
- Le Décret N° 94.186 du 28 mai 1994 qui porte création de l'Unité de Cession du Médicament pour l'approvisionnement, le stockage et la distribution des Médicaments essentiels sous le nom générique ;

- Le Décret N° 94.336 du 29 septembre 1994 qui porte tarification des prestations des établissements publics de santé en RCA ;
- L'Arrêté N° 238 du 8 septembre 1994 qui accorde aux centres de santé et postes de santé l'autorisation de fonctionner en autonomie partielle de gestion.

Les efforts jusque là consentis pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant semblent être insuffisants ou annihilés par les effets des crises récurrentes qu'a connues le pays au cours des quinze dernières années car peu de progrès ont été réalisés dans ce sens. Si l'on se réfère à la mortalité, l'on peut croire que **le pays n'est pas sur la voie d'atteindre les OMD relatifs à la santé.**

En effet, depuis plus de dix ans, on note une recrudescence de la mortalité des enfants. Le niveau de la mortalité infantile est passé de 97 pour 1000 en 1995 (EDS, 1994-1995) à 132 pour 1000 en 2003 (RGPH, 2003), 106 pour 1000 en 2006 (MICS 2006) pour atteindre 116 pour 1000 en 2010. La mortalité infanto-juvénile est passé de 157 pour 1000 en 1995 (EDS, 1994-1995) à 220 pour 1000 en 2003 (RGPH, 2003), 176 pour 1000 en 2006 (MICS, 2006) et 179 pour 1000 en 2010.

Les zones rurales présentent un tableau plus sombre par rapport aux zones urbaines. Ainsi, la mortalité infantile est de 116 pour 1000 dans les zones urbaines contre 141 pour 1000 dans les zones rurales en 2003 (RGPH, 2003) et de 100 pour 1000 dans le milieu urbain contre 126 pour 1000 dans le milieu rural en 2010 (MICS 2010). De même, la mortalité infanto-juvénile qui est de 126 pour 1000 dans le milieu urbain contre 199 pour 1000 dans le milieu rural en 2006, est passé en 2010, à 146 pour 1000 dans le milieu urbain contre 199 en milieu rural.

Dans les neuf préfectures que couvre la zone du projet, la situation est similaire. De 2003 à 2010, le niveau de mortalité infantile y est resté supérieur ou égal à 110‰ avec des pics dans la Basse-Kotto en 2003 (175 pour 1000) et en 2010 (150 pour 1000).

	Mortalité infantile(‰)			Mortalité infanto-juvénile (‰)		
	RGPH 2003	MICS 2006	MICS 2010	RGPH 2003	MICS 2006	MICS 2010
Mambéré Kadéï	123	130	129	202	219	206
Sangha Mbaéré	141	96	115	238	157	177
Ouham Pende	138	99	125	233	162	198
Ouham	163	132	127	284	223	202
Kemo	148	131	117	253	220	181
Nana Gribizi	159	122	110	275	206	163
Ouaka	146	104	109	248	172	167
Mbomou	138	125	118	232	210	182
Basse-Kotto	175	127	150	309	212	250
RCA	132	106	116	220	176	179

Urbain	116	79	100	126	146
Rural	141	119	126	199	199

S'agissant de la mortalité maternelle, la tendance est régulièrement à la hausse. Le niveau est passé de 683 décès pour 100000 naissances vivantes en 1988 (RGPH, 1988) à 948 en 1995 (EDS, 1994/1995), 1335 en 2003 (RGPH, 2003) pour atteindre 596 en 2006 (MICS, 2006). Ces chiffres indiquent que le risque de décès encouru par les femmes enceintes demeure élevé en Centrafrique.

Par ailleurs, l'utilisation des services essentiels de santé maternelle et infantile et des services de santé de la reproduction demeure très faible, particulièrement dans les zones rurales. D'après l'enquête MICS 2010, 68% des femmes enceintes sont allées en consultation prénatale au niveau national. Ce pourcentage atteint 88% en milieu urbain contre 57% en milieu rural. L'assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié n'est pas généralisée: 53% des accouchement sont assistés par un personnel qualifié en 2003 (MICS, 2006) ; ce pourcentage est d'environ 54% en 2010 (MICS, 2010) . En milieu rural, ce taux est de 36% contre 83% dans les zones urbaines en 2006 (MICS, 2006) et de 28% contre 83% dans les milieux urbains en 2010 (MICS, 2010).

En ce qui concerne la protection contre les maladies d'enfance par la vaccination, le résultat est mitigé. Seulement 32% des enfants âgés de 12 à 23 mois en RCA ont reçu tous les vaccins PEV en 2006 (MICS 2006) , cet indicateur est de 13,1% en 2010 (MICS 2010)...	Accouchement conduit par un personnel qualifié (%)			Enfants de 12-23 mois complètement vaccinés (%)		
	EDS 1994-1995	MICS 2006	MICS 2010	EDS 1994-1995	MICS 2006	MICS 2010
Mambéré Kadéï		44,5	44,8		20,9	13,7
Sangha Mbaéré		64,6	55,1		33,3	13,3
Ouham Pende		53,4	45,8		16,4	6,2
Ouham		26,9	36,8		10,4	7,0
Kemo		39,8	46,6		21,8	10,5
Nana Gribizi		48,3	65,2		48,5	24,9

Ouaka	51,4	38,7	44,7	6,2		
Mbomou	48,0	56,5	14,5	8,4		
Basse-Kotto	20,2	23,6	29,4	12,5		
RCA	45,9	53,4	53,8	36,6	32,0	13,1
Urbain	77,7	82,5	82,9	56,1	45,8	22,7
Rural	23,7	35	38,1	22,1	22,9	8,0

Bien que le paludisme soit l'une des principales causes de morbidité et de la mortalité selon les statistiques sanitaires, sa prévention par l'usage de la moustiquaire imprégnée est en deçà de ce que l'on attend. Seulement 15% des enfants de moins de 5 ans en 2006 (MICS, 2006) et 36% en 2010 (MICS, 2010) ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide. Dans les zones rurales, l'utilisation des moustiquaires traitées est plus faible : les pourcentages des enfants ont passé la nuit précédant l'interview sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide en 2006 est de 9,9% (MICS, 2006) et 38% en 2010 (MICS, 2010). Parmi ceux qui ont eu la fièvre au cours des deux dernières semaines précédant l'interview, 37% ont été traités avec un antipaludéen approprié en 2006 (MICS, 2006) et 34% en 2010 (MICS 2010).

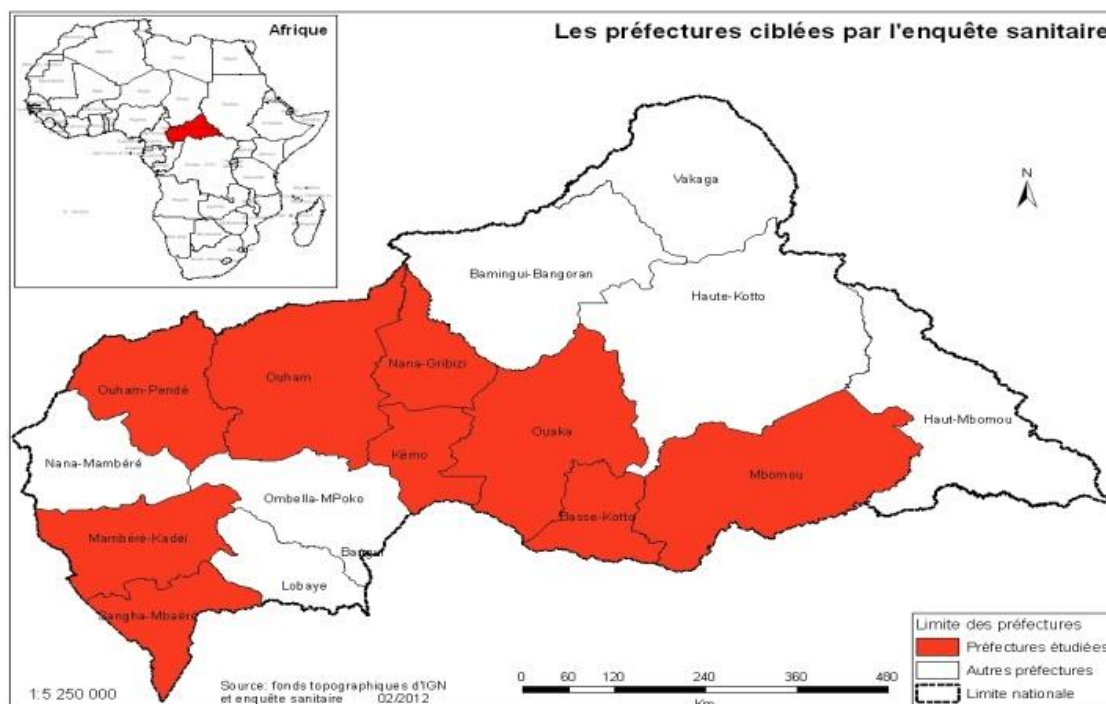
Le recours à la contraception moderne est faible dans l'ensemble : seulement 8,6% des femmes de 15-49 en union utilisent les contraceptifs modernes en 2006 (MICS, 2006) et 9,3% en 2010 (MICS, 2010).

Etant donné le contexte de la RCA où le secteur de la santé fonctionne mal, un Financement Basé sur la Performance (PBF) bien élaboré pourrait contribuer à résoudre certains des problèmes identifiés plus haut. Pour ce faire, il faudra :

- Améliorer l'adéquation entre les ressources et les priorités de santé maternelle et infantile en mettant un accent sur les indicateurs de prestation de services prioritaires.
- Permettre aux formations sanitaires de préserver les fonds PBF afin de les utiliser au niveau opérationnel, et leur donner une autonomie de gestion sur l'utilisation de ces fonds.
- Offrir des primes aux administrateurs de formation sanitaire et aux personnels de santé afin qu'ils étendent la couverture des principaux services de santé publique et en améliorent la qualité de ces services, à travers une corrélation entre les frais de service, les prestations de services et les indicateurs de qualité. En outre, il s'agit d'offrir des primes au personnel médical en liaison avec la performance de la formation sanitaire.
- Améliorer la gouvernance à travers le conseil et un meilleur contrôle de la performance, ainsi que l'octroi des primes.

Les expériences d'un certain nombre de pays africains dont le Rwanda permettent de croire que le Financement Basé sur la Performance (PBF) apparaît comme une approche salubre permettant de remédier aux problèmes que connaît la RCA. C'est ainsi que le Ministère de la Santé, de la Population et de la lutte contre le VIH/SIDA, grâce à l'appui de la Banque Mondiale, à travers le Projet d'Appui au Système de Santé (PASS) va piloter le PBF dans 9 préfectures que sont la MAMBERE-KADEI, la SANGHA-MBAERE, l'OUHAM, l'OUHAM-PENDE, la KEMO, La NANA-GREBIZI, la OUAKA, la BASSE-KOTTO et le MBOMOU.

Figure 1: Préfectures sanitaires couvertes par l'enquête



Source : enquête carte sanitaire

L'Une des caractéristiques du projet PASS est de prévoir une Évaluation d'Impact de la phase pilote dans les neuf (09) Préfectures Sanitaires afin de mesurer des changements dans la couverture des services de santé et de leur qualité à travers un certains nombre d'indicateurs.

L'étude de référence (Baseline) constitue une analyse situationnelle en vue de déterminer le niveau initial des indicateurs, ce qui permettra de mesurer périodiquement les progrès réalisés dans la mise en œuvre du projet. Elle est conduite :

- à travers une enquête dans 351 formations sanitaires des préfectures citées ci-dessus sur la période de février-mars 2012 afin d'apprécier les connaissances, les pratiques

du personnel vis-à-vis des patients et la gestion administrative, financière et matérielle des formations sanitaires ;

- et à travers une enquête auprès de 5464 ménages situés dans 112 communes des neuf (09) préfectures sanitaires.

1.1.2 Objectifs de l'Etude

L'objectif principal de cette étude est l'examen de la situation dans les neuf (09) Préfectures Sanitaires avant la mise en œuvre du projet PBF. De façon spécifique, il est question de déterminer le niveau initial des indicateurs afin de permettre:

(i) l'évaluation périodique du progrès réalisé vers l'atteinte des objectifs du projet FBR que sont l'amélioration de la couverture et de la qualité des services de santé maternelle et infantile (SMI);

(ii) l'identification des facteurs clés responsables de cet impact ;

(iii) l'évaluation du rapport coût-efficacité du PBF.

1.2. Enquête auprès des formations sanitaires

Plusieurs modules d'évaluation des formations sanitaires ont été appliqués à toutes les formations sanitaires de la zone de projet. Les questionnaires étaient déroulés de façon complète ou non selon certains critères d'éligibilité prenant en compte le niveau et le degré de fonctionnalité de la FOSA.

Toutes les visites des équipes d'enquêtes dans les formations sanitaires étaient inopinées, nonobstant le message d'information général ne précisant pas la date de passage qui leur a été adressé quelques jours avant le début de la collecte.

1.2.1 Plan de sondage

L'enquête auprès formations sanitaires a été menée dans toutes les formations sanitaires des 9 préfectures de la zone du projet.

1.2.2 Différentes composantes et populations cibles

L'enquête auprès des formations sanitaires comprend plusieurs composantes qui sont les suivantes.

Evaluation des formations sanitaires

Ce module visait à recueillir des données sur les principaux aspects de leur fonctionnement, ainsi que des aspects structurels de la qualité des soins. Les personnes interrogées pour ce module étaient celles en charge de la FOSA pendant le passage des enquêteurs. Les sujets d'enquête sont les suivants :

- Le personnel de la formation sanitaire, y compris le personnel en complément d'effectif, le personnel en service lors du passage de l'équipe et le personnel présent lors du passage des enquêteurs

- Les infrastructures et équipements de la FOSA
- La disponibilité des médicaments, consommables et stocks en FOSA
- La supervision
- La tenue des registres et envoi des rapports du système d'information et de gestion sanitaire
- La gestion de la formation sanitaire
- Les frais (paiements) exigibles officiels dans la FOSA
- Les recettes de la FOSA ainsi que l'usage qui en est fait

Personnel médical

Ce module a abordé les rubriques suivantes :

- Rôle et responsabilités de l'agent de santé interrogé
- Rémunération, y compris les retards dans le paiement des salaires ou primes
- Satisfaction et motivation du personnel
- Connaissances techniques sur la santé maternelle et infantile.

Un échantillon aléatoire stratifié d'un maximum de 4 agents de santé a été sélectionné dans chacun des 139 centres de santé et 13 hôpitaux. Les agents de santé éligibles pour l'interview comprennent les médecins, infirmières, sages-femmes, accoucheuses auxiliaires, et tout autre agent de santé fournissant des soins maternels et néonataux et curatifs. Dans les autres formations sanitaires (Postes de Santé et certains Centres de Santé) dont l'effectif du personnel soignant est inférieur à 5, tous les agents de santé éligibles sont interviewés.

Interaction patient-prestataire

Le présent module avait pour objectif de recueillir, par l'observation directe, des informations sur ce qui se passe réellement entre le personnel de santé et leurs clients.

Des séances de consultations ont été observées sur un échantillon aléatoire systématique de patients, d'un maximum de 5, âgés de moins de cinq ans, vu en consultation pour un problème de santé nouveau (et non pas pour des visites de suivi ou de routine), ainsi que les patientes de consultations prénatales. Ces enquêteurs, à l'aide d'un canevas structuré, ont consigné si les principales actions attendues ont été effectivement réalisées. Pour les patients de moins de cinq ans, l'accent a porté sur le respect des protocoles sur la prise en charge intégrée des maladies d'enfance (PCIME). Pour les clientes de la consultation prénatale (CPN), il s'est agit principalement d'examiner si les actions clés souhaitées (les conseils par exemple) sont exécutées.

Ce module a été principalement mené dans les Centres de Santé et les Hôpitaux.

Entretiens avec les patients à la sortie du centre de santé

Un échantillon aléatoire systématique maximum de 15 clients, dont ceux de moins de 5 ans et de CPN observés et des patients âgés de plus de 5 ans venus comme nouveaux cas de consultations curatives, sortant des FOSA après des soins, a été interviewé pour évaluer l'impression des patients sur la qualité des soins dans les formations sanitaires enquêtées. Les patients enfants ont été représentés par leurs accompagnants pour l'interview.

1.2.3 Instruments pour la Collecte des Données

Sept (7) types de questionnaires ont été utilisés. Il s'agit de :

- Questionnaire de l'évaluation des FOSA (F1) grâce auquel sont interrogés les responsables des établissements sur les principaux aspects fonctionnels et structurels de la qualité des soins ;
- Questionnaire personnels de santé (F2) permettant de recueillir les informations sur les connaissances théoriques ainsi que la motivation et la satisfaction du personnel ;
- Questionnaire observation directe CPN (F3) permettant de recueillir à titre principal, les informations sur l'exécution des actions clés attendues;
- Questionnaire observation directe de moins de 5ans (F4) en vue de constater le respect des protocoles sur la PCIME;
- Questionnaire interview en sortie de CPN (F5) recueillant les perceptions de la cliente sur la qualité des services en matière de consultation prénatales;
- Questionnaire interview en sortie de moins de 5ans (F6) recueillant les perceptions de l'usager sur la qualité des services en matière de consultation des moins de 5 ans ;
- Questionnaire interview en sortie de plus de 5ans (F7) à partir duquel sont recueillies les perceptions du patient par rapport sur la qualité des soins reçus.

1.2.4 Traitement des données

La saisie des données est centralisée ; les questionnaires remplis sont acheminés au bureau pour être saisis en salles. Ce travail a été effectué par 30 agents de saisie repartis en deux équipes travaillant alternativement dans la matinée et la soirée. Des procédures de contrôle ont été élaborées pour assurer la cohérence et la qualité.

1.3 Enquête auprès des ménages

1.3.1 Population cible

Les populations cibles de l'enquête auprès des ménages sont constituées des ménages ayant des femmes enceintes ou des femmes non-enceintes au moment de l'enquête mais qui ont un enfant né au cours des deux années précédentes l'enquête. Les ménages éligibles pour cette enquête sont ceux localisés dans les villages/quartiers, choisis autour des formations sanitaires retenues dans les 9 préfectures (zone de projet).

1.3.2 Plan d'échantillonnage

La Base de sondage de l'enquête auprès des ménages est constituée des villages/quartiers regroupés dans 359 aires de santé de la zone de Projet. Pour disposer de cette base de sondage, un premier travail a été mené, la cartographie sanitaire, pour associer les villages/quartiers à chacune des formations sanitaires.

Un sondage stratifié à deux degrés a été mis en œuvre. L'ensemble de la zone du projet a été découpé en 359 strates que sont les aires de santé. Au premier degré, deux villages ou quartiers sont tirés proportionnellement à leur taille dans chaque aire de santé; au total 718 villages ont été. Au deuxième degré, huit ménages éligibles sont tirés à l'intérieur des villages/quartiers sélectionnés avec probabilité égale ; soit un effectif de 5744 ménages à enquêter.

Le tirage des ménages est conduit par les superviseurs suite à un recensement des ménages fait au préalable par l'équipe de collecte. La méthodologie d'échantillonnage des ménages au sein des villages suit les étapes ci-après :

- ✓ Etape 1 : Dénombrement des ménages pour avoir la liste de tous les ménages éligibles du village
- ✓ Etape 2 : Sélection aléatoire de 8 ménages à enquêter par tirage systématique à l'aide d'un programme préconçu sur Excel.

1.3.3 Instruments pour la Collecte des Données

Un seul questionnaire a permis de collecter les informations sur les membres habituels du ménage ainsi que sur les caractéristiques du ménage. Il comporte dix sept (17) sections que sont les suivantes :

1. Caractéristiques des membres du ménage ;
2. Education ;
3. Main-d'œuvre ;
4. Logement ;
5. Biens du ménage ;
6. Autres sources de revenus du ménage ;
7. Consommation du ménage ;
8. Mortalité ;
9. Statut de santé ;
10. Perception sur la qualité des services de santé ;
11. Dossier grossesse ;
12. Historique des naissances ;
13. Soins prénatals et postnatals ;
14. Santé de la reproduction ;
15. Vaccination ;
16. Taille et poids ;
17. Utilisation du service d'un agent de santé communautaire.

1.3.4 Traitement des Données

Les données ont été saisies sous le logiciel CSPRO sur le Terrain, elle a été réalisée par 18 agents formés au même moment que les enquêteurs sur les différents modules du questionnaire. Chaque équipe dispose en son sein un agent de saisie.

Les questionnaires sont saisis au fur et à mesure qu'ils sont administrés dans les ménages. Pour assurer la qualité des données, un programme de contrôle de cohérence permettant de détecter et corriger les erreurs a été préparé. Les différentes étapes de la saisie sont les suivantes :

- Etape 1 : Saisie des 8 questionnaires Ménage du village/quartier ;
- Etape2 : Exécution du programme de contrôle de cohérence et affichage du listing des erreurs ;

- Etape 3 : Identification de la source d'erreur : si l'erreur est liée à la saisie, l'agent de saisie corrige à son niveau. Dans le cas où elle relève de la collecte, l'enquêteur retourne dans le ménage pour la corriger puis ramène le questionnaire corrigé à l'agent de saisie.
- Etape 4 : Reprise des étapes 1 et 2.

Pour que les quatre étapes citées ci-haut soient rigoureusement respectées, chaque équipe est tenue de finir la collecte, la saisie et la correction des erreurs dans le village/quartier avant de quitter.

A la fin de la saisie, les données des deux enquêtes ont été transférées sur SPSS (*Statistical Package for Social Science*) version 18 pour être nettoyées. Pour chaque fichier de données, l'apurement a consisté à la vérification de l'unicité des enregistrements, le respect de niveau administratif, le respect des sauts et filtres, l'identification des données manquantes et leur correction. Ces valeurs manquantes sont corrigées en faisant recours aux questionnaires pour s'assurer réellement si elles ne sont pas dues au problème de saisie. Si tel est le cas, on renseigne automatiquement les valeurs manquantes suivant le questionnaire. Dans le cas contraire, des imputations ont été effectuées.

1.4. Indicateurs clés pour l'Analyse des Données

Les principaux indicateurs d'analyse sont ceux retenus pour l'évaluation d'impact du projet PBF. Ils se répartissent en deux groupes comme présentés ci-dessous.

Couverture de services de santé maternelle et infantile		Indicateur
1	Proportion d'enfants de moins d'1 an ayant reçu tous leurs vaccins	7,5%
2	Taux d'utilisation des méthodes contraceptives (méthodes modernes)	4,9%
3	Besoin non satisfait en planification familiale	33,7%
4	Enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête	64,0%
5	Enfants de moins de 3 ans ayant reçu la vitamine A	35,5%
6	Accouchement par un personnel qualifié	28,7%
7	Femmes ayant pris part à une ou plusieurs visites prénatales pendant la grossesse la plus récente	11,3%
8	Enfants âgés entre 11 et 59 mois ayant participé au suivi de la croissance pendant les derniers mois	4,7%

Couverture de services de santé maternelle et infantile		Indicateur
9	Femmes ayant reçu une vaccination antitétanique lors de la plus récente grossesse	31,8%
10	Femmes ayant reçu des soins postnatals lors de la grossesse la plus récente	26,9%

Qualité des soins		Poste de santé	Centre de santé	Hôpital
11	Nombre de l'effectif complet du personnel de santé présent le jour de l'enquête	61	226	101
12	Au moins un agent sanitaire de sexe féminin présente le jour de l'enquête	20,8%	41,0%	34,2%

Qualité des soins		Poste de santé	Centre de santé	Hôpital
13	Nombre des formations sanitaires disposant de l'eau pour le lavage des mains, du savon et une serviette propre dans la zone de consultation du patient	20,6%	39,9%	71,4%
14	Nombre des formations sanitaires ayant au moins une latrine propre et opérationnelle	60,8%	88,1%	92,9%
15	Nombre de centres de santé disposant du matériel élémentaire de PEV	12,4%	39,9%	28,6%
16	Nombre des formations sanitaires disposant de vaccins pour PEV en stock le jour de l'enquête	1,6%	24,0%	57,1%
17	Nombre de formations sanitaires ayant le matériel de fonctionnement élémentaire	11,3%	23,1%	28,6%

Qualité des soins		Poste de santé	Centre de santé	Hôpital
18	Nombre de centres de santé munis du matériel de base de soins prénataux	42,8%	44,8%	35,7%
19	Nombre de formations sanitaires ayant le matériel clinique élémentaire	1,3%	23,1%	28,6%
20	Nombre de médicaments essentiels disponibles le jour de l'enquête	3,2%	6,1%	,0%
21	Nombre moyen de méthodes contraceptives en stock le jour de l'enquête	0	1	2
22	Nombre de formations sanitaires disposant de moustiquaires en stock le jour de l'enquête	4,1%	9,8%	21,4%

Qualité des soins		Poste de santé	Centre de santé	Hôpital
23	Nombre des formations sanitaires possédant un registre de PEV mis à jour	43,8%	83,9%	92,9%
24	Nombre des formations sanitaires disposant d'un rapport mensuel complet sur le système d'information et de gestion de la santé	,0%	9,8%	64,3%
25	Nombre des formations sanitaires disposant d'un système d'évacuation des déchets opérationnel (bac à ordures, fosse ou incinérateur) et d'une boîte de sécurité pour les objets pointus et tranchants	64,4%	86,0%	100%

Qualité des soins		Poste de santé	Centre de santé	Hôpital
26	Nombre des formations sanitaires pouvant effectuer des tests de laboratoire pour le paludisme, la tuberculose, le VIH et une numération formule sanguine le jour de l'enquête	,0%	4,9%	71,4%
27	Nombre de formations sanitaires disposant de moyens de communication (radio, téléphone mobile, téléphone fixe)	36,1%	66,4%	100%
28	Nombre des formations sanitaires avec un véhicule pour le transport des patients transférés	,0%	4,2%	50,0%
29	Nombre de personnel médical qui déclarent recevoir leur salaire entier à temps	49,3%	64,0%	92,9%

1.5 Taux de couverture

1.5.1 Volet Formation Sanitaire

Sur les 359 structures sanitaires ciblées dans la zone de projet, 351 ont été visitées, soit un taux de couverture de 98%. Dans les préfectures de l'Ouham, de la Nana-Gribizi, du Mbomou et de la Basse-Kotto toutes les FOSA, un taux de 100% a été enregistré.

Pour l'ensemble des Fosa enquêtées, 1569 agents de santé ont été recensés dont 726 ont fait l'objet d'interviews et d'observations directes. Aussi, 735 consultations prénatales ont pu y être directement observées par les agents enquêteurs. Parmi celles-ci, 93 l'ont été dans des hôpitaux, 376 dans les Centres de Santé et 266 dans les Postes de Santé.

S'agissant des consultations curatives chez les enfants de moins de 5 ans, 822 observations directes ont été faites parmi lesquelles 73 dans les formations hospitalières, 407 dans les Centres de Santé et 342 dans les Postes de Santé.

En sortie de consultation, une déperdition de 5 clientes de CPN par rapport au nombre de cas observés a été relevée. Pour les 822 cas de consultation des enfants de moins de 5 ans observés, il a été noté une déperdition de 12 cas, les agents enquêteurs n'ont pu interviewer en sortie de consultation que 810 clients âgés de plus de 5 ans ou leurs accompagnants.

1.5.2 Volet Ménage

Dans l'ensemble, le taux de couverture est de 95% tant pour les villages que pour les ménages. Le plus bas niveau est observé dans la Nana-Gribizi (86 % des villages et ménages couverts) et le plus élevé dans la Mambéré-Kadéi (98% des villages et ménages). Les résultats sont consignés dans le tableau ci-dessous.

Région sanitaire /Préfecture	Nombre de villages			Nombre de ménage		
	Prévus	Enquêtés	Taux de couverture	Prévus	Enquêtés	Taux de couverture
Région 2						
Mambere-Kadei	68	67	98,5	544	533	98,0
Sangha-Mbaere	52	52	100	416	407	97,8
Ensemble	120	119	99,2	960	940	97,9
Région 3						
Ouham	90	84	93,3	720	673	93,5
Ouham Pendé	144	140	97,2	1152	1113	96,6
Ensemble	234	224	95,7	1872	1786	95,4
Région 4						
Kemo	60	57	95,0	480	453	94,4
Nana-Gribizi	52	45	86,5	416	360	86,5

Ouaka	90	87	96,7	720	672	93,3
Ensemble	202	189	93,6	1616	1494	91,9
Région 6						
Basse-Kotto	72	66	91,7	576	511	88,7
Mbomou	90	85	94,4	720	666	92,5
Ensemble	162	151	93,2	1296	1185	90,8
Zone du projet	718	683	95,1	5744	5388	95,1

Source : Enquête de base, volet Ménage ,2012

Chapitre 2 : Caractéristiques des populations, de l'habitat

Dans ce chapitre, l'analyse porte sur les aspects des logements, les biens possédés par les ménages ainsi que sur les caractéristiques sociodémographiques et économiques des populations interviewées dans les ménages. En effet, la connaissance de ces traits peut permettre de comprendre le comportement affiché par les uns et les autres en matière de demande de services de santé.

2.1 Conditions de vie

2.1.1 Caractéristiques de l'habitat

Les informations recueillies sur le logement concernent uniquement le bâtiment principal du ménage. Elles ont trait au matériau de revêtement du sol, aux matériaux du mur et de la toiture.

Matériau de revêtement du plancher

Bon nombre de ménages (93,6%) habitent des logements à plancher non cimenté ni carrelé. En la matière, seulement 17% ménages dans la région sanitaire 2 et de 7 % dans la région 6 disposent ces types de logement. Elle est relativement faible dans les autres régions sanitaires où moins de 3% des ménages sont logés dans les maisons dont le sol est soit cimenté, soit carrelé.

Matériaux du mur

Dans l'ensemble, un peu plus des trois quarts (76,7%) des logements des ménages sont construits avec des briques non cuites, 12% en terre battue, 5% en briques cuites et seulement 1% en ciment. Quelques disparités sont observées au niveau régional. A l'exception de la région sanitaire 6 où la construction des maisons en briques cuites tend à être la mode (16% des logements), les autres localités disposent en majorité des logements dont les murs sont construits en briques non cuites, terre battue ou banco. La prédominance des maisons en brique non cuites peut s'expliquer par l'accès facile à la matière première qui sert à la fabrication notamment la terre et l'eau. Même si les briques non cuites sont achetées, leurs prix restent accessibles.

Il convient de noter par ailleurs que le pourcentage des habitations dont les murs sont construits en briques agglomérées (brique en ciment) est quasiment nul dans toutes les régions excepté la RS2 qui compte environ 6% de constructions avec ce type de matériel. Cela s'expliquerait en partie par la proximité de la région 2 avec le Cameroun où l'importation du ciment est facile.

Matériau de la toiture

Sur cent habitations dans toute la zone du projet, environs 88 ont des toitures en paille ou bambou, 11 en tôle. L'analyse au niveau régional révèle des variations, l'usage de la paille ou du bambou est encore largement répandu dans les régions 3 et 4 (93%) tandis qu'un effort à la modernisation des logements ont été observé dans les régions 3 (23% des bâtiments en tôle) et 6 (11% des maisons en tôle).

Tableau 2.1: Répartition des ménages selon les matériaux du sol, du mur et de la toiture du bâtiment principal

Caractéristiques du logement	Région Sanitaire (RS)				Zone du projet
	RS 2	RS 3	RS 4	RS6	
Matériau de revêtement du plancher					
Ciment/carreaux	16,9	2,3	2,1	7,4	6,1
Terre	82,2	97,7	97,8	92,3	93,6
Autre	0,9	0,0	0,1	0,3	0,3
Matériau du mur					
Terre battue	25,5	5,3	5,2	19,5	12,3
Briques cuites	3,8	1,5	2,8	15,7	5,5
Briques non cuites	46,0	92,0	91,5	62,9	76,7
Briques en ciment	5,9	0,1	0,1	0,0	1,2
Banco	18,7	1,0	0,4	1,8	4,4
Matériau de la toiture					
Tôle	23,5	6,7	6,0	13,4	11,2
Tuile	0,1	0,3	0,6	1,1	0,5
Paille/bambou	76,3	93,0	93,4	85,5	88,3
Autre	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0

Source : Enquête de base, volet Ménage ,2012

Source d'énergie pour l'éclairage

De manière générale, l'accès à l'électricité demeure un luxe dans la mesure où seuls 6% des ménages l'utilisent pour éclairer leur habitation. Des inégalités régionales sont notées concernant cette source: moins de 2% des ménages y ont accès dans les régions 2 et 3 alors qu'ils sont 12% dans les régions 4 et 13 sur cent dans la région 6 à y avoir accès. Cela serait dû en partie par l'accès assez facile aux panneaux solaires en provenance de la RD-Congo et du Soudan et aussi par l'alimentation de la ville de Mobaye par le réseau électrique de RDC.

On note le recours à une solution alternative consistant à s'éclairer les logements à travers les ampoules alimentées par des piles. Cette pratique tend à devenir la mode dans les ménages, c'est le cas de plus de la moitié des ménages (58,3%). Toutefois le pétrole, utilisé par un ménage sur quatre (24,9%) , demeure l'une des sources d'énergie les plus fréquentes pour l'éclairage.

La tendance observé dans l'ensemble est la même au niveau régional, l'usage des piles et du pétrole reste fortement répandu.

Source d'énergie pour la cuisson

Dans l'ensemble, presque tous les ménages utilisent le bois pour la cuisson. Cette tendance est la même au niveau régional où en au moins 97% des ménages consomment le bois comme source d'énergie de cuisson. L'usage du charbon de bois ou autre source d'énergie est quasiment nul.

Cette situation pourrait constituer une source de dégradation de l'environnement et également une menace pour la santé. En effet, le principal problème avec l'usage des combustibles solides est qu'il y a un dégagement de produits de combustion incomplète dont l'oxyde de carbone (CO), les hydrocarbures aromatiques polycycliques, le dioxyde de soufre (SO₂) et autres éléments toxiques. Cela augmente les risques de maladie respiratoire aiguë, la pneumonie, la maladie pulmonaire obstructive chronique, le cancer et éventuellement la tuberculose, la cataracte et l'asthme¹.

Tableau 2.2: Répartition des ménages selon les principales sources d'énergie d'éclairage et de cuisson

Principales sources d'énergie	Région Sanitaire (RS)				Zone du projet
	RS 2	RS 3	RS 4	RS6	
Pour l'éclairage					
Pétrole	46	19,3	17,8	23,7	24,9

¹ Conclusions des études scientifiques tirées du rapport de l'enquête MICS-2010

Electricité*	1,2	0,3	11,8	12,7	6,1
Pile	50,9	58,7	65,1	56,3	58,3
Bois de chauffe	1,8	6,7	4	4,6	4,6
Pas d'éclairage	0,1	15,1	1,4	2,7	6
Pour la cuisson					
Bois de chauffe	96,7	98,4	96,4	97,6	97,4
Charbon	0,2	0,9	3,5	0,7	1,4
Autre	3	0,6	0	1,8	1,2
Effectif des ménages	940	1782	1485	1177	5388

Source : Enquête de base, volet Ménage ,2012

*Electricité du réseau ou d'un générateur dont le panneau solaire

2.1.2 Hygiène et salubrité

Source d'eau de boisson

Les informations collectées ont trait à douze principales sources d'approvisionnement en eau de boisson des ménages. A l'analyse, des regroupements ont été effectués pour aboutir aux sources suivantes : robinet, forage, puits et sources protégés, puits et sources non protégés, eau de surface et autre. L'accès à l'eau de boisson de qualité adéquate est mesuré par la variable "Sources améliorées" dont la définition est celle proposée par le programme commun OMS/UNICEF de surveillance d'approvisionnement en eau et de l'assainissement.

Selon le tableau 2.3, le niveau d'accès à l'eau de boisson de qualité adéquate est en deçà de l'espérance dans les quatre régions même si 57% des ménages consomment principalement l'eau provenant des sources améliorées. En effet, une proportion non négligeable des ménages reste privée d'eau salubre (35% consomment l'eau de puits/ sources non protégés, 7% l'eau de surface) et de fortes disparités régionales sont également constatées.

Dans les régions 2 et 6, on compte moins de 45% des ménages ayant accès aux sources d'eau améliorées contre 58% dans la région 4 et 73% dans la région 3.

Lieu d'aisance/Toilette

L'absence du lieu d'aisance/toilette hygiénique peut conduire à une défécation anarchique, source de pollution de l'environnement, de transmission et de propagation des maladies hydro-fécales. Les types de toilettes considérés comme installations sanitaires adéquates sont les suivants : toilette à chasse d'eau avec égout, toilette à chasse d'eau avec fosses sceptiques ; les latrines à évacuation, les latrines améliorées et latrines creusées dans le sol avec dalle.

Le tableau 2.3 indique que la plupart des ménages ne disposent pas d'installations sanitaires adéquates. Seuls 6% des ménages utilisent ce type d'installations contre 8% dans les régions 4 et 6 et moins de 4% dans les régions 2 et 3.

La majorité des ménages utilisent soit les latrines traditionnelles creusées dans le sol sans dalle (57%), soit se soulagent dans la nature (37%). L'analyse régionale met en évidence le même constat à la seule différence que le poids relatif des ménages utilisant la nature comme lieu d'aisance enregistre des écarts importants. Dans la RS3, environ trois ménages sur cinq (59,9

%) ont recours à la nature comme lieu d'aisance et dans la RS4, 37% des ménages ne possèdent pas de toilettes. Ces proportions sont voisines de 18% dans les régions sanitaires 2 et 6. Dans ces deux dernières régions, les latrine sans dalle sont les plus fréquemment utilisées.

L'usage des toilettes modernes à évacuation aux égouts ou fosses sceptiques est rare (0,5%). Il en est de même de l'usage des latrines améliorées avec dalle (6,9%).

Mode de traitement des ordures

Le traitement approprié des ordures ménagères contribue à l'assainissement de l'environnement immédiat et à la préservation de la santé des membres du ménage. En effet, la prolifération des immondices autour des habitations pollue l'aire et contribue à la multiplication de moustiques vecteurs de transmission du paludisme. Les modes de traitements des ordures ménagères retenues dans le cadre de cette enquête sont les suivants: Ordures ramassées, ordures jetées dans une fosse, ordures enterrées, ordures incinérées, ordures jetées dans la rue ou une voie publique et autre mode de traitement qui signifie ici ordures jetées dans la nature.

Les résultats du tableau 2.3 montrent que dans l'ensemble de la zone d'enquête, les ordures ménagères sont le plus souvent jetées dans une fosse (29%), dans la nature (28%) ou incinérées (22%). Seulement 2,5% des ménages enterrent les ordures. Le constat est le même à échelle régionale.

Tableau 2.3 Répartition des ménages ordinaires selon la principale source d'approvisionnement en eau de boisson le type de toilette utilisée et le mode de traitement des ordures

	Région Sanitaire (RS)				Zone du projet
	RS 2	RS 3	RS 4	RS 6	
Principale source d'eau de boisson					
Robinet	4,5	2,5	,6	,1	1,9
Forage	26,4	62,1	45,7	30,8	44,2
Puits et source protégés	13,8	9,1	12,2	10,0	11,0
Puits et source non protégés	42,2	19,3	37,5	51,4	35,4
Eau de surface	12,6	6,7	3,9	7,0	7,2
Autre	,4	0,4	,0	,8	,4
Sources améliorées*	44,7	73,6	58,5	40,8	57,0
Lieu d'aisance/toilette					
Evacuation aux égouts/fosses sceptiques	0,4	0,3	0,3	1,2	0,5
Latrines avec dalle	2,2	3,4	7,8	6,8	5,0
Latrines sans dalle	79,6	35,9	52,7	73,9	56,9
Nature	17,7	59,9	37,1	17,6	36,7
Autre	,1	,5	2,2	,5	,9
Installation sanitaire adéquate**	2,6	3,7	8,0	8,0	5,6
Mode de traitement des ordures					
Jetées dans une fosse	31,6	21,9	28,9	37,0	28,9
Enterrées	2,9	2,1	,9	4,6	2,5
Incinérées	20,3	28,5	20,2	16,9	22,3
Jetées sur la voie publique	15,0	25,5	18,2	10,2	18,2

	Région Sanitaire (RS)				Zone du projet
	RS 2	RS 3	RS 4	RS 6	
Jetées dans la nature	30,2	22,0	31,8	31,4	28,1
Effectif pondéré des ménages	940	1782	1485	1177	5388

Source : Enquête de base, volet Ménage ,2012

* Robinet, forage, puits et sources protégées

** Evacuation aux égouts/fosses septiques, latrines avec dalle

2.1.3 Biens durables possédés par les ménages

Le niveau de bien-être des ménages peut aussi être évalué par la possession de certains biens d'équipements, de moyens de transport et de communication, la possession d'animaux de ferme.

D'après le tableau 2.4, les biens d'équipement les plus possédés par les ménages sont la houe (88,5%), la moustiquaire (78,0%), le lit (60,64%). La deuxième catégorie des biens les plus courants sont la lampe à pétrole (45,1%), les matelas (48,4%) et les tables (43,5%). Le taux de possession des autres biens d'équipement ne dépasse pas un tiers dans l'ensemble. Si à l'échelle régionale, cette tendance est maintenue, on note qu'au moins sept ménages sur dix dans les régions 2 et 6 disposent d'au moins un lit contrairement aux régions 3 et 4 où moins de la moitié des ménages ont un lit.

S'agissant des moyens de transport et de communication, environ 7% des ménages possèdent une moto 22% disposent d'au moins un téléphone portable, 20%, une bicyclette. On remarque que l'utilisation des ces deux derniers biens est plus courante dans la région 2 que dans les autres où la bicyclette reste le moyen de transport le plus répandu.

De manière générale, la possession d'animaux varie en fonction du type d'animal. 44,5 % des ménages possèdent les volailles, seulement 17,5% disposent de cochons et 16%, de chèvres. Les résultats sont similaires au niveau régional à la différence que le taux de possession de bœufs est deux fois plus élevé dans la région 3 (8,4%) que la moyenne de la zone d'étude (4%).

Quant aux biens immobiliers, le taux de possession d'un terrain ou d'un champ est d'environ 86% contre 79% pour les bâtiments.

Tableau 2.4.: Répartition des ménages selon les biens durables possédés

Tableau 2.11 Répartition des ménages selon les biens durables possédés						
Biens du ménage	Région Sanitaire (RS)				Zone projet	du
	RS 2	RS 3	RS 4	RS 6		
Biens d'équipement						
Radio/lecteur	48,4	27,4	24,7	27,4	30,7	
Téléviseur	7,9	1,2	,6	2,1	2,5	
Fer à repasser	16,8	12,4	10,9	21,5	15,0	
Lampe à pétrole	68,1	29,6	50,7	43,1	45,1	
Lit	82,31	48,3	46,9	74,1	60,2	
Matelas	80,2	35,0	47,1	43,4	48,4	
Moustiquaire	71,8	73,2	81,3	86,4	78,0	

Machine à coudre	4,9	2,8	2,3	6,2	3,8
Table	59,9	36,0	44,2	40,4	43,5
Divan	14,8	4,3	4,7	3,5	6,2
Houe	83,4	92,8	85,4	89,9	88,5
Brouette	6,2	8,5	8,3	7,1	7,7
Moyens de transport et de communication					
Téléphone portable	31,6	10,4	27,0	27,0	22,3
Moto	14,1	4,7	5,1	5,3	6,7
Bicyclette	4,6	19,5	23,3	31,8	20,5
Bétail et volaille					
Bœuf	1,3	8,4	2,9	1,5	4,1
Chèvre	13,3	18,7	13,8	17,0	16,1
Mouton	1,8	2,6	1,2	2,7	2,1
Cochon	15,3	16,2	21,1	17,5	17,5
Volaille	43,2	38,6	48,8	49,8	44,5
Biens immobiliers					
Possession de bâtiment	64,1	87,8	84,0	74,4	79,4
Possession de terrain ou champ	75,2	92,2	88,1	81,7	85,6
Effectif des ménages	940	1782	1485	1177	5388

Source : enquête de base, volet Ménage ,2012

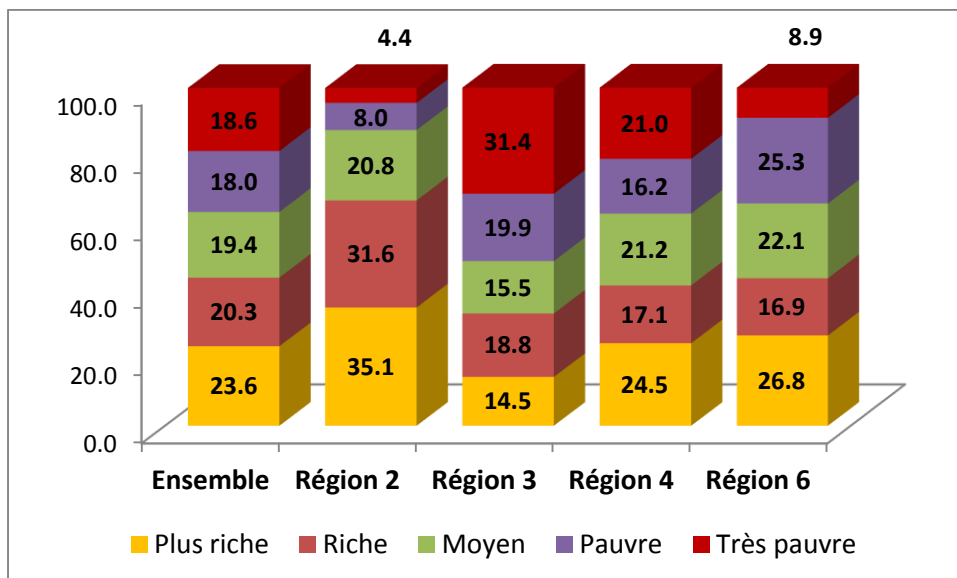
2.1.4 Niveau de bien-être économique des ménages

Le quintile de niveau de vie est obtenu à partir l'indice de bien-être économique qui est un indicateur synthétique construit en utilisant les données détaillées sur les caractéristiques des logements, la possession d'un certain nombre ainsi que l'accès à des services considérés comme mesure de la situation économique des ménages.

D'après les résultats, environ 18% des ménages vivent dans pauvreté, 18% dans la plus grande pauvreté et 19% ont un niveau de vie moyen. Les ménages riches atteignent 43% de l'ensemble.

Le niveau de bien-être varie dans l'espace. Ainsi dans la RS3, 51% des ménages vivent dans la pauvreté contre 37% dans la RS4, 34% dans la RS6 et 12% dans la RS2..

Figure 2 : Répartition des ménages selon le quintile de bien-être

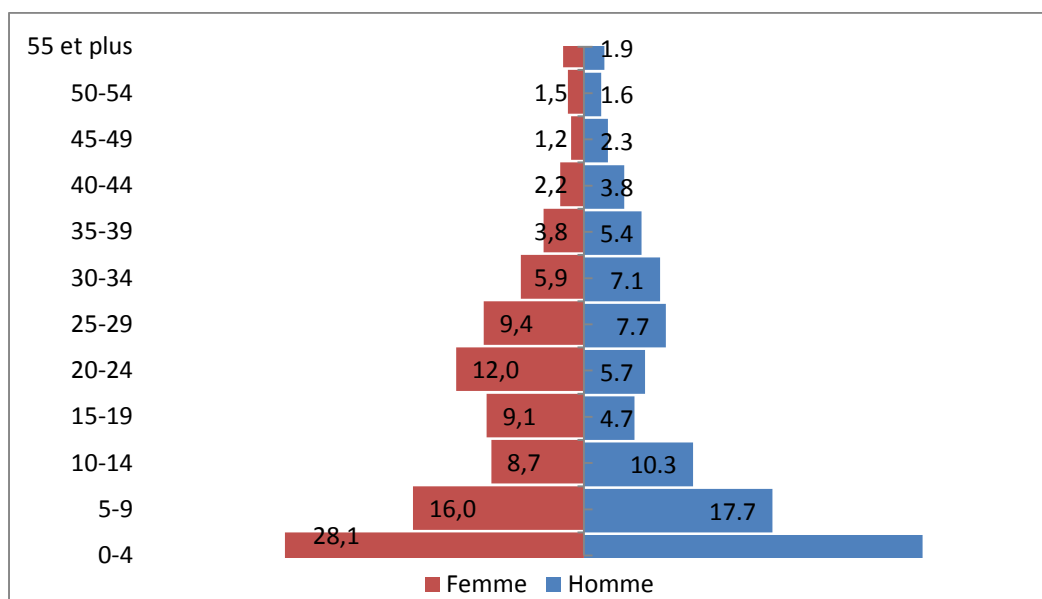


2.2 Caractéristiques sociodémographiques

2.2.1 Structure par sexe et âge de la population

La structure par âge et par sexe de la population des ménages enquêtés est similaire à celles des pays en voie de développement. La base élargie de la pyramide, caractéristique d'une forte fécondité, se rétrécit régulièrement avec l'âge pour atteindre un sommet effilé révélant un niveau de mortalité générale élevée. On note par ailleurs une sous-estimation des jeunes de 10-19 ans quel que soit le sexe. Cela pourrait s'expliquer en partie, d'une part, par le fait qu'au moment de l'enquête dans certains villages, les enfants de ces tranches d'âge se sont rendus dans les chefs lieux des préfectures ou des sous-préfecture pour des raisons de scolarisation et d'autre part le mode sélection des ménages qui élimine de prime à bord ceux qui ne comptent pas en leur sein une femme enceinte ni une femme ayant un enfant de moins de deux ans. Cela pourrait conduire à un biais de sélection des 10-14 ans.

Figure 3:Pyramide des âges



2.2.2 Taille et composition des ménages

La connaissance du nombre des personnes dans une pièce fournit une indication sur le degré de promiscuité, lequel est lié à la situation socio-économique et sanitaire des ménages.

D'après le tableau 2.5 montre que sur cent ménages, 86 sont dirigés par les hommes et 14 par des femmes. Cette prédominance masculine est beaucoup plus prononcée dans la RS4 où 94% des ménages sont sous l'autorité des hommes. Dans les autres régions, au moins 15% des ménages sont placés sous l'autorité féminine.

La taille moyenne des ménages qui est de 4,8 personnes varie très peu selon les régions ; elle passe de 4,7 personnes dans la région 2 à 5 personnes dans la région 6. Il ressort des données que dans l'ensemble, 62% des ménages comptent entre 5 à 6 personnes. Cette proportion est plus élevée dans la région 6 (51,6%) et plus faible dans la région 2 (40%). Les ménages à un seul individu sont moins nombreux quel que soit la région, ils ne dépassent pas 3%.

Tableau 2.5 : Composition des ménages: sexe du chef de ménage, nombre des membres des ménages, taille moyenne

	Région Sanitaire (RS)				Zone du projet
	RS 2	RS 3	RS 4	RS 6	
Sexe du chef de ménage					
Homme	84,1	82,2	93,6	84,5	85,9
Femme	15,9	17,8	6,4	15,5	14,1
Nombre des membres du ménage					
1	2,5	0,7	0,6	1,2	1,1
2	6,7	6,3	2,2	3,8	4,8
3	14,5	18,5	11,1	12,6	14,5
4	18,4	16,0	22,4	13,5	17,5
5	18,1	16,8	18,3	17,3	17,5
6 ou plus	39,9	41,7	45,5	51,6	44,5
Taille moyenne	4,6	4,7	4,9	5,0	4,8

	Région Sanitaire (RS)				Zone du projet
	RS 2	RS 3	RS 4	RS 6	
Effectif pondéré des ménages	940	1782	1485	1177	5388

Source : Enquête de base, volet Ménage ,2012

2.2.3 Fréquentation scolaire et alphabétisation

Parmi les besoins de base d'un individu, l'éducation occupe une place importante car elle est un des facteurs importants de valorisation du capital humain et influence l'aptitude à gagner et à gérer des revenus. Elle influe également sur le comportement procréateur, le comportement en matière de santé ainsi que les habitudes sur le plan hygiénique et nutritionnel.

Le niveau d'instruction

Au cours de la collecté des données, on a demandé à tout individu de 5 ans et plus s'il a fréquenté dans sa vie et dans l'affirmative, il précise le niveau d'étude et la dernière classe achevée.

Dans l'ensemble, le niveau de scolarisation est encore en deçà de l'espérance, 64% des individus de 5 ans ou plus ont été scolarisés, soit 36 individus sur cent qui n'ont pas eu la chance d'aller à l'école. Dans le sous-groupe des personnes ayant fréquenté, 81% n'ont pu franchir le cycle primaire.

Le constat est similaire au niveau régional, si l'on observe que dans chaque région au moins 57% de la population de 5 ans et plus ont fréquenté, moins de 22% des scolarisés ont dépassé le cycle primaire.

L'examen des données par sexe révèle un déséquilibre entre personnes de sexe masculin et celles de sexe féminin. Chez les femmes, environ 53% ont été scolarisés, soit un taux d'analphabétisme de 47%. Celles qui ont eu la chance de fréquenter, à peine 12% ont atteint le niveau secondaire. Alors que chez les hommes, 76% ont été à l'école dont 23% ont atteint le niveau secondaire.

En termes d'âge, on constate qu'au cours des 30 dernières années, le niveau de fréquentation scolaire ne croît de manière régulière. Ainsi, on relève que les enfants de la tranche 5-9 ans et les jeunes de 20-24 ans au moment de l'enquête, sont relativement moins nombreux à fréquenter que leurs semblables d'il ya 5 ans. Le niveau de bien-être économique des ménages semble influencer positivement sur la fréquentation scolaire. En effet, à mesure que le niveau de bien-être s'élève, le taux de fréquentation scolaire s'améliore.

Tableau 2.6: Pourcentage d'individus de 5 ans et plus ayant fréquenté, répartition par niveau d'instruction et nombre moyen d'années complétées

		Effectif des de 5 ans et plus	Niveau d'instruction				Nombre moyen d'années complétées	Effectif des 5 ans et plus qui ont effectivement fréquenté
Caractéristique sociodémographique	% fréquentation scolaire		Primaire	Secondaire et plus	Ne sait pas/N D	Total		
Région sanitaire								
Région 2	63,4	3815	80,8	18	1,1	100	4,4	2370
Région 3	57	6708	83,6	15,9	0,5	100	4,1	3817
Région 4	72,7	6197	82,2	17,5	0,2	100	4,5	3810
Région 6	64,6	4629	77,9	21,6	0,5	100	4,6	2836
Sexe								

Masculin	76,3	9869	76,1	23,1	0,8	100	4,8	7199
Féminin	53,2	11480	88,1	11,7	0,2	100	3,8	5634
Groupes d'âge								
5-9	59,4	5119	99,9	0	0,1	100	1,7	2726
10-14	86,1	2873	96,5	3,5	0	100	3,8	2404
15-19	69,4	2143	72,4	27,4	0,2	100	5,4	1417
20-24	57,1	2745	74,9	24,3	0,7	100	5,0	1507
25-29	62,7	2613	76,7	22,8	0,5	100	5,3	1525
30-34	61,1	1978	67,1	32,0	0,9	100	5,6	1128
35-39	65,9	1389	62,5	35,1	2,4	100	5,7	816
40-44	64,1	903	59,4	40,4	0,3	100	6,4	548
45-49	56,5	518	59,7	36,7	3,6	100	6,3	312
50-54	48,4	477	74,9	23,3	1,8	100	5,6	237

55 et plus	34,4	591	76	23,0	1,0	100	5,5	213
Quintile de niveau de vie								
Plus pauvre	77,2	5379	72,9	26,4	0,7	100	5,0	3932
Pauvre	68,1	4359	81,2	18,3	0,5	100	4,3	2680
Moyen	55,7	4053	86,9	12,5	0,6	100	3,9	2299
Riche	56,0	3887	91,4	8,4	0,3	100	3,8	2068
Plus Riche	47,7	3670	91,6	8,2	0,3	100	3,5	1853
Ensemble	64,0	21348	81,4	18,1	0,5	100	4,4	12832

Source : Enquête de base, volet Ménage ,2012

Alphabétisation des individus de 15ans ou plus

Au cours de l'enquête, hormis les questions sur la fréquentation scolaire et le niveau d'instruction atteint, il est demandé à tout individu éligible pour la section éducation, s'il sait lire et écrire dans l'une au moins des deux langues nationales que sont le français et le Sango. Les enquêtés ayant répondu par l'affirmative sont considérés comme alphabétisés. Est également classée dans cette catégorie, toute personne qui a atteint le niveau secondaire.

L'examen des résultats indique que dans l'ensemble, le taux d'alphabétisation des individus de 15 ans et plus est de 41%. L'analyse spatiale montre que ce taux est plus bas dans la région 3 (30,5%) et plus élevé dans la région 6 (50%).

Il ressort des données qu'il y a disparité selon le sexe. En effet, 27% des femmes sont en mesure de lire et écrire en français ou en Sango contre environ 59% chez les hommes.

Si l'âge ne semble pas influencer sur l'alphabétisation, le niveau de vie du ménage par contre a un impact sur l'alphabétisation. En effet, les individus vivant dans un milieu très aisé (59%) ou aisé (46%) sont proportionnellement plus alphabétisés que ceux venant du milieu pauvre é (32%) et très pauvre (19%).

Tableau 2.7: Alphabétisation: pourcentage des individus de 15 ou plus alphabétisés

	Pourcentage des personnes de 15 ans et plus alphabétisés	Effectif des 15 ans et plus
Région		
Région 2	41,8	2415
Région 3	30,5	4171
Région 4	45,3	3865
Région 6	50,1	2906
Sexe		
Masculin	58,7	5826
Féminin	27,3	7531
Groupes d'âge		
15-19	44,5	2143
20-24	34,2	2745
25-29	38,1	2613
30-34	41,9	1978

35-39	51,2	1389
40-44	45,8	903
45-49	47,2	518
50-54	43,2	477
55 et plus	31,3	591
Quintile de niveau de vie		
Plus Riche	59,1	3209
Riche	45,8	2704
Moyen	31,7	2579
Pauvre	32,3	2486
Plus pauvre	19,0	2378
Ensemble	41,1	13356

Source : Enquête de base, volet Ménage, 2012

2.2.4 Etat matrimonial

Dans le cadre de cette étude, le mariage fait référence au mariage légal, coutumier ou religieux. L'union libre renvoie à l'union consensuelle entre personnes de sexes opposés sans aucun acte.

Tableau 2.8: Répartition des individus de 15 ans et plus par statut matrimonial selon certaines caractéristiques

Caractéristiques	Statut matrimonial						Effectif pondéré de 15 ans et plus
	Jamais marié	Marié	Union libre	Divorcé /séparé	Veuf (ve)	Total	
Région							
Région 2	11,6	15,4	65,7	3,6	3,6	100,0	2415
Région 3	12,0	15,3	66,5	2,9	3,3	100,0	4171
Région 4	9,3	22,4	62,4	2,8	3,1	100,0	3865
Région 6	16,4	22,7	55,9	2,4	2,6	100,0	2906
Sexe							
Masculin	16,0	19,1	63,4	,6	,8	100,0	5826
Féminin	9,4	18,5	62,5	4,7	4,9	100,0	7531
Groupes d'âge							
15-19	44,8	9,4	42,3	1,9	1,6	100,0	2143
20-24	12,3	13,9	71,3	2,3	,1	100,0	2745
25-29	3,9	20,6	71,8	3,4	,3	100,0	2613
30-34	2,9	17,6	76,2	2,6	,6	100,0	1978
35-39	1,9	30,5	64,3	2,2	1,1	100,0	1389
40-44	,6	29,0	65,9	1,8	2,7	100,0	903
45-49	1,2	26,1	61,9	5,7	5,0	100,0	518
50-54	1,7	27,5	43,5	9,1	18,2	100,0	477
55 et plus	3,2	21,5	28,7	5,7	41,0	100,0	591
Quintile de niveau de vie							
Plus Riche	18,8	20,2	55,5	2,6	2,9	100,0	3209
Riche	10,4	26,9	57,4	2,1	3,3	100,0	2704
Moyen	9,7	15,9	68,2	3,4	2,8	100,0	2579
Pauvre	8,5	16,6	68,8	3,4	2,7	100,0	2486
Plus pauvre	8,9	10,5	72,9	3,4	4,3	100,0	2378

Zone de projet	12,3	18,8	62,9	2,9	3,1	100,0	13356
----------------	------	------	------	-----	-----	-------	-------

Source : Enquête de base, volet Ménage ,2012

Selon ces définitions, sur cent personnes âgées interrogées d'au moins 15 ans au moment de l'enquête, 63 vivent en union libre, 19 sont mariés et 12 n'ont jamais connu la vie d'union. Le taux de divorce/séparation et celui de veuvage est situé autour de 3%. L'observation des données dans l'espace donne une tendance similaire ; toutefois, on relève que c'est dans les régions 4 et 6 que la proportion des mariés excède 22%.

Aussi on observe-t-on une disparité entre les sexes. Les femmes connaissent le célibat (9,4%) moins que les hommes (16%) tandis que ces derniers enregistrent des taux de divorce/séparation (0,6%) et de veuvage (0,8%) plus faibles que chez les premières (4,7% et 4,9%).

L'analyse intergénérationnelle prouve que le célibat concerne beaucoup plus les jeunes alors que le mariage est le privilège des anciennes générations car la proportion du célibat baisse avec l'âge et inversement celle du mariage croît avec l'âge.

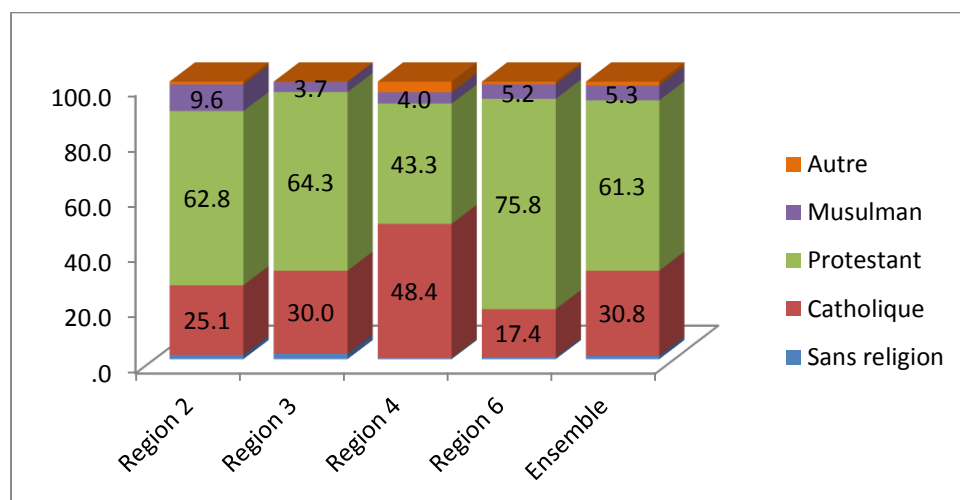
Selon le niveau de bien-être, on observe aussi des comportements différenciés, les pauvres optent plus pour le célibat que pour la vie en union. En effet, le pourcentage des célibataires et celui des personnes vivant en union libre diminuent régulièrement quand le niveau de bien-être s'améliore. Par contre, ce sont les personnes issues des milieux non aisés qui sont relativement plus nombreuses à se marier.

2.2.5 Ethnie et religion

Religion

L'examen des résultats prouve que la quasi-totalité de la population âgée de 15 au minimum est croyante. On note un pourcentage écrasant de chrétiens avec environ 92%. Au sein de la population chrétienne, les protestants, proportionnellement plus nombreux, représentent 61%. Les musulmans, moins nombreux, constituent 5,3% de la population enquêtée. Les autres catégories sont très minoritaires. La tendance observée dans l'ensemble est la même tant au niveau régional qu'au niveau des sexes.

Figure 4 : Répartition des individus de 15 ans et plus par religion selon la région et le sexe



Appartenance Ethnie

La répartition de la population enquêtée selon l'ethnie rend compte de la diversité ethnoculturelle dans la zone du projet. Les grands groupes ethniques retenus sont ceux définis au recensement général de la population et de l'habitat de 2003.

Selon ces définitions, deux grands groupes ethniques s'affichent comme majoritaires dans l'ensemble: il s'agit des Banda (28,5%) et Gbaya (26,1 %). En observant les résultats par région, il ressort que la proportion des différents groupes ethniques varie énormément et dans chaque région, deux ou trois grands groupes dominant. Ainsi, les Gbaya (58%) et Ngbaka-Bantou (16,9%), sont les plus nombreux dans la région 2, les Sara (18,7%), Mboum (24,8%) et Gbaya (43,3%) dans la région 3, les Bandas (66,9%) et Mandja (22,3%) dans la région 4, les Bandas (39,2%) et les Yakoma-Sango (31,8%), dans la région 6.

Tableau 2.9: Répartition des individus enquêtés par ethnie selon la région et le sexe

	Région Sanitaire (RS)				Sexe		Zone du projet
	RS 2	RS 3	RS 4	RS 6	Masculin	Féminin	
Banda	6,6	3,3	66,9	39,2	29,4	27,6	28,5
Sara	1,6	18,7	0,5	0,4	6,3	6,6	6,5
Mboum	4,0	24,8	0,0	0,2	8,6	8,8	8,7
Gbaya	58,6	43,3	1,4	1,7	26,0	26,3	26,1
Mandja	1,2	4,9	22,3	0,7	7,6	7,8	7,7
Ngbaka-bantou	16,9	0,2	1,1	0,3	3,8	3,8	3,8
Yakoma-sango	0,9	0,0	3,3	31,8	8,1	8,3	8,2
Zande/nzakara	0,2	0,0	0,2	14,5	3,1	3,6	3,4
Haoussa/Peulh	5,7	2,6	2,5	2,7	3,2	3,1	3,2
Autre ethnies locales	2,5	1,7	1,4	7,4	2,9	3,2	3,1

Ethnie non centrafricaine	1,7	0,6	0,4	1,2	0,9	0,9	0,9
Effectifs	5436	9612	8676	6686	14462	15947	30410

Source : Enquête de base, volet Ménage ,2012

2.3 Caractéristiques économiques

2.3.1 Situation d'activité

La **population active** se définit comme l'ensemble des personnes en âge de travailler, qu'elles aient un emploi (population active occupée) ou qu'elles en soient à la recherche d'un emploi (population active inoccupée) à l'exclusion de celles ne cherchant pas d'emploi, comme les personnes au foyer, les élèves /étudiants, personnes en incapacité de travailler, rentiers. Ces définitions portent sur toutes les personnes de plus de 15 ans. Pour cette étude la période de référence est de 30 jours précédents l'enquête et que la tranche d'âge est de 15 ans et plus.

Globalement, environ trois individus sur quatre (75%) est économiquement actif. Cette pourcentage change d'une région à une autre, le plus bas est enregistré dans la région 6 (67,4%) et le plus haut niveau, dans la région 4 (89%).

Les individus de sexe masculin sont un peu plus présent sur le marché du travail que ceux du sexe opposé ; sur cent femmes âgées de 15 ans et plus, on compte environ 70 sont actives contre 80 hommes de la même tranche d'âge sur cent. Le niveau de participation au marché de travail croît régulièrement avec l'âge jusqu'à 45-49 ans et commence à baisser à partir de 50 ans pour se stabiliser à 62% à partir de 55 ans.

Tableau 2.10: Situation d'activité des individus de 5 ans et plus au cours des 30 derniers jours selon certaines caractéristiques.

	Actifs	Inactifs	Total	Effectif
Région				
Région 2	68,7	31,3	100	2415
Région 3	71,8	28,2	100	4171
Région 4	88,8	11,2	100	3865
Région 6	67,4	32,1	100	2906
Sexe				
Masculin	80,4	19,5	100	5826
Féminin	69,9	29,9	100	7531
Groupe d'âge				
15-19	54,7	45,1	100	2143
20-24	71,3	28,7	100	2745
25-29	81,4	18,6	100	2613
30-34	82,4	17,6	100	1978
35-39	84,4	15,6	100	1389
40-44	82,6	17,1	100	903
45-49	90,8	9,2	100	518
50-54	79,6	20,4	100	477
55 et plus	62,2	35,6	100	591
Quintile de niveau de vie				

Plus riche	65,1	34,9	100	3209
Riche	79,5	20,5	100	2704
Moyen	76,9	22,6	100	2579
Pauvre	81,8	18,1	100	2486
Plus pauvre	75,9	24,0	100	2378
Ensemble	74,5	25,4	100	13356

Source : Enquête de base, volet Ménage ,2012

2.3.2 Statut de l'emploi et Branche d'activité des actifs occupés

Statut de l'emploi

L'examen des résultats par statut dans l'emploi révèle que l'emploi salarié est très peu développé. Il n'englobe que 5,7% des actifs occupés, ces derniers sont majoritairement des indépendants (76%) puis des aide-familiaux (18%). L'observation spatiale des données montre qu'il n'y a pas de grandes différences entre les régions, le constat est le même qu'au niveau global.

En fonction du sexe, l'emploi salarié est deux fois plus faible chez les femmes que chez les hommes alors que la proportion des indépendants est presque identique dans les deux sous-échantillons. Il ressort des résultats que les pauvres sont proportionnellement plus employés alors les riches travaillent le plus souvent pour leur propre compte.

Branche d'activité

L'agriculture et l'élevage restent la principale branche d'activité économique. En effet, ce secteur englobe la majorité de la population occupée quel que soit la caractéristique considérée. En dehors du commerce qui regorge environ 12% des actifs occupés, les autres branches d'activités sont presque moins développées. L'analyse spatiale des résultats indique que l'industrie est relativement plus visible dans la Région 2 et le commerce dans les Régions 2 (13%) et la Région 6 (16%).

En dehors du secteur agro-pastoral et du commerce, la présence des femmes dans les autres branches d'activité est quasiment nulle. Par contre les hommes, bien que exerçant majoritairement dans l'agro-pastoral (69%), sont un peu dispersés dans d'autres branches d'activité. Ainsi sur cent actifs occupés de sexe masculin environ 7 travaillent dans l'industrie, 4 pratiquent la chasse ou la pêche, 7 sont des commerçants et 2 sont dans le secteur des bâtiment/construction.

Selon l'analyse intergénérationnelle des données, c'est entre 20 et 34 ans que la chance d'exercer dans des secteurs autre que l'agriculture et commerce est relativement élevée.

Tableau 2.11: Répartition des actifs de 15 ans et plus selon le statut dans l'emploi et selon la branche d'activité

	Statut dans l'emploi						Branche d'activité										Effectif
	Salarié	Indépendant	Aide familial	Apprenti	Membre de coopérative	Chômeur	Agro-pastoral	Chasse/pêche	Industrie *	Commerce	Bâtiment	Administration	Santé enseignement	Transport et restauration	Autre		
Région																	
Région 2	5,0	87,6	5,0	0,4	1,4	0,7	61,2	2,1	16,6	13,0	0,8	1,2	0,4	1,5	3,2	1604	
Région 3	2,4	85,6	11,6	0,0	0,2	0,2	84,9	0,4	0,9	8,1	0,4	1,1	0,5	0,2	3,4	3131	
Région 4	9,9	71,1	17,5	1,3	0,1	0,1	80,4	1,0	1,2	11,8	0,3	0,9	0,2	0,1	4,2	3199	
Région 6	4,7	74,6	18,8	0,1	0,1	1,6	65,9	6,2	2,1	16,9	0,6	1,4	1,1	1,7	4,2	1992	
Sexe																	

Masculin	8,2	80,0	9,5	1,1	0,6	0,6	67,0	4,0	8,4	8,8	1,0	2,3	0,7	1,5	6,3	4590
Féminin	3,4	78,6	17,3	0,0	0,2	0,4	82,5	0,3	0,4	14,7	0,0	0,1	0,3	0,1	1,5	5336
Groupes d'âge																
15-19	9,2	65,4	24,7	0,0	0,4	0,2	76,3	1,6	3,5	13,4	0,2	0,0	0,1	0,1	4,7	1152
20-24	1,2	81,0	17,3	0,0	0,3	0,2	78,7	1,9	4,1	12,7	0,1	0,0	0,1	1,0	1,5	2070
25-29	2,3	82,2	12,2	2,1	0,4	0,7	71,0	1,9	5,5	15,1	0,5	0,3	0,2	0,9	4,7	2154
30-34	2,9	85,6	10,1	0,1	0,4	0,9	74,3	3,3	3,7	10,7	0,4	2,4	0,4	0,6	4,2	1699
35-39	14,1	78,5	6,5	0,1	0,3	0,5	73,8	1,8	6,0	9,6	0,4	2,6	1,6	0,6	3,6	1206
40-44	11,8	78,6	8,9	0,1	0,5	0,1	76,5	1,5	3,0	7,6	1,6	1,7	1,8	1,3	5,0	791
45-49	8,1	77,8	11,9	0,1	0,3	1,8	79,9	0,7	1,4	10,6	0,5	2,3	0,2	0,8	3,6	460
50-54	6,2	82,8	10,8	0,0	0,3	0,0	77,7	4,7	1,6	6,5	2,2	3,7	0,5	0,2	2,9	394
Quintile de niveau de vie																
Plus riche	8,3	76,1	12,0	1,7	0,5	1,3	56,3	1,3	6,1	21,6	1,0	2,4	1,5	1,9	7,9	2085

Riche	12,0	73,7	12,8	0,3	0,6	0,6	73,7	1,3	7,0	13,4	0,7	0,6	0,3	0,6	2,2	2005
Moyen	2,4	78,8	18,5	0,0	0,2	0,1	81,3	4,4	3,0	7,4	0,1	1,0	0,1	0,4	2,3	1977
Pauvre	0,8	87,7	11,1	0,0	0,3	0,2	85,9	1,6	2,3	7,0	0,2	0,1	0,1	0,1	2,8	1952
Plus pauvre	1,3	83,4	15,1	0,0	0,2	0,0	90,1	2,2	0,4	4,3	0,1	1,0	0,1	0,0	1,7	1906
Ensemble	5,7	79,3	13,7	0,5	0,4	0,5	75,2	2,1	4,2	11,9	0,5	1,1	0,5	0,7	3,8	9926

Source: Enquête de base Volet Ménage, 2012

*Industrie extractive principalement

Chapitre 3 : Demande des soins de santé

3.1 Etat de santé des populations

Cette partie porte sur le statut de santé des membres des ménages visités. Il comporte deux parties que sont la perception de la population sur leur état de santé au moment de l'enquête, prévalence des maladies chroniques et celle des handicaps physiques mentaux au sein de la population, la morbidité au cours des quatre dernières semaines précédant la collecte. Sont également abordés, les aspects corollaires comme la recherche des soins, l'impact de la maladie sur le temps de travail et sur la fréquentation scolaire ainsi que les dépenses liées à la santé.

3.1.1 Etat nutritionnel des enfants de moins de 5 ans

L'objectif du millénaire pour le développement en rapport avec la nutrition est de réduire de moitié la proportion des personnes souffrant de faim en 1990 et 2015. La malnutrition étant associée aux causes de décès de nombreux enfants dans le monde, une réduction de sa prévalence contribuera également à l'atteinte de l'objectif 4 des OMD qui est de réduire la mortalité infanto-juvénile.

Pour mesurer la malnutrition dans une population, on compare, par le biais des mesures anthropométriques prises sur le terrain, l'état nutritionnel de ses enfants à celui des enfants de la population de référence².

Trois indicateurs exprimés en unités d'écart-type de la médiane de la population de référence sont en général utilisés : (i) le rapport poids-pour-âge qui exprime la malnutrition aiguë, (ii) le rapport taille-pour-âge qui mesure le retard de la croissance ou malnutrition chronique et (iii) le rapport poids-pour-taille qui indique l'émaciation ou l'insuffisance pondérale. Dans chacun des trois cas, la malnutrition est dite modérée si le rapport est entre deux à trois écart-types en dessous de la médiane de référence, sévère si le rapport est à plus de trois écart-types en dessous de la médiane de référence.

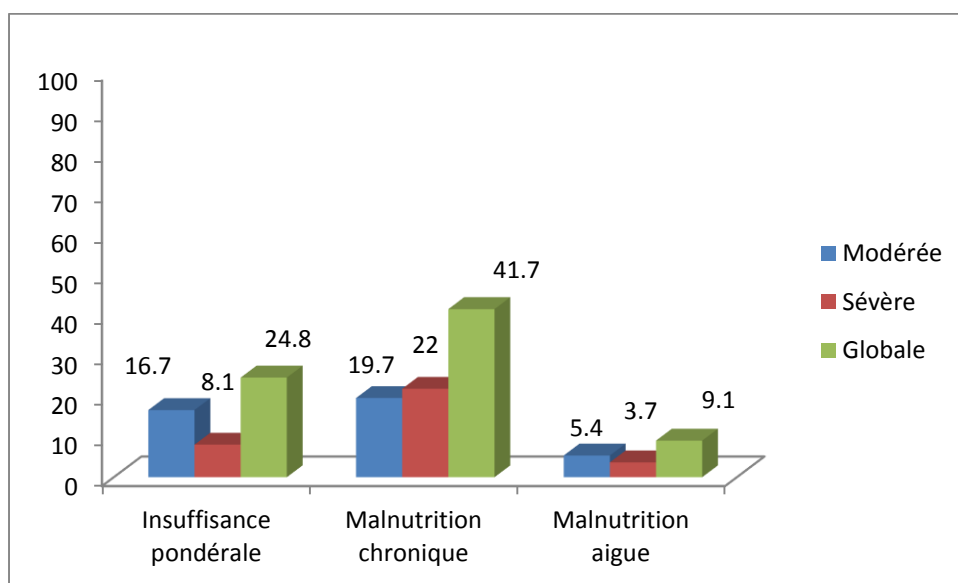
Pour disposer de chacun de ces rapports, la date de naissance (jour, mois et année) de l'enfant ainsi que la mesure anthropométrique correspondante doivent être renseignées. Si l'une de ces deux informations n'est pas fournie, l'indicateur ne peut être calculé. Sur 8657 enfants

² Référence WHO (MGRS) 2006 de l'OMS

dont les mesures anthropométriques ont été prises, 2597 sont exclus dans le calcul des indicateurs de nutrition faute de date de naissance.

D'après les résultats, environ 15% des enfants souffrent d'insuffisance pondérale modérée et 8% sont affectés par la forme sévère de cette malnutrition, soit un pourcentage global de 23%. Le retard de croissance ou la malnutrition chronique touche environ 21% des enfants quel que soit sa forme. L'émaciation est le type de malnutrition la moins répandue ; elle affecte, dans sa forme modérée, 5% des enfants de moins de cinq ans et 3,4% sous sa forme sévère.

Figure 6 : Etat nutritionnel des enfants de moins de 5 ans



La distribution de la malnutrition par région montre qu'il n'y a pas de différence significative entre les régions. Néanmoins, on constate que l'insuffisance pondérale est plus répandue dans la région 2 (24%) et la région 4 (25%), la malnutrition chronique plus fréquente dans la région 2 (44%) et la région 3 (43%) et la malnutrition aigue dans les régions 3 et 4.

L'examen des données par sexe indique la prévalence de l'insuffisance pondérale et de la malnutrition chronique est plus élevée chez les garçons que chez les filles : 25% des garçons souffrent de l'insuffisance pondérale contre 20% chez les filles et près de 46% de garçons ont connu un retard de croissance contre 38% chez les filles.

L'analyse des trois indices par tranche d'âge montre que la malnutrition chronique et l'insuffisance pondérale, qu'elles soient modérées ou sévères, sont relativement moins répandues avant l'âge de 6 mois qui est la période d'allaitement maternel exclusif. Au-delà du sixième mois, la prévalence de ces deux types de malnutrition enregistre une augmentation tendancielle pour atteindre un pic entre 12-24 mois ou 23- 35 mois puis décroît lentement.

D'après le tableau 3.1, les enfants vivant dans les ménages aisés sont en général moins exposés au retard de croissance et à l'insuffisance pondérale que ceux issus des ménages pauvres

Tableau 3.1: Pourcentage d'enfants âgés de 0-59 mois qui sont sévèrement ou modérément malnutris

	Insuffisance pondérale			Malnutrition chronique			Malnutrition aigue			Effectif pondéré d'enfants
	Modéré e	Sévère e	Global e	Modéré e	Sévère e	Global e	Modéré e	Sévère e	Global e	
Région										
Région 2	13,7	7,9	21,6	21,1	23	44,1	4,4	3,1	7,5	911
Région 3	18,1	6,7	24,8	21,2	24,4	45,6	5,5	2,4	7,9	2186
Région 4	19,1	10,8	29,9	18,5	20,5	39	6,5	5,4	11,9	1824
Région 6	13,8	6,8	20,6	17,8	19,3	37,1	4,8	4,2	9	1139
Sexe										
Garçons	18,7	9	27,7	20,1	24,1	44,2	4,6	4,2	8,8	3094
Filles	14,5	6,9	21,4	19,3	19,6	38,9	6,4	3,1	9,5	2966
Age de l'enfant										

	Insuffisance pondérale			Malnutrition chronique			Malnutrition aigue			Effectif pondéré d'enfants
	Modéré e	Sévère e	Global e	Modéré e	Sévère e	Global e	Modéré e	Sévère e	Global e	
< 6 mois	9	4,5	13,5	10	8,4	18,4	4,7	7,6	12,3	1162
6-11 mois	16,3	3,9	20,2	14,5	6,7	21,2	7,2	4,1	11,3	745
12-23 mois	22,1	10,6	32,7	24,7	22	46,7	10,9	4,1	15	1491
24-35 mois	15,1	13	28,1	21,5	38,9	60,4	3,6	2	5,6	931
36-47 mois	20,3	7	27,3	27,9	30,5	58,4	1,8	2,1	3,9	949
48-59 mois	17,8	7,2	25	19,7	26,3	46	1,4	0,6	2	762
Niveau d'instruction de la mère										
Sans niveau	17,2	7,7	24,9	20	23,4	43,4	5	2,9	7,9	3330
Primaire	17,9	9,2	27,1	19,3	20,8	40,1	5,6	4,8	10,4	2307

	Insuffisance pondérale			Malnutrition chronique			Malnutrition aigue			Effectif pondéré d'enfants
	Modéré e	Sévère e	Global e	Modéré e	Sévère e	Global e	Modéré e	Sévère e	Global e	
Secondaire et plus	9	4,7	13,7	20	20,4	40,4	6,8	3	9,8	423
Quintile de niveau de vie										
Très riche	11,4	4,7	16,1	18,5	19,6	38,1	4,2	3,2	7,4	1391
Riche	16,6	11,6	28,2	18,3	24,2	42,5	3,4	5,6	9	1328
Moyen	14,7	7,7	22,4	18,2	20,7	38,9	5,9	4	9,9	1247
Pauvre	25,6	7,6	33,2	21,7	23,9	45,6	10,1	2,4	12,5	1077
Plus pauvre	19,2	9,7	28,9	23,8	22,7	46,5	5,2	3	8,2	1017
Ensemble	16,7	8,1	24,8	19,7	22	41,7	5,4	3,7	9,1	6060

Enquête de base, volet Ménage 2012

3.1.2 Perception des populations sur leur état de santé actuel

Lors de la collecte, il est demandé à chaque membre adulte des ménages enquêtés de se prononcer sur leur état de santé actuel selon une échelle à quatre (4) niveaux : excellent, bon, passable et médiocre. Pour les enfants de moins de 15 ans, la question est posée à la mère ou au gardien(ne) principal(e).

Il ressort des résultats que la majorité des personnes interviewées pense être en bonne santé. En effet, environ 23% de la population affirment être en excellente santé et 56% en bonne santé et seulement 5,5% des individus déclarent que leur état de santé est médiocre. La perception de la population sur l'état de santé ne varie significativement avec les caractéristiques des individus. Toutefois, on remarque que les individus ayant déclaré un état de santé excellent, sont plus fréquemment observés dans les régions 2 et 4 et au sein de la population riche.

Tableau 3.2: Perception de la population sur leur état de santé actuel

Perception sur l'état de santé actuel							Effectif de population enquêtée
Excellent	Bon	Passable	Médiocre	Ne sait pas	Total		
Région							
Région 2	36,6	46,1	12,5	4,7	0,0	100	5436
Région 3	12,6	67,0	14,5	5,9	0,0	100	9613
Région 4	27,9	44,4	20,2	7,6	0,0	100	8676
Région 6	19,3	63,7	13,1	3,2	0,6	100	6702
Sexe							
Masculin	23,2	56,9	14,4	5,4	0,1	100	14467
Féminin	22,6	55,7	16,0	5,6	0,2	100	15959
Groupe d'âge							
0-4	20,7	54,6	16,8	7,6	0,3	100	9078
5-9	23,5	63,1	10,1	3,1	0,2	100	5119

10-14	26,9	62,4	5,8	4,8	0,0	100	2873
15-19	28,6	59,8	8,5	3,0	0,0	100	2143
20-24	22,1	58,8	14,4	4,7	0,0	100	2745
25-29	21,9	50,5	23,2	4,4	0,0	100	2613
30-34	22,0	51,6	21,6	4,7	0,0	100	1978
35-39	23,9	50,8	18,9	6,4	0,0	100	1389
40-44	24,0	52,5	20,9	2,7	0,0	100	903
45-49	20,5	49,6	23,9	6,0	0,0	100	518
50-54	18,9	43,8	25,1	12,2	0,0	100	477
55 et plus	18,4	39,5	25,5	16,6	0,0	100	591
Bien-être							
Plus riche	27,1	57,4	11,3	4,2	0,0	100	7328
Riche	29,7	50,8	15,2	4,3	0,0	100	6223
Moyen	19,7	58,8	15,5	5,3	0,7	100	5880
Pauvre	17,7	55,3	17,9	8,9	0,1	100	5641
Plus pauvre	14,0	59,8	19,9	6,3	0,0	100	5354
Ensemble	22,8	56,2	15,3	5,5	0,1	100	30426

Enquête de base, volet Ménage 2012

3.1.3 Prévalence des handicaps et des maladies chroniques

Pendant l'enquête, on a posé la question à tout membre d'un ménage choisi de savoir s'il souffre d'un handicap et/ou d'une maladie chronique. Dans affirmative, l'interviewé est invité à lister trois maux dont il souffre.

Le tableau 3.3 montre que la prévalence des maladies chroniques (2,7%) est faible ainsi que celle des handicaps physiques ou mentaux (1,3%). Cette tendance est la même dans l'espace. Ce résultat pourrait être dû par le fait que la population enquêtée a sous-estimé leurs maladies et elle considère comme maladie non chronique en raison du manque d'informations sur les maladies chroniques les atteintes ou en raison du manque de formation des agents de santé sur les maladies chroniques.

L'examen des données par sexe et par niveau de bien-être de l'individu ne révèle pas de différence significative. Par contre, l'analyse selon l'âge montre que les plus jeunes sont moins affectés que les personnes adultes. En effet, la proportion des maladies chroniques et des handicaps augmente à mesure que l'âge devient élevé.

Tableau 3.3: Pourcentage des individus souffrant de handicaps ou de maladies chroniques au moment de l'enquête

	% de handicaps	% de maladies chroniques	Effectifs
Région			
Région 2	1,3	1,8	5436
Région 3	1,3	1,1	9613
Région 4	1,2	3,6	8676
Région 6	1,6	4,5	6702
Sexe			
Masculin	1,7	3,1	14467
Féminin	1,0	2,3	15959
Groupe d'âge			

	% de handicaps	% de maladies chroniques	Effectifs
0-4	0,6	1,3	7328
5-9	0,8	1,2	6223
10-14	0,7	1,2	5880
15-19	0,3	2,0	5641
20-24	1,1	2,2	5354
25-29	1,4	3,1	30426
30-34	1,5	5,4	7328
35-39	3,5	6,9	6223
40-44	4,0	8,0	5880
45-49	2,5	4,7	5641
50-54	6,2	10,9	5354

	% de handicaps	% de maladies chroniques	Effectifs
55 et plus	11,9	12,7	30426
Bien-être			
Plus riche	1,4	2,8	7328
Riche	1,3	2,5	6223
Moyen	1,2	2,0	5880
Pauvre	1,0	2,7	5641
Plus pauvre	1,8	3,3	5354
Ensemble	1,3	2,7	30426

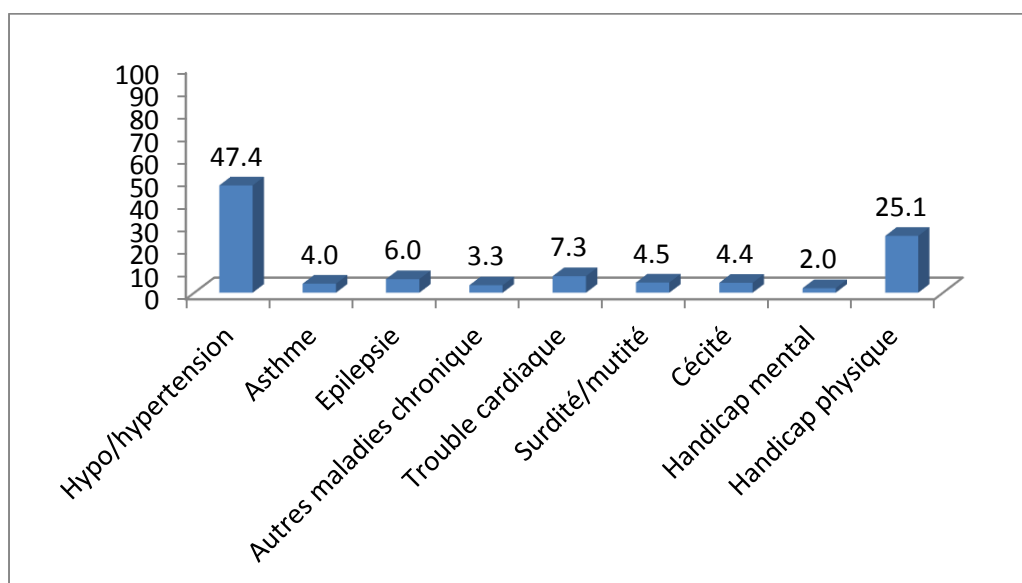
Enquête de base, volet Ménage 2012

Au sein de la population souffrant de handicaps et de maladies chroniques, on remarque l'hypertension et l'hypotension constituent le problème sanitaire le plus répandu; ils affectent 47% des individus.

Les handicaps physiques qui touchent 25% de la population souffrant d'une maladie chronique ou un handicap est le deuxième problème sanitaire ; c'est aussi la forme de handicap la plus courante comparativement aux handicaps mentaux dont la prévalence est seulement de 2%.

Les troubles cardiaques (7,3%), l'épilepsie (6%), l'asthme (4%) et la cécité (4,4%) bien que affectant moins de 10% des personnes ayant des maladies chroniques demeurent également des problèmes sanitaires non négligeables auxquels il convient de donner des réponses adéquates.

Figure 5 Répartition des individus souffrant de maladies chroniques ou de handicaps par type de maladie et de handicap



Source : Enquête de base, volet Ménage ,2012

3.2 Morbidité au cours des quatre dernières semaines et recherche des soins

3.2.1 Prévalence des maladies

En plus des questions sur les maladies chroniques et des handicaps, il est demandé à l'enquêté de dire s'il a souffert d'une maladie ou a présentant des symptômes de maladies au cours des 4 dernières semaines précédant l'interview. Au cas où il répond oui, on poursuit l'interview pour déterminer la maladie ou symptôme dont il a été affecté.

Il ressort de ce résultat qu'environ 10% de la population ont été malades et 15% ont présenté des symptômes de maladies au cours des 4 dernières semaines précédant l'interview.

L'examen des données par région sanitaire prouve le niveau le plus faible de la prévalence des maladies est enregistré dans la région 3; cela pourrait être résultat d'une sous-déclaration dans la mesure où les personnes interrogées n'ont pas fait l'objet de diagnostic pendant la période de référence.

Il ressort des résultats que la prévalence des maladies est plus élevée chez les femmes (12%) que les hommes (9%). De même les personnes âgées sont plus touchées que les jeunes au cours des quatre dernières semaines.

Tableau 3.4: Pourcentage des individus malades ou présentant des symptômes durant les 4 dernières semaines précédant l'enquête et répartition des individus malades selon la durée de la maladie

	Ensemble de la population			Population malade selon la durée de la maladie			
	% malades	% individus avec des symptômes	Effectif pondéré	Moins de 7 jours	7-14 jours	Plus de 14 jours	Effectif pondéré
Région							
Région 2	16,0	17,7	5436	43,5	32,9	23,6	1122
Région 3	6,8	11,8	9613	32,3	36,7	30,9	1668
Région 4	11,0	17,0	8676	41,6	38,4	20,0	2196
Région 6	10,3	16,3	6702	49,1	28,8	22,1	1288
Groupe d'âge							
0-4	12,4	22,3	9078	45,9	36,7	17,4	2568

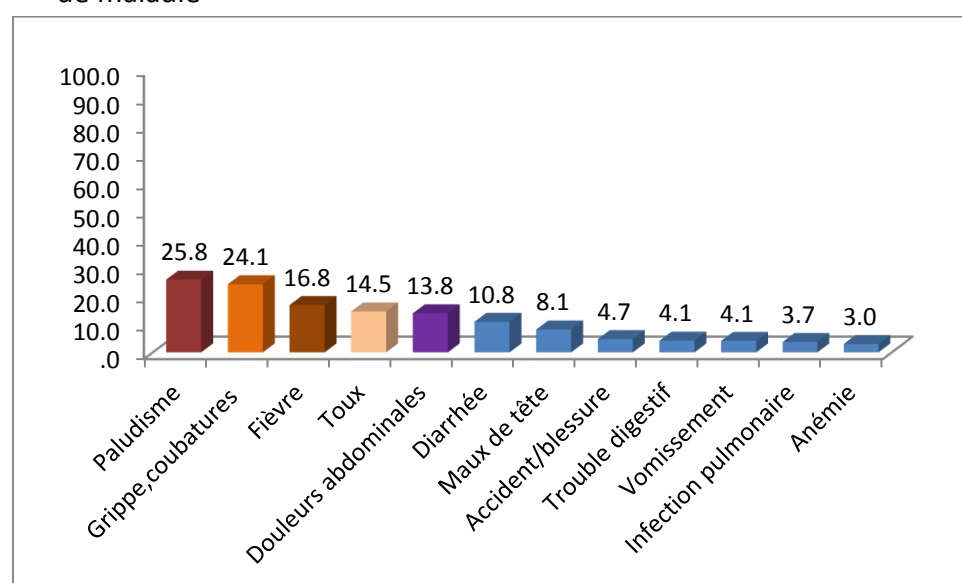
5-9	4,7	8,5	5119	44,1	34,7	21,2	600
10-14	3,0	5,1	2873	41,2	30,5	28,3	199
15-19	7,5	9,8	2143	61,9	25,7	12,4	288
20-24	11,2	16,0	2745	38,3	35,6	26,1	552
25-29	14,4	13,5	2613	40,4	35,2	24,4	581
30-34	13,4	16,9	1978	29,3	39,3	31,4	477
35-39	17,2	17,1	1389	34,0	31,8	34,3	335
40-44	11,8	16,2	903	35,3	17,6	47,1	221
45-49	18,1	19,5	518	27,9	30,9	41,2	150
50-54	18,9	20,3	477	32,9	35,3	31,8	136
55 et plus	19,2	23,0	591	27,2	32,7	40,1	167
Sexe							
Masculin	9,3	15,0	14467	41,0	32,3	26,7	2858

Féminin	11,6	15,7	15959	42,2	36,3	21,6	3416
Bien-être							
Plus riche	10,6	15,1	7328	47,5	30,2	22,3	1484
Riche	10,8	15,9	6223	43,6	37,4	19,0	1284
Moyen	11,3	14,2	5880	38,5	38,0	23,5	1260
Pauvre	10,3	17,6	5641	40,6	34,7	24,7	1180
Plus pauvre	9,3	13,9	5354	30,8	34,4	34,9	1065
Ensemble	10,5	15,3	30426	41,6	34,5	23,9	6273

Source : Enquête de base, volet Ménage ,2012

L'examen des individus ayant été malade au cours des quatre dernières semaines par type de maladie indique que le paludisme (26%), la grippe (24%), la fièvre (17%), les douleurs abdominales et la toux (14%), la diarrhée (11%), les troubles digestif (4%) et l'infection pulmonaire (3,7%) sont les maladies ou symptômes les plus répandues ,

Figure 6: Répartition des individus malades au cours des 4 dernières semaines selon le type de maladie



Source : Enquête de base, volet Ménage ,2012

3.2.2 Dépenses liées aux soins

Les données sur la dépense consentie par les ménages pour chaque membre malade au cours des quatre dernières semaines a été enregistrées durant la collecte.

Il ressort du tableau 3.5 qu'en moyenne les ménages ont dépensé 1331 FCFA pour chaque individu malade. Au plan régional, le niveau de dépense moyenne par individu malade la plus élevé est observé dans la région 2 (1988 FCFA) et le plus bas dans la région 6 (13039 FCFA).

Les ménages dirigés par les femmes ont dépensés moins d'argent pour soigner leurs membres malades par rapport à ceux dirigés par les hommes. De même les ménages dont le chef a atteint un niveau secondaire ont dépensé plus d'argent pour les soins que ceux dirigés par les individus de niveau primaire ou sans niveau.

Toutefois, dans la plupart des cas, les dépenses consacrées aux soins des membres des ménages n'excèdent pas 2000 FCFA. En effet, plus de 85% des ménages ont dépensé entre 0 et 2000 FCFA pour fournir des soins à leurs membres de la famille malade et ce quel que soit les caractéristiques du ménage.

Tableau 3.5: Dépense moyenne et niveau de dépense effectuée par les ménages pour les individus malade au cours des 4 dernières semaines

Résultats des 14 dernières semaines					
	dépense moyenne	Niveau de dépense par ménage			
		0-2000	2000-4000	Plus de 4000	Total
Région					
Région 2	1987,9	88,4	3,9	7,7	100
Région 3	1246,9	86,3	9,4	4,3	100
Région 4	1052,9	89,1	6,9	4,0	100
Région 6	1039,5	88,1	7,0	4,9	100
Sexe du chef de ménage					
Masculin	1353,2	88,2	6,5	5,2	100
Féminin	1193,4	87,1	8,0	4,9	100
Âge du chef de ménage					
15-19	653,0	93,1	6,0	0,9	100
20-24	1037,1	92,7	3,7	3,7	100
25-29	999,5	89,8	7,6	2,6	100
30-34	1499,0	82,8	9,1	8,1	100
35-39	1604,8	91,1	2,9	5,9	100
40-44	1415,6	83,2	10,6	6,2	100
45-49	1733,2	88,0	7,9	4,0	100
50-54	877,2	90,5	4,4	5,1	100
55 et plus	1906,1	85,6	6,6	7,8	100
Niveau d'instruction du CM					
Sans instruction	1336,2	89,9	6,4	3,8	100
Primaire	1142,2	89,1	6,1	4,8	100
Secondaire et plus	1732,8	84,0	8,6	7,4	100
Quintile de bien-être					
Plus riche	2156,0	85,0	6,8	8,2	100
Riche	1149,9	89,1	7,6	3,3	100
Moyen	1001,4	91,0	3,1	5,9	100
Plus pauvre	800,2	92,6	2,6	4,8	100
Pauvre	1051,6	84,4	13,1	2,6	100
Ensemble	1331,5	88,1	6,7	5,2	100

Source : Enquête de base, volet Ménage ,2012

3.3 Utilisation des services de santé infantile

Depuis la ratification de la Convention relative aux Droits de l'Enfant (CDE,1992) et l'adoption de la Déclaration du Sommet mondial pour l'Enfant (SME,1990), le gouvernement centrafricain, en vue de garantir la santé des enfants, a multiplié au plan national un certain nombre d'initiatives telles que le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS, 1994-1998), le Plan Intérimaire de Santé (PIS, 2000-2002), le PNDS 2006-2015 et le Document Stratégique pour la Réduction de la Pauvreté (DSRP) 2008-2010- accordant une priorité à la lutte contre les maladies de l'enfance.

3.3.1 Couverture vaccinale chez les enfants, complémentation en vitamine A

Selon la politique nationale en matière de vaccination, en conformité avec les directives de l'UNICEF et de l'OMS, un enfant doit recevoir le vaccin BCG à la naissance jusqu'à 15 jours, trois doses de PENTAVALENT respectivement à 6, 10 et 14 semaines, quatre doses de VPO (Vaccin Polio Oral) dont une dose à la naissance et trois autres doses à 6, 10 et 14 semaines, une dose de VAR à 9 mois et une de VAA à 11 mois pour être protégées contre les maladies de l'enfance.

Pendant la collecte, on a demandé aux mères ou gardiennes principales de présenter le carnet de vaccination des enfants de moins de 5 ans. Si le carnet n'existe pas, l'enquêteur demande à la mère si l'enfant a reçu chaque vaccin cité ainsi que le nombre de fois pour les vaccins à doses multiples.

Couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois

Le Tableau 3.6 donne la couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois selon le carnet de vaccination et la déclaration de la mère.

Le taux de couverture vaccinale varie selon les différents antigènes. Ainsi, environ 60% des enfants de 12 à 23 mois ont reçu le vaccin BCG d'après le carnet de vaccination ou la déclaration de la mère, 48% sont vaccinés contre la poliomyélite à la naissance, 43% ont reçu les trois du vaccin Polio, 32% les trois doses du vaccin Pentavalent, 15% ont eu toutes les doses du vaccin contre pneumonie, 43% sont immunisés contre la rougeole et 38% contre la fièvre jaune..

On constate une baisse régulière du taux de couverture entre la première et la dernière dose des vaccins contre la poliomyélite, la pneumonie et le vaccin pentavalent. Ce qui signifie que les mères ou gardiennes en général n'observent pas le calendrier vaccinal.

S'agissant de la couverture vaccinale par rapport à l'intégralité des vaccins PEV³, on constate que rares sont les enfants complètement vaccinés. En effet, selon le carnet de vaccination, la proportion de ceux qui sont complètement vaccinés est de 7,5% et à peine 2% l'ont été avant le premier anniversaire. Même si l'on exclut le vaccin contre la pneumonie du calcul du taux de couverture comme à la MICS 2010, la proportion des enfants âgés de 12 à 23 mois complètement vaccinés avant leur premier anniversaire reste quasiment identique à la précédente (2,4%). Ce niveau est plus bas que la moyenne nationale obtenue à la MICS 2010

³ BCG, Polio, Pentavalent, rougeole, fièvre jaune, pneumonie

(8,5%). Cette différence s'expliquerait en partie par la présence dans l'échantillon de MICS 4 des préfectures comme Bangui et Ombella-M'poko dont le fort taux de couverture, lié à la bonne disponibilité et la facilité d'accès aux services de vaccination, tire vers le haut le résultat national. Or ces préfectures ne sont pas inclut dans la zone d'étude.

Tableau 3.6: Pourcentage d'enfants de 12-23 mois vaccinés et ayant reçu tous les vaccins PEV avant leur 1er anniversaire selon les sources d'information

	Carnet de vaccination	Déclaration de la mère/gardienne	Les deux sources	Avant le premier anniversaire
BCG	22,7	37,7	60,4	19,9

Polio				
Polio-0	23,6	24,7	48,3	19,2
Polio-1	22,7	33,7	56,4	21,0
Polio-2	18,6	31,8	50,4	15,9
Polio-3	15,5	27,8	43,3	12,0
Pentavalent				
Penta 1	23,2	33,1	56,3	20,6
Penta 2	20,9	23,0	43,9	15,9
Penta 3	18,5	13,3	31,8	13,4
Pneumonie				
Pneumo-1	15,0	13,1	28,1	11,3
Pneumo-2	13,4	8,4	21,9	9,2
Pneumo-3	11,0	4,1	15,1	6,5

Rougeole	16,1	26,6	42,6	7,9
Fièvre jaune	12,8	24,9	37,8	4,8
Tous les vaccins PEV	7,5	0,0	7,5	1,7
Tous vaccins PEV selon MICS 4	8,0	0,0	8,0	2,4
Effectif	2006	2006	2006	2006

Source : Enquête de base, volet FOSA, 2012

Couverture vaccinale chez les enfants de 12-59 mois

Le Tableau 3.7 montre qu'environ 14 % des enfants de 12-59 mois n'ont reçu aucun vaccin PEV. Dans les régions, Ce taux est qui est de 6% dans la Région 4 atteint 12% dans les Région 2, 16% dans la région 6 et 20% dans la Région 3.

De tous les vaccins PEV, le BCG est le seul à être administré à plus de la moitié des enfants de moins de 5 ans (61%). Pour les vaccins à multiples doses, on relève une déperdition entre la première dose et la dernière, quelque soit la variable de différenciation considérée. Il est à remarquer que l'ampleur de la déperdition entre première et dernière doses est plus prononcée pour le vaccin pentavalent que pour les vaccins contre la poliomyélite et la pneumonie.

Tableau 3.7: Couverture vaccinale: pourcentage d'enfants de 12-59 ayant été vacciné à un moment quelconque

	BCG	Poliomyélite				Pentavalent			Rougeole (VAR)	Fièvre jaune (VA)	Pneumonie			Aucun vaccin PEV	Effectif
		0	1	2	3	1	2	3			1	2	3		
Région															
Région 2	63,7	45,8	50,8	42,6	36,2	60,6	46,5	29,9	49,1	41,0	26,1	17,2	10,8	12,0	1118
Région 3	59,8	33,6	50,0	47,7	45,3	50,2	39,5	27,9	37,0	43,3	22,7	17,6	13,3	20,4	2070
Région 4	64,9	53,6	59,3	56,6	53,4	65,4	58,5	47,7	56,5	59,8	37,6	35,1	25,0	6,0	1754
Région 6	56,8	38,1	51,3	49,1	41,8	48,7	39,1	22,2	41,5	41,9	18,2	14,0	5,6	15,8	1480
Sexe de l'enfant															
Masculin	60,8	42,3	52,0	47,6	43,5	57,2	45,7	31,8	45,9	47,5	27,6	22,1	13,7	13,6	3243
Féminin	61,7	42,2	53,8	51,1	46,3	54,6	45,9	32,8	45,0	46,4	25,1	20,7	14,8	14,3	3179
Instruction de la mère															
Sans niveau	56,4	33,5	54,0	50,0	44,7	49,4	39,0	24,7	39,3	42,2	22,2	16,4	11,2	17,1	3745
Primaire	66,0	51,7	52,5	49,2	45,7	63,1	53,2	40,6	53,2	53,0	31,2	27,6	17,6	9,3	2342
Secondaire et plus	73,0	57,4	46,2	44,8	42,4	66,6	57,4	45,2	49,9	49,1	31,8	25,4	19,2	16,5	335
quintile de bien-être															
Très riche	73,9	56,2	44,2	38,1	32,6	68,6	56,1	40,1	53,4	50,6	33,2	27,5	15,0	13,0	1376
Riche	71,1	45,6	58,9	57,2	51,5	69,8	55,8	40,1	57,2	54,8	34,3	27,2	19,1	7,0	1308
Moyen	54,6	35,1	58,4	56,1	51,9	48,0	38,0	26,2	39,2	42,4	21,4	16,8	12,3	13,5	1317
Pauvre	53,0	43,7	45,2	40,0	37,2	46,6	41,1	29,8	41,3	44,2	22,5	18,5	13,2	17,7	1230
Plus pauvre	44,7	22,8	60,8	59,1	56,0	36,6	30,1	19,3	29,4	38,7	14,9	12,4	10,0	20,7	1191
Ensemble	61,2	42,2	52,9	49,4	44,9	55,9	45,8	32,3	45,5	46,9	26,3	21,4	14,3	13,9	6422

Source : Enquête de base, volet ménage, 2012

3.3.2 Supplémentation des enfants en vitamine A

Sur la base des directives de l'UNICEF et de l'OMS, le Ministère de la Santé Publique, de la Population et de la Lutte contre le SIDA de la RCA recommande que les enfants âgés de 6-11 mois reçoivent des capsules de vitamine A à dose élevée et ceux de 12-59 mois reçoivent une capsule de vitamine A tous les 6 mois.

Le tableau 3.8 donne le pourcentage des enfants de moins de trois ans ayant reçu la vitamine A selon le nombre de dose. Il ressort que 53,5% des enfants de cette tranche d'âge ont reçu la première dose et environ 35,5% la deuxième dose.

Au niveau spatial la région 4, avec 43% des enfants ayant reçu deux doses de vitamines A, est la plus performante; elle est secondée par la région 6 (33,7%) et la région 3 (34%)..

La couverture de la supplémentation en vitamine A varie significativement avec le niveau d'instruction de la mère et avec le niveau de vie. Il passe de 36% chez les enfants dont la mère n'a aucun niveau à 44% chez ceux dont la maman a atteint au moins le niveau secondaire quant à la prise des deux doses. Cette tendance est la même pour la première et la deuxième dose.

Les résultats montrent aussi qu'un intérêt est accordé un plus à la supplémentation des filles que celle des garçons. En effet, qu'il s'agisse d'une dose ou de deux, le taux de couverture chez les filles est légèrement plus élevé que celui des garçons.

Tableau 3.8: Couverture vaccinale: pourcentage d'enfants de moins de 3 ans ayant reçu la vitamine A

	Première dose vitamine A	Deuxième dose vitamine A	Effectif
Région			
Région 2	49,1	30,0	1087
Région 3	50,9	34,3	1910
Région 4	63,2	43,2	1651
Région 6	50,4	33,7	1403
Sexe			
Masculin	52,0	33,8	3062
Féminin	55,1	37,4	2989
Niveau d'instruction de la mère			

	Première dose vitamine A	Deuxième dose vitamine A	Effectif
Sans niveau	51,4	35,6	3482
Primaire	54,7	33,7	2207
Secondaire et plus	61,1	43,8	362
Quintile de bien-être économique			
Plus riche	55,1	38,4	1284
Riche	56,2	32,3	1250
Moyen	50,6	36,1	1235
Pauvre	54,8	35,0	1176
Plus pauvre	49,5	35,3	1106
Ensemble	53,5	35,5	6051

Source : Enquête de base, volet ménage, 2012

3.3.3 Protection contre le tétanos néonatal

Réduire de trois quart le taux de mortalité maternelle est l'un des OMD. Pour ce faire, une des stratégies consiste à éliminer le tétanos maternel et néonatal en s'assurant que toutes les femmes enceintes reçoivent au moins deux doses de vaccin antitétanique (VAT). Au plan national, le programme PEV recommande que les femmes enceintes reçoivent trois doses de VAT dont deux pendant la grossesse et un rappel à quarante cinq jours après l'accouchement.

Lors de la collecte, on a demandé à toutes les femmes de 15 à 49 ans ayant été enceintes une ou plusieurs fois au cours des 24 derniers mois si elles ont reçu le vaccin antitétanique pour chaque grossesse terminée par une naissance et dans l'affirmative, le nombre doses reçues.

Dans l'ensemble, 48% des femmes une fois enceinte durant les 24 derniers mois ont reçu deux doses de VAT; ce taux dépasse 50% dans les régions 3 et 4 tandis que dans les régions 2 et 6, il est en deçà de 43%. La couverture de VAT varie en fonction du niveau d'instruction de la femme et du niveau de bien-être économique. Ainsi, dans le sous-groupe de niveau secondaire, 59% des femmes, une fois enceintes, ont eu deux doses pendant la grossesse contre 51% pour celles qui n'ont pu franchir le cycle primaire et 45% des femmes non instruites. Dans les ménages très riches, le VAT a été administré à 58% des femmes pendant la grossesse alors dans les milieux très pauvres, cette proportion est de 39%.

Selon l'âge, on remarque que les femmes en début de la vie féconde et celles qui sont proches de la fin sont relativement plus nombreuses à recevoir deux doses de VAT pendant la grossesse.

Par ailleurs, on constate la proportion des femmes baisse entre la première et la troisième dose de VAT correspondant à une déperdition entre la première consultation prénatale et la dernière.

Tableau 3.9: Protection contre le tétanos néonatal: pourcentage des naissances des 24 derniers mois dont la mère est vaccinée contre le tétanos néonatal, nombre de vaccins VAT reçus

	Lors de la grossesse No 1				Lors de la grossesse No 2			
	Une dose	Deux doses	Trois doses	Effectifs	Une dose	Deux doses	Trois doses	Effectifs
Région								
Région 2	74,9	44,1	17,7	850	72,6	11,8	7,4	20
Région 3	69,4	50,9	26,7	1469	68,6	53,1	17,8	32
Région 4	70,2	53,9	22,8	1293	45,2	20,3	9,5	49
Région 6	61,4	42,5	17,9	1012	55,2	49,3	23,1	59
Issue de la grossesse								
Naissance vivante	69,2	48,5	22,0	4561	57,8	37,1	17,1	142
Mort-né	58,4	44,5	20,3	63	73,2	34,3	6,5	18

	Lors de la grossesse No 1				Lors de la grossesse No 2			
	Une dose	Deux doses	Trois doses	Effectifs	Une dose	Deux doses	Trois doses	Effectifs
Groupe d'âge								
15-19	75,3	52,6	20,0	736	46,8	23,0	8,6	24
20-24	69,7	47,6	23,7	1418	66,5	44,6	18,2	51
25-29	63,7	45,1	19,1	1146	56,6	44,6	19,9	47
30-34	67,0	48,1	20,7	687	36,5	26,2	19,9	23
35-39	73,9	52,0	28,7	419	85,9	4,8	0,0	10
40-44	72,7	55,3	30,3	177	66,7	46,9	0,0	5
45-49	57,2	45,7	15,3	41				
Niveau d'instruction								
Sans instruction	64,2	45,2	21,1	2603	42,1	25,2	15,4	95

	Lors de la grossesse No 1				Lors de la grossesse No 2			
	Une dose	Deux doses	Trois doses	Effectifs	Une dose	Deux doses	Trois doses	Effectifs
Primaire	72,1	50,9	22,7	1705	79,9	52,0	18,1	52
Secondaire et plus	87,4	59,0	25,3	301	81,5	44,0	7,9	11
Quintile de niveau de vie								
Plus riche	84,0	58,0	27,1	989	66,5	37,5	12,7	33
Riche	77,0	55,9	22,7	943	71,4	32,3	9,5	40
Moyen	62,8	42,3	19,7	914	23,5	14,8	1,8	27
Pauvre	58,2	41,3	16,9	912	62,4	46,7	27,9	41
Plus pauvre	55,1	39,1	21,0	866	59,9	53,6	25,9	19
Ensemble	69,0	48,4	22,0	4624	59,2	36,9	16,1	160

Source : Enquête de base, volet FOSA, 2012

3.3.4 Prévention contre le paludisme chez les enfants

Le paludisme est une des principales causes de mortalité chez les enfants âgés de moins de cinq ans en Centrafrique. Des mesures de prévention comme l'utilisation de moustiquaires imprégnées, peuvent infléchir les taux de mortalité du paludisme chez les enfants.

Environ un tiers (64%)des enfants de moins de 5 ans ont dormi sous moustiquaire la nuit précédant l'interview. Les enfants vivant dans les ménages très riches (76%) ou riches (68,5%) dorment plus sous moustiquaire que ceux issus des milieux pauvres (56%) et très pauvre (46%). De même la prévention du paludisme par l'usage des moustiquaires est mieux pratiquée chez les enfants dont la mère atteint le niveau primaire (67%) ou secondaire (76%) que ceux dont la mère est analphabète (60,4%).

Si l'on tient compte du traitement de la moustiquaire, les proportions précédentes sont encore plus faibles. Dans l'ensemble, c'est sensiblement 38% qui ont dormi sous moustiquaire imprégnée. Ce pourcentage s'améliore avec le niveau d'instruction de la mère et avec le niveau de bien-être économique.

Tableau 3.10: Prévention du paludisme: pourcentage d'enfants ayant dormi sous moustiquaire la nuit dernière, pourcentage par type de moustiquaire

	Pourcentage enfant ayant dormi sous moustiquaire	Pourcentage enfant ayant dormi sous moustiquaire imprégnée d'insecticide	Effectif enfants de mois de 5 ans
Région			
Région 2	53,4	29,3	1620
Région 3	62,8	38,7	2905
Région 4	69,7	48,0	2479
Région 6	68,2	31,2	2070
Age de l'enfant			
< 6 mois	68,0	34,7	1406
6-11 mois	68,4	45,3	1216

	Pourcentage enfant ayant dormi sous moustiquaire	Pourcentage enfant ayant dormi sous moustiquaire imprégnée d'insecticide	Effectif enfants de mois de 5 ans
12-23 mois	66,3	41,8	2020
24-35 mois	60,1	33,3	1394
36-47 mois	60,0	33,2	1639
48-59 mois	61,5	38,8	1399
Sexe de l'enfant			
Masculin	64,0	37,4	4596
Féminin	63,9	38,0	4478
Niveau d'instruction de la mère			
Sans niveau	60,4	36,1	5289
Primaire	67,0	37,3	3283
Secondaire et plus	74,0	51,6	502
Quintile de bien-être			
Plus riche	76,0	47,7	1948
Riche	68,5	42,2	1864
Moyen	66,8	40,6	1826
Pauvre	56,0	30,1	1754
Plus pauvre	45,8	22,0	1682
Ensemble	64,0	37,7	9074

Source : Enquête de base, volet FOSA, 2012

3.3.5 Prise en charge de la diarrhée

La diarrhée est la deuxième cause principale de mortalité des enfants de moins de cinq ans dans le monde. Sa prise en charge par les sels de réhydratation orale (SRO) ou par les liquides recommandés faits à domicile, permet d'éviter nombre de décès. On peut également prévenir la déshydratation et la malnutrition par l'augmentation de l'absorption d'eau et la poursuite de l'alimentation.

Lors des interviews, il est demandé aux mères ou personne en charge si l'enfant a eu la diarrhée au cours des 4 dernières semaines. Dans l'affirmative, l'interview est poursuivie à travers une série de questions sur la prise en charge dans une structure sanitaire, ce que l'enfant a bu et mangé durant l'épisode ainsi que la quantité comparativement à ce qui se fait d'habitude.

Tableau 3.11: Enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée : pourcentage d'enfants traités à base du sel de réhydratation orale, prise d'eau durant la diarrhée, pourcentage d'enfants amenés dans une FOSA pour chercher des soins

	Enfants de 0-59 mois		Traités avec le SRO	Enfants de 0-59 souffrant de la diarrhée et ayant							
	Prévalence de la diarrhée	Effectif pondéré		bu plus que d'habitude	bu la même quantité ou moins que d'habitude	N'a rien bu	A mangé plus ou même quantité habituelle	A mangé moins ou rien	Eté pris en charge dans une FOSA	Prise en charge à domicile	Effectif pondéré
Région											
Région 2	8,0	1620	22,4	37,5	53,6	8,3	38,3	61,1	19,9	55,8	104
Région 3	4,6	2905	45,7	62,5	32,0	3,0	16,3	81,3	32,4	56,8	165
Région 4	8,1	2479	23,7	37,9	55,6	6,3	30,2	69,7	20,4	67,0	160
Région 6	5,3	2070	13,1	33,6	45,5	9,8	35,2	53,8	6,1	60,0	100
Age de l'enfant											
< 6 mois	3,8	1406	38,8	24,2	55,9	19,3	18,7	80,6	38,8	28,3	61
6-11 mois	12,4	1216	38,6	46,4	47,5	3,4	28,2	69,1	28,4	47,3	116
12-23 mois	11,4	2020	24,0	45,3	46,6	6,1	42,8	55,1	17,6	68,9	219
24-35 mois	3,7	1394	23,4	55,6	35,8	1,4	30,4	62,4	22,0	53,4	59
36-47 mois	2,1	1639	32,5	32,3	41,1	24,7	24,6	73,4	13,7	57,3	53
48-59 mois	4,9	1399	1,6	38,4	57,2	,8	3,5	92,9	1,2	93,4	21
Niveau d'instruction de la mère											
Sans niveau	5,8	5289	36,8	51,7	35,3	9,0	28,6	67,4	27,6	51,4	302
Primaire	6,8	3283	19,7	36,5	56,5	5,1	25,6	72,5	16,3	67,7	201
Secondaire et plus	7,8	502	3,3	24,1	74,9	,8	56,7	43,0	1,2	77,8	26
Quintile de bien-être											
Plus riche	5,6	1948	23,7	38,3	55,6	4,1	41,3	56,6	16,3	60,3	105
Riche	5,4	1864	26,1	43,7	44,6	6,9	24,8	70,4	25,0	55,3	113
Moyen	6,1	1826	33,7	61,7	26,6	10,1	20,8	77,7	30,5	52,0	102
Pauvre	10,8	1754	18,1	30,5	58,9	7,5	33,5	63,4	8,0	78,1	115
Plus pauvre	4,4	1682	43,4	53,6	40,1	4,4	19,6	78,5	37,7	39,2	94
Ensemble	6,3	9074	26,7	42,9	47,7	6,7	29,8	67,4	20,5	60,6	529

Source : Enquête de base, Volet FOSA, 2012

Le tableau 3.11 indique dans toute la zone du projet, près de 6% des enfants ont souffert de la diarrhée au cours des 4 dernières semaines précédant l'enquête. Au niveau régional, les localités les plus touchées sont la Région 2 et la Région 4 qui affichent une prévalence de 8%. La diarrhée est plus répandue chez les pauvres (10,8%) que chez les riches (environ 5%). Les données ne révèlent pas de variation significative selon le niveau d'instruction de la mère.

S'agissant des soins, moins de trois enfants sur dix ayant souffert de la diarrhée (26,7%) pendant les 4 dernières semaines ont reçu un traitement à base de SRO. La thérapie à base du SRO est plus répandue dans la Région 3 qu'ailleurs. En effet, dans cette région, c'est près de 46% des enfants souffrent de la diarrhée durant la période de référence qui ont été traités avec le SRO contre 24% dans la Région 4, 22% dans la Région 2 et seulement 13% dans la Région 6. Il ressort également des données que les enfants de moins d'un an jouissent plus de ce traitement car ils sont 39% à bénéficier du traitement pendant l'épisode diarrhéique.

La proportion d'enfants atteint de diarrhée et qui ont bu davantage (43%) ou mangé plus ou la même quantité de nourriture (30%) varie d'une région à une autre. Elle est plus élevée dans la Région 3 (67%) et plus faible dans la Région 6 (près de 34%) en ce qui concerne la consommation abondante d'eau tandis la pratique de l'alimentation de l'enfant atteint au niveau habituelle est plus fréquente dans la Région 2 (38%) et plus faible dans la Région 3 (16%). L'analyse montre que les enfants atteints de diarrhée et dont les mères sont analphabètes reçoivent beaucoup plus une quantité abondante de liquide (près de 52%) alors que chez les ceux issus des mères de niveau d'instruction élevée, c'est le maintien ou l'augmentation du niveau d'alimentation qui est plus courant (environ 57%). Ce comportement différencié s'observe également entre les enfants des pauvres et des riches.

Cependant la prise en charge dans une formation sanitaire de la diarrhée est moins fréquente (20,5%), elle se fait à la maison dans la majorité des cas (60,6%). L'examen des données selon l'âge des enfants indique c'est entre 0 et 11 mois les enfants sont plus amenés dans un établissement sanitaire pour recevoir des soins (au moins 28%) et au delà, la préférence est pour les soins à domicile.

3.4 Utilisation des services de santé maternelle

Pour apprécier l'utilisation des services de santé maternelle, une série questions a été posée sur tout cas de grossesse intervenu dans les vingt quatre (24) derniers mois précédant l'enquête, que l'issue soit une naissance vivante, un mort-né, une fausse-couche ou un avortement.

Dans l'ensemble, 94% des femmes interrogés ont eu une seule grossesse, presque 5% d'elles ont eu deux grossesses et moins de 1% ont été enceintes trois fois durant la période de référence. S'agissant de l'issue de la grossesse, presque 95,6% sont terminées par une naissance vivante, 1,6% par un mort-né et 2,6% des cas ont conduit soit à une fausse couche, soit à un avortement.

Tableau 3.12 : Répartition des femmes de 15-49 ans suivant le nombre de grossesses durant les 24 derniers mois et selon l'issue de la grossesse

Effectifs	Pourcentage
-----------	-------------

Nombre de grossesse par femme

1	4649	94,3
2	268	5,4
3	12	0,2
Total	4929	100

Issue de la grossesse

Naissance vivante	4713	95,6
Mort-né	81	1,6
Fausse-couche/avortement	129	2,6
ND	6	0,1
Effectif	4929	100

Source : Enquête de base, Volet FOSA, 2012

3.4.1 Demande de soins prénatals

Demande de consultations prénatales dans une structure de sante

La période prénatale est une occasion donnée aux femmes enceintes de recevoir plusieurs interventions inhérentes leur santé ainsi qu'à celle de leurs futures enfants. C'est au cours de ce laps de temps que se fait le suivi de la croissance et du développement du fœtus en relation avec la santé de la mère ; les infections sexuellement transmissibles, la drépanocytose, le paludisme et autres pathologies comme la rubéole, la toxoplasmose etc. sont dépistés puis des thérapies ou précautions adéquates sont préconisées.

Dans l'ensemble, 77% des femmes enceintes au cours des 24 derniers mois ont sollicité au moins une consultation prénatale dans une structure sanitaire. Au niveau régional, ce pourcentage est au dessus de 70 ; la valeur la plus élevée est observé dans la région 4 (84%) et la plus faible, dans la région 6 (70%).

L'analyse par âge ne met en exergue une différence significative entre les générations; le comportement en matière de consultation prénatales est similaire entre 15 et 44 ans.

En revanche l'instruction de la femme améliore la propension à demander des soins prénatals. Ainsi, chez les femmes ayant atteint au moins le niveau secondaire, 92% de grossesses ont fait l'objet de consultation prénatales dans une FOSA contre 82% chez celles de niveau primaire et 71% pour les femmes non instruites. Le niveau de bien-être économique influe sur la demande de consultation prénatale; dans les milieux aisés, le pourcentage des femmes enceintes ayant été en consultation est nettement élevé par rapport à ce que l'on observe chez les femmes de milieux défavorisés. .

Il est à noter que le refus de se faire consulter pendant la période prénatale reste encore une pratique assez répandue dans la zone du projet. En effet, dans 23% des cas aucune consultation n'a été faite. Cette attitude est encore plus prononcée chez les femmes sans instruction (29%), de celles de milieu pauvre (près de 30%) et très pauvre (37%).

Tableau 3.13: pourcentage des cas de grossesses dans les 24 derniers mois où la femme a fait au moins une consultation prénatale dans une formation sanitaire

	Femme consultée	Femme non consultée	Total	Effectif
Région				
Région 2	83,8	16,2	100	891

Région 3	77,8	22,2	100	1535
Région 4	76,4	23,6	100	1391
Région 6	70,5	29,5	100	1112
Groupes d'âge				
15-19	80,5	19,5	100	795
20-24	77,4	22,6	100	1501
25-29	75,6	24,4	100	1226
30-34	73,9	26,1	100	726
35-39	81,0	19,0	100	444
40-44	78,2	21,8	100	190
45-49	50,0	50,0	100	47
Niveau d'instruction				
Sans instruction	71,4	28,6	100	2767
Primaire	81,5	18,5	100	1821
Secondaire et plus	92,3	7,7	100	316
Ne sait pas/ND	60,8	39,2	100	8
Quintile de niveau de vie				
Plus riche	89,2	10,8	100	1067
Riche	83,6	16,4	100	1017
Moyen	71,7	28,3	100	962
Pauvre	70,2	29,8	100	980
Plus pauvre	63,4	36,6	100	903
Ensemble	77,0	23,0	100	4929

Source : Enquête de base, Volet ménage, 2012

Type de personnel offrant les soins prénatals dans les FOSA

Parmi les femmes qui ont sollicité des examens prénatals dans une structure de santé formelle, à peine 1% ont été visitées par un médecin, environ 40% par une sage-femme ou un infirmier accoucheur, 23% par un infirmier ou une assistante de santé, soit un taux de 63% pour le personnel qualifié ; les agents de santé communautaire couvrent presque 37% des consultations prénatales.

L'examen des données par région nous montre que l'âge et niveau de bien-être économique confirme cette tendance : environ 36% des visites prénatales sont réalisées par les agents de santé communautaire.

En termes d'instruction, il ressort que plus le niveau de la femme est élevé, plus elle a la chance de rencontrer un personnel qualifié. Ainsi, 89% les femmes ayant atteint le secondaire ont été consultées, durant la période prénatale, par un personnel de santé qualifié contre 61% pour leur sœur de niveau primaire et 59% pour celles qui n'ont pas été à l'école.

Tableau 3.14: répartition de grossesses des 24 derniers dont la femme a fait au moins une CPN dans une FOSA selon le type de personnel de sante

	Médecin	Sage-femme/infirmier accoucheur	Infirmier/assistant de santé	Agent de santé communautaire	Autre	Total	Tout personnel qualifié	Effectif
Région								
Région 2	0,7	38,9	17,6	42,8		100	57,2	767
Région 3	0,7	43,0	19,1	37,1	0,1	100	62,8	1202
Région 4	0,3	34,6	28,5	36,6		100	63,4	1049
Région 6	0,5	41,8	27,3	28,7	1,7	100	69,6	817
Groupes d'âge								
15-19	0,7	38,1	20,8	39,7	0,7	100	59,6	644
20-24	0,6	41,4	23,4	34,4	0,2	100	65,4	1187
25-29	0,1	37,4	24,7	37,4	0,4	100	62,2	944

30-34	0,9	42,7	18,5	37,4	0,5	100	62,1	553
35-39	0,8	38,8	28,5	31,8	0,1	100	68,1	333
40-44	1,4	35,5	21,6	40,7	0,8	100	58,5	141
45-49		59,4	8,5	32,1		100	67,9	33
Niveau d'instruction								
Sans instruction	0,6	33,7	24,4	41,0	0,3	100	58,7	2038
Primaire	0,3	40,0	22,1	37,2	0,5	100	62,3	1491
Secondaire et plus	1,8	70,2	17,1	10,8		100	89,2	289
Ne sait pas/ND				100,0		100	0,0	6
Quintile de niveau de vie								

Plus riche	1,4	49,9	18,1	30,2	0,4	100	69,4	935
Riche	0,4	42,5	16,4	40,3	0,4	100	59,3	819
Moyen	0,1	25,8	23,8	49,9	0,4	100	49,7	720
Pauvre	0,2	29,2	37,0	33,0	0,6	100	66,4	726
Plus pauvre	0,1	42,6	25,7	31,4	0,1	100	68,5	635
Ensemble	0,6	39,7	22,9	36,5	0,4	100	63,1	3835

Source : Enquête de base, Volet FOSA, 2012

Nombre de consultations prénatales, nombre de mois lors des premiers et derniers soins prénatals

Pour pouvoir faire tous les examens cliniques ainsi que les examens biologiques, les directives de l'OMS recommandent un minimum de quatre consultations.

Les résultats montrent que ce ne sont pas toutes les femmes venues en visites prénatales dans une structure sanitaire qui réalisent les quatre consultations nécessaires recommandées. Cette condition qui n'est satisfaite que dans 50% des cas de grossesse au cours de 24 derniers mois, est mieux remplie quand les femmes vivent dans les ménages très riches (57%) ou lorsqu'elles ont atteint au minimum le niveau secondaire (environ 61%). En fait, une déperdition régulière s'observe entre la CPN 1 et la CPN 4. Ainsi, sur 3835 femmes venues en consultations prénatales dans une formation sanitaire, 87% ont réalisé deux (2) CPN, 76% ont effectué trois (3) CPN et à peine 50% sont allées jusqu'à la quatrième visite.. Quelque soit la région, l'âge et le niveau d'instruction et le niveau de bien-être économique du ménage de la femme, la déperdition est observée entre la première et la quatrième consultation prénatale.

Aussi on remarque qu'en moyenne les visites prénatales commencent un peu tard en moyenne. En effet, le nombre moyen de mois lors des premiers soins est de 4,2, soit 17 semaines environ alors que la politique nationale de santé de la reproduction recommande que les consultations prénatales débutent à partir de la treizième semaine.

Tableau 3.15: répartition des grossesses des 24 derniers mois où la femme au moins une consultation selon le lieu, les mois du début et de fin de consultations prénatales et le nombre de visites prénatales

	Nombre de consultations prénatales (CPN)			Nombre moyen de mois lors des		Effectifs
	Deux	Trois	Quatre et plus	Premiers soins prénatales	Derniers soins prénatales	
Région						
Région 2	87,9	76,7	54,4	4,4	7,2	767
Région 3	94,9	82,7	56,1	4,2	7,8	1202
Région 4	85,9	72,6	43,2	4,2	6,4	1049
Région 6	83,4	68,6	42,5	3,8	6,7	817
Groupes d'âge						
15-19	85,9	76,6	53,7	4,1	6,6	644
20-24	89,2	76,4	53,6	4,1	7,2	1187

25-29	87,7	72,6	40,7	4,2	6,9	944
30-34	89,2	76,9	51,9	4,0	7,3	553
35-39	92,5	81,6	49,5	4,5	7,6	333
40-44	93,3	72,4	47,0	4,4	7,6	141
45-49	95,3	78,7	56,2	4,7	8,1	33
Niveau d'instruction						
Sans instruction	89,4	74,9	48,8	4,2	7,3	2038
Primaire	86,8	74,7	48,1	4,3	6,8	1491
Secondaire et plus	93,2	86,8	60,8	3,7	7,5	289
Ne sait pas/ND	74,5	12,8	3,8	4,1	2,8	6
Quintile de niveau de vie						
Plus riche	89,9	80,5	56,8	4,1	7,3	935

Riche	90,9	79,7	49,4	4,1	7,0	819
Moyen	87,8	69,7	47,9	4,4	7,1	720
Pauvre	81,9	67,2	45,0	4,2	6,6	726
Plus pauvre	91,3	77,8	42,3	4,1	7,3	635
Ensemble	88,7	75,9	49,6	4,2	7,1	3835

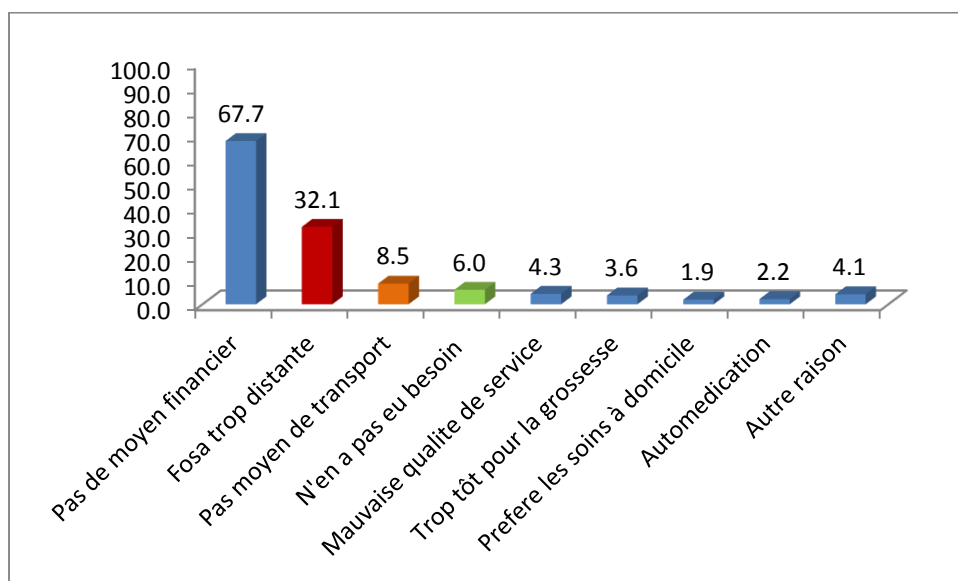
Source : Enquête de base, volet ménage, 2012

Raisons de non recours aux soins prénatals

Lors de la collecte, il est demandé aux femmes enceintes une ou plusieurs fois durant les 24 derniers et qui n'ont pas fait des examens prénatals de citer trois raisons pour lesquelles elles n'ont pas pu les faire.

Les raisons les plus souvent évoquées par ces femmes sont le manque de moyen financier (67%), l'éloignement des formations sanitaires (32%) et corrélativement le problème de transport (8%). La mauvaise qualité des services est citée dans 4% des cas. Les autres raisons de non consultation sont citées dans des proportions plus faibles.

Figure 6 : Pourcentage de grossesses dont la femme n'a pas sollicité les soins prénatals selon les raisons



3.4.2 Utilisation des soins liés à l'accouchement et soins postnatals

Lieu d'accouchement

Un des possibilités de prévenir les risques liés à la maternité faire accoucher dans une structure de santé formelle et qu'au besoin, un moyen de transport soit disponible pour la référer à un établissement de soins en obstétrique.

Selon le tableau 3.16, durant les 24 derniers mois, plus de la moitié des naissances de la zone du projet ne se sont pas déroulées dans une structure de santé formelle. En effet, presque 4% des naissances ont lieu dans une structure de santé privée, 45% dans une formation sanitaire publique, 49% à domicile et environ 2% dans autres lieux comme champ, voix publique, etc.

Le constat est le même au niveau régional avec une légère différence interrégionale. Ainsi, la région 2 (52%) et la région 3 (57%) battent le triste record de naissances hors FOSA devant la région 2 (48%) et la région 6 (49%).

Si l'analyse selon l'âge ne met en exergue une différence significative de comportement entre les anciennes et les nouvelles générations, en revanche l'éducation de la femme influe positivement sur le choix de lieu d'accouchement; le pourcentage des naissances ayant lieu dans une formation sanitaire s'améliore à mesure que le niveau d'instruction de la femme augmente, passant de 46% chez les femmes analphabètes à 81% chez celles de niveau secondaire ou plus.

Il ressort des données que les femmes enceintes issues de ménages riches (64%) et très riches (68%) ont plus de chance d'accoucher dans un établissement de santé que leurs semblables vivant dans les ménages pauvres (39%) et très pauvres (27%).

Tableau 3.16: répartition en pourcentage des naissances au cours des 24 derniers mois selon le lieu d'accouchement

	Fosa publique	Fosa privée	Domicile	Autre lieu	Total	Nombre de cas
Région						
Région 2	45,2	7,2	47,3	0,3	100	870
Région 3	44,8	3,3	49,4	2,5	100	1501
Région 4	41,3	1,9	52,5	4,3	100	1342
Région 6	49,2	2,0	46,6	2,1	100	1081
Consultation prénatale						
Femme consultée	54,8	4,2	39,3	1,8	100	3782
Femme non consultée	10,0	0,8	84,3	4,8	100	1012

	Fosa publique	Fosa privée	Domicile	Autre lieu	Total	Nombre de cas
Groupe d'âge						
15-19	47,7	4,6	44,0	3,7	100	762
20-24	43,9	3,1	51,1	1,9	100	1472
25-29	46,1	2,6	49,6	1,7	100	1195
30-34	39,5	3,6	54,5	2,5	100	711
35-39	47,3	5,7	43,6	3,4	100	430
40-44	56,0	2,6	37,5	3,8	100	182
45-49	29,5	1,9	68,7		100	42
Niveau d'instruction						

	Fosa publique	Fosa privée	Domicile	Autre lieu	Total	Nombre de cas
Sans instruction	36,9	3,0	57,1	3,0	100	2705
Primaire	49,0	3,8	45,3	1,8	100	1760
Secondaire et plus	80,9	5,0	12,9	1,3	100	304
Ne sait pas/ND	7,8		92,2		100	8
Quintile de bien-être						
Plus riche	61,9	5,8	30,7	1,5	100	1024
Riche	59,3	4,8	34,4	1,4	100	983
Moyen	31,6	1,4	63,4	3,5	100	943
Pauvre	36,8	2,2	58,1	2,9	100	957

	Fosa publique	Fosa privée	Domicile	Autre lieu	Total	Nombre de cas
Plus pauvre	25,3	1,8	69,7	3,3	100	887
Ensemble	45,0	3,5	49,1	2,4	100	4794

Source : Enquête de base, Volet Ménage, 2012

Assistance à l'accouchement

Une manière de garantir une maternité sans risques est de faire accoucher la femme enceinte par un agent de santé qualifié ayant les compétences de sage-femme.

D'après les résultats consignés dans le tableau 3.17, l'accès au service d'un personnel qualifié lors de l'accouchement est faible dans les formations sanitaires. Dans l'ensemble, 2% environ des accouchements ayant lieu dans un établissement de santé sont assistés par un médecin, 34% par une sage-femme ou un infirmier accoucheur, 20% par un infirmier ou une assistante de santé, soit 56% d'assistance par un personnel de santé qualifié. Les agents de santé communautaire jouent un rôle important au niveau de ce maillon de la chaîne de la santé de reproduction ; ils assistent encore 44% des accouchements. Au niveau régional, c'est le même constat, les agents de santé communautaire conduit au moins 35% des accouchements dans les Fosa.. Toute fois, on peut relever que le plus bas niveau d'accouchements assistés par un personnel qualifié est observé dans la région 4 (54%) tandis que le pourcentage le plus élevé est enregistré dans la région 6 (64%).

L'analyse intergénérationnelle ne met pas en exergue un comportement différentiel d'un groupe d'âge à l'autre. En revanche, l'instruction et le bien-être économique discriminent mieux les femmes enceintes. Plus le niveau d'instruction ou le niveau de bien-être économique de la femme est élevé, plus elle est encline à solliciter l'aide d'un agent de santé qualifié à l'accouchement en dépit du fait même dans ces sous-groupes de femmes riches et instruites, la demande des soins liés à l'accouchement est encore en deçà de l'espérance.

Au niveau global, le service des agents de santé communautaire est sollicité dans 25% des accouchements et dans 41% des cas, ce sont les matrones traditionnelles ou les membres de la famille qui sont à l'œuvre. Cela démontre que ces deux catégories du personnel jouent un rôle non négligeable dans l'offre des soins de santé maternelle en particulier les soins liés à l'accouchement. Ceci démontre que dans la zone du projet même si les femmes accouchent dans les structures des santés, elles sont souvent assisté par des personnels non qualifiés ainsi un renforcement de capacité de ces personnel non qualifié pourrait contribuer à la baisse de la mortalité liée à l'accouchement.

Tableau 3.17: répartition en pourcentage des naissances des 24 derniers mois ayant lieu dans les FOSA selon le personnel qui a aidé à l'accouchement

	Médecin	Sage-femme/infirmier accoucheur	Infirmier/assistant de santé	Agent de santé communautaire	Autre	Total	Personne l qualifié	Effectifs
Région								
Région 2	2,8	32,2	18,6	46,4		100,0	55,5	473
Région 3	1,8	38,9	12,1	47,1	0,2	100,0	54,6	687
Région 4	0,6	23,7	28,2	47,6		100,0	54,4	578
Région 6	1,9	38,4	22,4	35,5	1,8	100,0	64,2	589
Groupe d'âge								

	Médecin	Sage-femme/infirmier accoucheur	Infirmier/assistant de santé	Agent de santé communautaire	Autre	Total	Personne qualifiée	Effectifs
15-19	0,9	33,6	25,8	39,8		100,0	61,8	406
20-24	1,8	35,2	21,2	41,2	0,6	100,0	60,0	738
25-29	3,3	26,7	13,6	56,0	0,4	100,0	46,0	554
30-34	1,1	41,5	16,1	41,3	0,1	100,0	60,3	312
35-39	0,3	38,5	23,6	36,2	1,4	100,0	63,9	204
40-44	1,3	32,6	21,0	43,1	2,1	100,0	56,7	93
45-49		68,3	4,1	27,6		100,0	73,6	20

	Médecin	Sage-femme/infirmier accoucheur	Infirmier/assistant de santé	Agent de santé communautaire	Autre	Total	Personne qualifiée	Effectifs
Niveau d'instruction								
Sans instruction	0,9	27,7	18,3	52,5	0,7	100,0	49,0	1139
Primaire	1,9	32,8	22,4	42,6	0,3	100,0	58,9	935
Secondaire et plus	4,3	58,0	12,9	24,4	0,3	100,0	76,3	245
Ne sait pas/ND						100,0	4,0	3
Quintile de bien-être économique								
Plus riche	2,6	46,9	21,9	28,5	0,0	100,0	72,6	667

	Médecin	Sage-femme/infirmier accoucheur	Infirmier/assistant de santé	Agent de santé communautaire	Autre	Total	Personne qualifiée	Effectifs
Riche	1,5	24,8	16,1	56,8	0,8	100,0	44,8	525
Moyen	0,2	22,6	18,6	57,6	1,1	100,0	43,7	411
Pauvre	1,3	26,7	24,9	46,5	0,6	100,0	54,8	446
Plus pauvre	2,2	38,7	14,6	44,2	0,3	100,0	57,3	278
Ensemble	1,8	33,9	19,6	44,3	0,5	100,0	57,0	2327

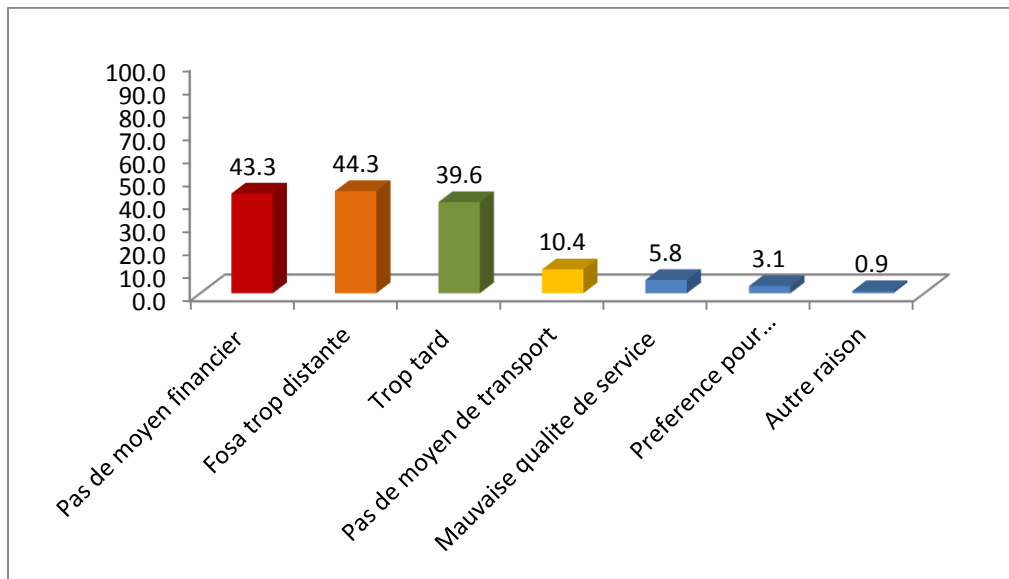
Source : Enquête de base, Volet Ménage, 2012

Raisons de non recours aux soins liés à l'accouchement

Lors de la collecte, il est demandé à toutes les femmes une ou plusieurs fois enceintes durant les 24 derniers et qui n'ont pas accouché dans une structure de santé de citer trois raisons pour lesquelles elles n'ont pas sollicité les soins qualifiés.

Dans la majorité des cas, l'éloignement des FOSA (44%), la difficulté financière (43,2%) et la prise de conscience tardive (39,4%) sont les principales raisons qui ont empêché les femmes enceintes de se rendre dans une formation sanitaire au moment de l'accouchement. L'absence des moyens de transport pour évacuer la femme vers une structure de santé est évoquée dans 10% des cas tandis la mauvaise qualité des services est citée par 6% des femmes interrogées.

Figure 7 : répartition des accouchements n'ayant pas lieu dans une formation sanitaire selon les raisons



Soins postnatals

Il est recommandé aux femmes enceintes de procéder à un examen postnatal quarante cinq jours après l'accouchement en vue de vérifier le retour à la normale du fonctionnement de l'appareil génital.

Pendant la collecte, on a demandé à toutes les femmes de 15-49 ans ayant été enceintes durant les 24 derniers mois précédant l'enquête si elles ont effectué des examens postnatals dans les deux mois qui ont suivi l'accouchement, la fausse couche ou l'avortement.

Les résultats prouvent que globalement, effectuer des contrôles postnatals est une pratique peu courante chez les femmes enceintes; près de 27% femmes ayant été enceintes ont réalisé les examens postnatals.

Selon le bien-être économique, le taux de contrôle postnatals est plus élevé chez les femmes enceintes vivant en milieu aisé (29%) et plus aisé (39%) que chez celles de milieu pauvre (18%) ou plus pauvre (20%). Cette différence est constatée en fonction du niveau d'instruction ; les femmes de niveau secondaire ou plus effectuent le contrôle postnatals dans 36% des cas de grossesse tandis celles qui n'ont jamais été à l'école le font seulement dans 21,5% des cas.

Aussi il ressort des données que les examens postnatals sont plus pratiquée lorsque la grossesse n'aboutit pas à une naissance vivante. En effet, à peine 14% des femmes ayant eu une naissance vivante ont réalisé le contrôle postnatal alors qu'en cas de mort-né, près 29% de femmes le font et 22% pour le cas de fausse couche ou avortement.

En général, les femmes ayant été en visite prénatale vont de préférence vers les sages-femmes (37%) et vers les agents de santé communautaire (41%). En outre, l'analyse suggère que les femmes qui ont eu fausse couche (22,5%) ou mort né (28,6%) vont plus en consultation post-natale que celle qui ont une naissance vivante.

Tableau 3.18: Répartition en pourcentage des cas de grossesse des 24 derniers mois où la femme a fait des contrôle postnatals

A été contrôlée	N'a pas été contrôlée	Total	Effectifs
-----------------	-----------------------	-------	-----------

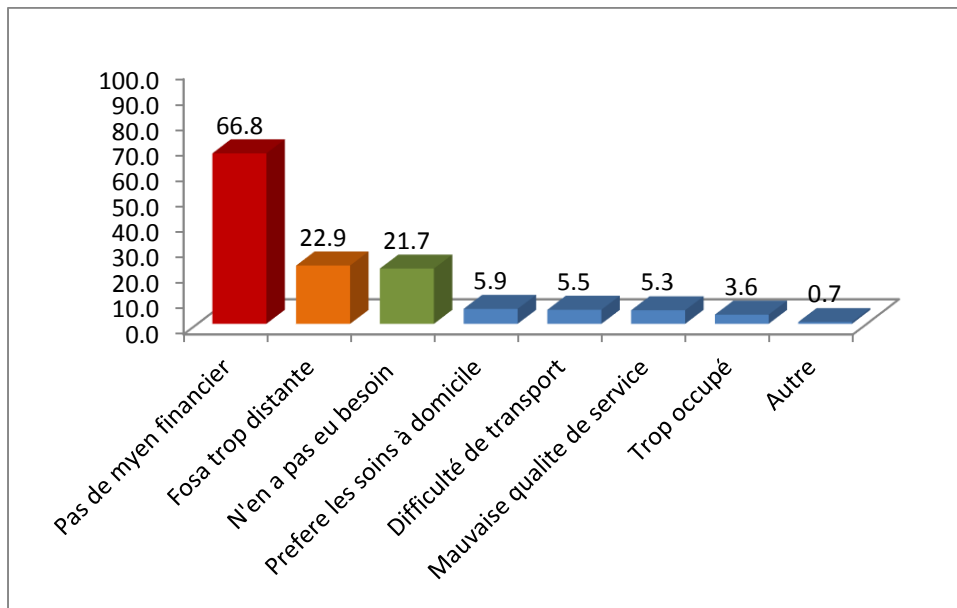
Région				
Région 2	28,6	71,4	100	891
Région 3	27,9	72,1	100	1535
Région 4	24,6	75,4	100	1391
Région 6	18,9	81,1	100	1112
Issue de la grossesse				
Naissance vivante	24,5	75,5	100	4713
Mort-né	45,3	54,7	100	81
Fausse couche/avortement	37,5	62,5	100	129
Groupe d'âge				
15-19	24,4	75,6	100	795
20-24	25,9	74,1	100	1501
25-29	24,7	75,3	100	1226
30-34	28,3	71,7	100	726
35-39	21,5	78,5	100	444
40-44	28,1	71,9	100	190
45-49	8,4	91,6	100	47
Niveau d'instruction				
Sans instruction	20,1	79,9	100	2767
Primaire	30,2	69,8	100	1821
Secondaire et plus	32,8	67,2	100	316
Ne sait pas/ND	58,9	41,1	100	8
Quintile de bien-être				
Plus riche	38,6	61,4	100	1067
Riche	26,5	73,5	100	1017
Moyen	20,8	79,2	100	962
Pauvre	15,7	84,3	100	980
Plus pauvre	18,0	82,0	100	903
Ensemble	25,2	74,8	100	4929

Source : Enquête de base, Volet ménage, 2012

Raisons de non recours aux soins postnatals

Lorsqu'on demande aux femmes ayant été enceintes durant les 24 derniers précédant la collecte, pour quelles raisons (au plus trois) elles n'ont pas procédé au contrôle postnatals, la plupart répondent qu'elles en ont été empêchées par la difficulté financière (67%), l'éloignement des structures sanitaires (22,3%) ou qu'elles n'en ont pas eu besoin (22%). Dans toutes les régions, ce sont ces mêmes raisons qui sont le plus souvent citées.

Figure 8 : Répartition des femmes ayant été enceintes dans les 24 derniers mois précédant l'enquête et qui n'ont fait de contrôle postnatals selon les raisons



3.5 Contraception et besoins non satisfaits

La planification familiale permet d'éviter les grossesses précoces ou tardives, l'espacement des naissances et la limitation du nombre d'enfants. La politique nationale de la RCA en matière de santé de la reproduction a fait de la planification familiale un axe prioritaire de son intervention.

Lors de la collecte une série de question ont été posées aux femmes de 15-49 ans actuellement afin de mesurer l'utilisation des contraceptifs et d'évaluer les besoins non satisfaits en matière de contraception.

3.5.1 Prévalence contraceptive

Au niveau global, la prévalence contraceptive est très faible quel que soit les caractéristiques de la femme. Environ 13% des femmes mariées ou en union ont recours à la contraception quelque soit les méthodes (moderne ou traditionnelle) parmi lesquelles 5,1% pratique la méthode moderne. Cette proportion est plus élevée dans la Région 6 (20,2%) et dans la Région 2 (19,3%) que dans les autres localités.

L'analyse selon le bien-être économique montre qu'une amélioration des conditions de vie contribue à l'augmentation de la demande contraceptive. La prévalence contraceptive qui est 4% chez les femmes issues de ménages plus pauvres passe à 18,5% chez les femmes de milieux aisés et l'utilisation des méthodes modernes qui concernent 2% des femmes pauvres atteint quasiment 9% chez les femmes vivant dans les ménages riches.

En termes de niveau d'éducation, l'instruction de la femme rend celle-ci plus encline à l'usage de la contraception ; 22,7% femmes ayant atteint au moins le cycle secondaire utilisent une méthode contre seulement 10% femmes analphabètes.

En général, on ne note pas de différence de choix entre la contraception moderne et les méthodes traditionnelles. Les méthodes les plus utilisées sont dans l'ordre d'importance la pilule (2,3%), la méthode naturelle (3,4%), l'abstinence périodique (1,8%), le préservatif (1,5%) et la méthode d'aménorrhée de la lactation (1,3%). Et les autres méthodes sont pratiquées par moins d'un pourcent des femmes.

Tableau 3.19: Pourcentage des femmes de 15-49 ans mariées ou en union qui utilisent une méthode contraceptive

	N'utilise aucune méthode	Stérilisation féminine	Injectables	Préservatif	Pilule	Diaphragme/DIU	Autres méthodes modernes	Méthode d'aménorrhée de la lactation	Retrait	Méthode naturelle	Abstinence périodique	N'importe quelle méthode	N'importe quelle méthode moderne	Effectif
Région														
Région 2	81,6	0,0	0,7	1,2	1,8	0,0	0,0	3,3	0,3	6,8	4,2	18,4	3,3	1027
Région 3	92,4	0,3	1,5	0,7	1,7	0,0	0,0	0,5	0,8	1,2	0,8	7,6	3,5	1866
Région 4	91,0	2,6	0,4	1,5	1,5	0,1	0,1	0,1	0,5	1,7	0,5	9,0	6,1	1670
Région 6	79,8	0,0	1,0	2,8	4,3	0,0	0,0	2,2	0,7	5,3	2,7	20,2	7,7	1316
Groupe d'âge														
15-19	87,0	3,4	0,1	1,8	0,6	0,0	0,0	0,9	0,6	3,9	1,7	13,0	5,9	978
20-24	86,6	0,2	0,9	1,7	2,3	0,0	0,0	1,7	0,3	3,2	2,9	13,4	4,5	1687
25-29	89,7	0,1	1,0	0,8	2,7	0,1	0,0	0,7	1,1	2,7	1,1	10,3	4,0	1351
30-34	85,1	0,1	2,1	1,8	3,6	0,0	0,1	1,9	0,9	3,4	1,0	14,9	7,4	863
35-39	87,1	0,1	0,5	1,6	1,8	0,0	0,0	2,0	0,1	5,1	1,7	12,9	3,8	549
40-44	87,1	0,0	1,3	1,4	2,0	0,0	0,1	1,4	0,8	3,7	1,5	12,9	4,5	308
45-49	77,4	0,0	2,1	0,0	5,2	0,0	0,3	0,7	0,0	1,6	3,6	22,6	7,5	143
Niveau d'instruction														
Sans instruction	88,7	0,1	1,0	0,8	1,1	0,0	0,0	1,4	0,9	3,2	2,2	11,3	2,7	3349
Primaire	86,7	1,8	0,8	1,4	2,8	0,0	0,1	1,4	0,4	3,0	1,6	13,3	6,2	2136
Secondaire et plus	77,2	0,2	1,4	5,6	7,5	0,2	0,1	0,5	0,0	6,7	0,6	22,8	14,5	362
Ne sait pas/ND	77,3	0,0	0,0	0,0	16,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,8	22,7	16,9	11
Quintile de bien-être														
Plus riche	81,5	0,2	1,7	2,6	4,9	0,1	0,0	1,7	0,1	5,2	1,8	18,5	9,0	1338
Riche	82,2	3,2	1,6	1,5	2,2	0,0	0,1	2,6	1,0	4,3	1,2	17,8	7,5	1227
Moyen	91,9	0,0	0,3	0,7	1,0	0,0	0,0	0,5	0,2	2,2	2,0	8,1	1,8	1164
Pauvre	89,6	0,1	0,2	1,4	0,6	0,0	0,0	0,9	0,9	3,0	3,4	10,4	2,3	1110
Plus pauvre	95,7	0,1	0,2	0,3	0,8	0,0	0,0	0,2	1,1	0,6	1,0	4,3	1,2	1040
Ensemble	87,0	0,8	0,9	1,5	2,3	0,0	0,0	1,3	0,6	3,4	1,8	13,0	5,1	5879

Source : Enquête de base, Volet Ménage, 2012

3.5.2 Besoins non satisfaits

Dans le cadre de cette enquête, les besoins non satisfaits en matière de contraception concernent les femmes 15-49, mariées ou en union, enceintes qui ont souhaité arrêter d'enfanter ou reporter à deux ans plus tard la prochaine naissance mais qui n'utilisent pas de contraceptifs. Lorsque qu'une femme souhaitant reporter la prochaine naissance ne dispose d'aucune information sur les méthodes de la contraception, on parle de besoin non satisfait pour espacement des naissances. Dans le second cas où elle voudrait arrêter la procréation sans savoir ce qu'il faut faire, on parle de besoin non satisfait pour limitation des naissances.

Dans l'ensemble, 29% femmes fécondes enceintes ont exprimé le besoin d'espacer la prochaine naissance sans pour le satisfaire. Le besoin pour limitation des naissances n'est exprimé que par 4,5% des femmes enceintes.

Selon l'analyse spatiale, le plus élevé de niveau de besoins non satisfaits est observé dans la Région 4 (près de 39%) et la Région 3 (34,5%) comparativement à la situation dans les régions 2 et 6. Tandis les besoins pour limitation des naissances n'ont pas trouvé gain de cause le plus souvent dans les Région 4 et 6 (au moins 6%).

En termes d'âge, des besoins non satisfaits pour espacement des naissances sont exprimés plus par les jeunes générations et ceux liés à l'arrêt de procréation relèvent des anciennes générations. Ainsi près de 34% des femmes de 15-19 ans ont eu des besoins non satisfaits pour espacement et seulement moins de 1% d'elles ont eu des besoins non satisfaits pour limitation ; 63% des femmes de 45-49 ans n'ont pu satisfaire leur besoin de limitation de naissances, cependant 6,3% d'elles ont souhaité reporter leur prochaine naissance sans pouvoir le faire.

Sur le plan de bien-être économique, la non satisfaction des besoins en contraception est plus courante chez les femmes issues de milieux pauvres.

Tableau 3.20: Pourcentage des femmes enceintes de 15-49 ans enceintes ayant des s besoins de contraception non satisfaits

	Besoin non satisfait pour espacement	Besoin non satisfait pour limitation	Besoin non satisfait, total	Nombre de femmes enceintes
Région				
Région 2	17,4	4	21,4	275
Région 3	34,5	1,9	36,4	554
Région 4	38,8	6,8	45,6	444
Région 6	22,3	6,2	28,5	330
Groupe d'âge				
15-19	33,6	0,5	34,2	363
20-24	29,4	1,6	31	468

	Besoin non satisfait pour espacement	Besoin non satisfait pour limitation	Besoin non satisfait, total	Nombre de femmes enceintes
25-29	32,2	3,4	35,6	367
30-34	30,9	9,5	40,4	228
35-39	20,3	11,3	31,7	113
40-44	13,2	12,5	25,6	50
45-49	6,3	21,1	27,3	14
Niveau d'instruction				
Sans instruction	30	3,2	33,3	894
Primaire	28,7	3,7	32,4	601
Secondaire et plus	28,8	6,1	34,9	101
Ne sait pas /ND	42,2	0	42,2	2

	Besoin non satisfait pour espacement	Besoin non satisfait pour limitation	Besoin non satisfait, total	Nombre de femmes enceintes
Quintile de bien-être économique				
Plus riche	20,4	5,7	26,1	348
Riche	22,6	3,6	26,2	313
Moyen	39,3	3,1	42,4	344
Pauvre	31,1	6,4	37,5	288
Plus pauvre	38,4	2,9	41,3	303
Ensemble	29,3	4,5	33,7	1596

Source : Enquête de base, Volet Ménage, 2012

Chapitre 4 : Disponibilité de service de santé

Le présent chapitre qui fait l'état situationnel des Fosa dans la zone du projet, porte sur les éléments de base dont une formation sanitaire est censé disposer afin fournir un minimum de soin de santé à la mère et à l'enfant. Il s'agit du personnel de santé, des infrastructures et équipements des FOSA, la disponibilité des médicaments et consommables, des frais exigibles et les recettes des FOSA ainsi que la tenue des registres et l'envoi des rapports du Système National d'Information Sanitaire (SNIS)

4.1 Disponibilité des Infrastructures

Dans l'ensemble de la zone du projet, 351 formations sanitaires opérationnelles ont été recensées (tableau 4.1) dont 299 appartiennent à l'Etat, 38 aux confessions religieuses, 3 aux organisations à but lucratif et 4 reviennent aux Organisation Non Gouvernementales. Ont été dénombré 14 hôpitaux tous publics, 143 Centre de Santé dont 110 sont publics et 194 Postes de Santé parmi lesquels 175 appartiennent au gouvernement.

Dans les régions, Les structures sanitaires sont inégalement réparties les régions. La région 3 absorbe un peu plus de un tiers des Fosa (115), suivi de la RS4 (97 Fosa), RS6 (82 Fosa) et enfin RS4 (57 fosa).

Tableau 4.1 : Répartition des formations sanitaires par région et droit de propriété selon le niveau

	Hôpital	Centre de santé	Poste de Santé	Total
Région sanitaire				
Région 2	3	31	23	57
Région 3	4	34	77	115
Région 4	3	37	57	97
Région 6	4	41	37	82
Droit de propriété				
Gouvernement	14	110	175	299
Organisation privée à but lucratif	0	2	1	3
Organisation Non Gouvernementale	0	2	2	4
Organisation religieuse	0	25	13	38
Autre	0	4	3	7

Ensemble	14	143	194	351
----------	----	-----	-----	-----

Source : Enquête de base volet FOSA(F1), 2012

4.2 Hygiène et sécurité des soins dans les FOSA

L'hygiène est mesurée à travers l'existence d'un lavabo fonctionnel, la disponibilité d'eau, du savon et serviette propre dans la salle d'examen des patients, l'existence d'une boîte de sécurité où l'on jette les objets tranchants, l'existence d'un dispositif d'élimination des déchets et d'évacuation des objets biomédicaux et la présence d'un incinérateur fonctionnel et d'une toilette fonctionnelle propre.

Dans l'ensemble, environ 27% des formations sanitaires disposent d'un lavabo avec une source d'eau et du savon. Les hôpitaux et quelques centres de santé sont mieux dotés par rapport aux postes de santé. En effet, la moitié (50%) des hôpitaux et 38% des CS disposent d'un lavabo fonctionnel avec source d'eau contre 17% des PS. Les régions 2 et 3 sont les mieux dotées par rapport aux régions 4 et 6.

La disponibilité de l'eau, savon et serviette propre dans la salle d'examen du patient a été observée dans 71% des hôpitaux, 40% des CS et environ 21% des PS. En ce qui concerne la possession de ce bien, la région 4 est la plus défavorisée.

Les précautions de sécurité sont mieux respectées que celles d'hygiène. En effet, plus de sept établissements sur dix possèdent une boîte de sécurité où l'on jette les objets tranchants ainsi qu'un dispositif d'évacuation de ces objets. Quel que soit le lieu et le niveau de formation sanitaire, La boîte de sécurité pour le jet d'objets tranchants est disponible dans 93% des hôpitaux 88% des CS contre 75% des PS.

Tableau 4.2 : Répartition des formations sanitaires selon les conditions de sécurité et d'hygiène

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Lavabo fonctionnel avec source d'eau					
Hôpital	66,7	100,0	0,0	25,0	50,0
Centre de santé	61,3	44,1	27,0	24,4	37,8
Poste de Santé	43,5	14,3	14,0	10,8	17,0
Ensemble des FOSA	54,4	26,1	18,6	18,3	26,8
Eau, savon et serviette dans la salle d'examen du patient					
Hôpital	66,7	100,0	33,3	75,0	71,4
Centre de santé	35,5	47,1	29,7	46,3	39,9
Poste de Santé	34,8	14,3	22,8	21,6	20,6
Ensemble des FOSA	36,8	27,0	25,8	36,6	30,5

Boite de sécurité pour jeter les objets tranchants

Hôpital	100,0	75,0	100,0	100,0	92,9
Centre de santé	96,8	94,1	75,7	87,8	88,1
Poste de Santé	95,7	72,7	68,4	78,4	75,3
Ensemble des FOSA	96,5	79,1	72,2	84,1	81,2

Dispositif d'élimination des déchets biomédicaux

Hôpital	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Centre de santé	93,5	94,1	73,0	85,4	86,0
Poste de Santé	87,0	72,7	56,1	45,9	64,4
Ensemble des FOSA	91,2	80,0	63,9	68,3	74,6

Toilette fonctionnelle propre

Hôpital	100,0	100,0	66,7	100,0	92,9
---------	-------	-------	------	-------	------

Centre de santé	93,5	91,2	81,1	87,8	88,1
Poste de Santé	56,5	63,6	66,7	48,6	60,8
Ensemble FOSA	78,9	73,0	72,2	70,7	73,2

Source : Enquête de base volet FOSA(F1), 2012

Il est requis pour une formation sanitaire d'être dotée d'un dispositif d'élimination des déchets biomédicaux: fosse, poubelle, incinérateur, etc. Dans l'ensemble, environ 75% des FOSA remplissent cette condition. Une fois de plus, les hôpitaux (100%) et les CS (86%) sont mieux outillés que les PS (64%).

Quant à l'exigence d'hygiène, presque 73% des établissements de santé possèdent en leur sein une toilette/latrine fonctionnelle propre. Le pourcentage des FOSA qui dispose la toilette /latrine est beaucoup plus élevé au sommet de pyramide de la FOSA (93%), cependant il est 88% des centres de santé et d'environ 61% des postes de santé.

4.3 Moyens de communication et de transport pour la référence

La communication dans cette étude fait référence à la télécommunication (radio et téléphone) et les moyens de transport sont ceux de référence des patients (ambulance, moto-ambulance, moto, pousse-pousse, etc.).

Les établissements de santé dans l'ensemble sont très mal équipés en moyens de communication et ainsi que celui de transport pour la référence.

Au total, 9% des FOSA disposent d'une radio codan opérationnel FOSA, Ce pourcentage est de 64% pour les hôpitaux contre 16% pour les centres de santé ; aucun poste de santé ne dispose de ce moyen de communication. Cette tendance est observée dans toutes les régions sanitaires.

Quel que soit la région sanitaire, la quasi-totalité des établissements de santé ne possède pas une ligne téléphonique mobile ou fixe consacré exclusivement à la formation sanitaire toute fois les personnels de santé disposent des téléphones portables mais ceux-ci sont utilisés en titre privé.

Les ordinateurs quant à cet outil de travail, ils sont possédés par environs 5% des Fosa dans la zone de projet, 29% des hôpitaux, 7% des CS et 3% des PS sont dotés d'un ordinateur fonctionnel.

Concernant les moyens de transport pour la référence, les hôpitaux (50%) et les Centres de santé (16%) sont assez mieux dotés par rapport aux postes de santé (7%). L'examen spatial des données prouve que les hôpitaux de la région 3 (75%) et ceux de la région 4 (66,7%) sont plus favorisés que ceux des régions 2 et 6.

Tableau 4.3 : Répartition en pourcentage des formations sanitaires selon la possession des moyens de communication et de transport pour la référence

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Radio Codan opérationnel					
Hôpital	66,7	50,0	100,0	50,0	64,3
Centre de santé	12,9	14,7	21,6	14,6	16,1
Poste de Santé	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ensemble des FOSA	10,5	6,1	11,3	9,8	9,1
Ligne téléphonique fixe ou portable					
Hôpital	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Centre de santé	0,0	2,9	0,0	0,0	0,7
Poste de Santé	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ensemble des FOSA	0,0	0,9	0,0	0,0	0,3

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Ordinateur opérationnel					
Hôpital	33,3	0,0	66,7	25,0	28,6
Centre de santé	6,5	11,8	5,4	4,9	7,0
Poste de Santé	0,0	2,6	3,5	5,4	3,1
Ensemble des FOSA	5,3	5,2	6,2	6,1	5,7
Moyen de transport pour la référence					
Hôpital	33,3	75,0	66,7	25,0	50,0
Centre de santé	12,9	23,5	13,5	14,6	16,1
Poste de Santé	4,3	16,9	0,0	2,7	7,7
Ensemble des FOSA	10,5	20,9	7,2	9,8	12,8
Effectifs des FOSA	57	115	97	82	351

Source : Enquête de base volet FOSA(F1), 2012

4.4 Ressource Humaine

4.4.1 Présence du personnel au lieu de travail

La présence d'un personnel de santé à son lieu de travail est très indispensable pour le patient afin de se faire consulter à son arrivée. Pour les postes de santé, la présence prend en compte aussi bien la présence physique au lieu du travail que le cas où le tenancier du poste de santé n'est pas présent à son lieu de travail mais peut être rapidement contacté dans la communauté en cas de besoin. Pour les deux cas, les agents enquêteurs enregistraient une présence.

Dans l'ensemble, environ 90% du personnel soignant étaient présents le jour de la collecte. Au niveau régional, La région 3 et la région 6 détiennent le taux de présence le plus élevé (92%) tandis que la région 2 enregistré la plus faible (84%). Selon la pyramide des établissements sanitaires, ce sont les hôpitaux qui ont enregistré le plus fort taux de présence (95%) par rapport aux Centres de santé (89%) et Poste de Santé (90%).

La présence du personnel de sexe féminin peut être un facteur favorisant les visites féminines à la formation sanitaire. D'après le Tableau 4.4, 22% du personnel présent dans les FOSA le jour de passage des enquêteurs sont de sexe féminin. En générale, la présence féminine est plus visible dans les hôpitaux (29%) et dans les centres de santé (28%) que dans les postes de santé (15%). Au niveau régional, la proportion des femmes dans les établissements est plus élevée dans la région 2 (28%) et plus faible dans la région 3 (18%).

Tableau 4.4 : Répartition du personnel soignant présent le jour de l'enquête par formation sanitaire selon la région

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Deux sexes					
Hôpital	89,9	92,2	98,6	97,6	95,1
Centre de santé	83,0	91,1	91,0	90,4	89,0
Poste de Santé	84,6	92,0	88,0	92,2	90,0
Ensemble Fosa	83,9	91,7	89,8	91,6	89,9
Sexe masculin					

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Hôpital	59,2	60,3	77,5	65,2	66,5
Centre de santé	50,0	66,3	65,3	60,5	60,5
Poste de Santé	66,3	77,6	68,7	81,9	74,5
Ensemble Fosa	56,2	73,4	68,0	69,7	68,2
Sexe féminin					
Hôpital	30,7	31,9	21,1	32,4	28,6
Centre de santé	33,0	24,7	25,8	29,9	28,4
Poste de Santé	18,3	14,4	19,3	10,3	15,5
Ensemble Fosa	27,7	18,4	21,8	21,9	21,7

Source : Enquête de base volet FOSA(F1), 2012

4.4.2 Niveau d'étude et qualification des personnels soignants

Niveau d'étude

D'une manière générale, le niveau d'étude des agents de santé dénombrés dans la zone du projet n'est pas assez élevé. Au plus bas niveau de l'échelle, on compte environ 10% du personnel dépourvu de diplôme délivré par système formel, puis 37% nantis d'un certificat d'étude primaire, 33% de titulaire de BEPC, 8% de bacheliers, 4% de licenciés, 1% de titulaires de master/DEA et presque 2% de docteur en médecine. Cette tendance se maintient au niveau des régions.

L'analyse par niveau de formation sanitaire montre qu'en général les agents de santé qui ont un diplôme plus élevé se trouvent en général dans les hôpitaux et les CS alors que les moins diplômés sont confinés dans les PS.

Tableau 4.5 : Répartition du personnel soignant selon le niveau d'instruction le plus élevé

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Hôpital					
Aucun	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Primaire	0,0	6,3	8,3	6,3	5,4
Secondaire 1	8,3	12,5	16,7	12,5	12,5
Secondaire 2	41,7	56,3	16,7	12,5	32,1
Supérieur	50,0	25,0	58,3	68,8	50,0
Total	100	100	100	100	100
Centre de santé					
Aucun	0,0	0,0	1,1	1,5	0,8
Primaire	14,9	14,9	11,2	16,9	14,7
Secondaire 1	44,7	24,3	40,4	41,5	38,8
Secondaire 2	21,3	32,4	33,7	26,2	27,9
Supérieur	19,1	28,4	13,5	13,8	17,8
Total	100	100	100	100	100
Poste de santé					
Aucun	2,2	0,0	7,3	1,4	3,9

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Primaire	15,2	16,7	29,0	27,1	24,5
Secondaire 1	52,2	50,0	42,7	61,4	50,0
Secondaire 2	30,4	33,3	21,0	8,6	21,3
Supérieur	0,0	0,0	0,0	1,4	0,4
Total	100	100	100	100	100
Ensemble FOSA					
Aucun	0,7	0,0	4,4	1,4	1,9
Primaire	13,8	14,4	20,8	19,5	17,8
Secondaire 1	44,1	31,1	40,4	45,8	41,1
Secondaire 2	25,7	35,6	25,8	19,4	25,7
Supérieur	15,8	18,9	8,4	13,9	13,5
Total	100	100	100	100	100
Effectif	153	132	225	216	726

Source : Enquête de base volet FOSA(F2), 2012

Qualification des personnels soignants

Globalement, on observe une répartition déséquilibrée du personnel soignant qualifié au profit des hôpitaux et centres de santé qui en concentrent la quasi-totalité. Presque tous les postes de santé ne comptent en leur sein un personnel de santé qualifié sauf dans la région 3 où un infirmier diplômé d'Etat et un infirmier accoucheur/sage-femme exercent dans des PS.

L'analyse en termes de type de qualification met en évidence la supériorité numérique des infirmiers diplômés d'Etat (55) contre la rareté des Techniciens supérieurs en soins infirmiers (6) et des chirurgien/dentistes (1 seul pour toute la zone). Les médecins, au nombre de 27, sont repartis presque équitablement entre les centres de santé et les hôpitaux de la zone du projet comparativement à la répartition des Infirmiers accoucheur/sage-femme (19) et Techniciens supérieurs de laboratoire (21).

Tableau 4.6: Répartition des formations sanitaire selon le nombre du personnel de santé qualifié

	Region 2	Region 3	Region 4	Region 6	Zone du Projet
Hôpital					
Médecin	3	3	3	4	13
Technicien supérieur en soins infirmiers	0	1	0	2	3
Infirmier diplômé d'Etat	3	3	3	2	11
Infirmier accoucheur/sage-femme	3	2	1	1	7
Technicien supérieur de laboratoire	3	2	2	1	8
Chirurgien-dentiste	0	0	0	0	0
Total	12	11	9	10	42
Centre de Santé					
Médecin	3	4	4	3	14
Technicien supérieur en soins infirmiers	0	1	1	1	3
Infirmier diplômé d'Etat	11	14	12	6	43

	Region 2	Region 3	Region 4	Region 6	Zone du Projet
Infirmier accoucheur/sage-femme	2	2	2	5	11
Technicien supérieur de laboratoire	3	4	3	3	13
Chirurgien-dentiste	0	0	0	1	1
Total	19	25	22	19	85
Poste de Santé					
Médecin	0	0	0	0	0
Technicien supérieur en soins infirmiers	0	0	0	0	0
Infirmier diplômé d'Etat	0	1	0	0	1
Infirmier accoucheur/sage-femme	0	1	0	0	1
Technicien supérieur de laboratoire	0	0	0	0	0
Chirurgien-dentiste	0	0	0	0	0
Total	0	2	0	0	2
Zone de projet					
Médecin	6	7	7	7	27
Technicien supérieur en soins infirmiers	0	2	1	3	6
Infirmier diplômé d'Etat	14	18	15	8	55
Infirmier accoucheur/sage-femme	5	5	3	6	19
Technicien supérieur de laboratoire	6	6	5	4	21
Chirurgien-dentiste	0	0	0	1	1
Ensemble personnel qualifié	31	38	31	29	129

Source : Enquête de base volet FOSA(F1), 2012

4.4.3 Motivation salariale

Le niveau de motivation des personnels est un facteur déterminant dans qualité de soins qui sont offerts dans la FOSA et la ponctualité de leur solde en est un facteur stimulant. Environ 61% des agents de santé de la zone de projet interrogés ont affirmé avoir perçu la totalité de leur salaire des dernier mois. Les personnels des hôpitaux sont les plus satisfaits sur cet aspect (plus de 90% dans chaque région) comparativement à ceux des centres de santé (moins des deux-tiers sauf dans la région 3) et des postes de santé (moins de 50% sauf dans la région 6).

Tableau 4.7: Proportion des agents de santé ayant toujours perçu la totalité de leur salaire au cours des 12 derniers mois

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Hôpital	91,7	93,8	91,7	93,8	92,9
Centre de santé	52,6	78,4	61,8	66,2	64,2
Poste de Santé	43,5	45,2	50,0	54,3	49,3
Ensemble des FOSA	52,9	69,7	56,9	64,4	60,6

Source : Enquête de base volet FOSA(F2), 2012

4.5 Dotation en équipements et matériels

4.5.1 Equipement d'examen clinique

L'équipement de base retenu pour l'examen clinique est formé de neuf constituants que sont la balance pour enfants, la toise, le mètre ruban, la balance pour adultes, le pèse-bébé, le tensiomètre, le thermomètre, le stéthoscope médical, le petit matériel de chirurgie pour des actes tels que l'incision, le drainage et les sutures (forceps, scalpel)

Globalement, très peu de FOSA disposent de tout l'équipement de base nécessaire pour conduire convenablement un examen clinique; seulement 17% des FOSA satisfont cette condition.

Le niveau de dotation est de plus en plus faible quand on parcourt la pyramide sanitaire de haut vers le bas. Ainsi, 29% des hôpitaux possèdent l'intégralité de l'équipement contre 23% des centres de santé et 17% des postes de sante. Cependant, il est constaté que dans les régions sanitaires 3 et 6, aucun hôpital ne dispose de la totalité de l'équipement pour examen clinique malgré que quels que centre de santé et Poste de santé de la même région sont dotés de tous les matériels d'examen clinique.

Tableau 4.8: Répartition en pourcentage des FOSA selon le nombre de matériels d'examens cliniques possédés

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Hôpital					
Aucun	0,0	25,0	0,0	0,0	7,1
[1 - 3]	0,0	50,0	0,0	25,0	21,4
[4 - 6]	33,3	25,0	0,0	0,0	14,3
[7 - 8]	0,0	0,0	33,3	75,0	28,6
Tous les neuf	66,7	0,0	66,7	0,0	28,6
Total	100	100	100	100	100
Centre de santé					
Aucun	0,0	5,9	5,4	0,0	2,8
[1 - 3]	12,9	2,9	8,1	0,0	5,6

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
[4 - 6]	16,1	35,3	21,6	36,6	28,0
[7 - 81]	38,7	35,3	48,6	39,0	40,6
Tous les neuf	32,3	20,6	16,2	24,4	23,1
Total	100	100	100	100	100
Poste de santé					
Aucun	0,0	1,3	3,5	0,0	1,5
[1 - 3]	0,0	18,2	21,1	13,5	16,0
[4 - 6]	26,1	40,3	22,8	45,9	34,5
[7 - 81]	47,8	32,5	40,4	32,4	36,6
Tous les neuf	26,1	7,8	12,3	8,1	11,3
Total	100	100	100	100	100
Ensemble FOSA					

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Aucun	0,0	3,5	4,1	0,0	2,3
[1 - 3]	7,0	14,8	15,5	7,3	12,0
[4 - 6]	21,1	38,3	21,6	39,0	31,1
[7 - 81]	40,4	32,2	43,3	37,8	37,9
Tous les neuf	31,6	11,3	15,5	15,9	16,8
Total	100	100	100	100	100
Effectif	57	115	97	82	351

Source : Enquête de base volet FOSA(F1), 2012

4.5.2 Equipement de vaccination

Les équipements de base inclus dans le calcul concernent la chaîne de froid et sont alternativement un réfrigérateur, une glacière, un porte-vaccin, un accumulateur de froid.

Environ 61% des FOSA disposent l'équipement nécessaire à la conduite des activités du programme élargi de vaccination. Cette proportion augmente significativement dans l'ensemble des hôpitaux (86%) des CS (82%). Bien que les PS joue un rôle prépondérant dans l'extension de la couverture vaccinale de par leur plus grand nombre, elles constituent malheureusement le niveau de formation sanitaire des FOSA relativement le moins doté en matériel de maintien de la chaîne de froid dans la zone de projet (43%). Ce déficit au niveau des postes de santé est davantage prononcé dans la région 4 (30%) et la région 6 (11%). dotation au niveau des CS est la moindre dans la RS 3 (79%) et la meilleure dans la région 4 (86%).

Tableau 4.9: Répartition en pourcentage des FOSA disposant d'équipements pour les activités de vaccination

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Hôpital	100,0	100,0	100,0	50,0	85,7
Centre de santé	83,9	79,4	86,5	80,5	82,5
Poste de Santé	43,5	67,5	29,8	10,8	42,8
Ensemble des FOSA	68,4	72,2	53,6	47,6	60,7
Effectifs	57	115	97	82	351

Source : Enquête de base volet FOSA(F1), 2012

4.5.3 Matériel de stérilisation

Il est question ici de stérilisation par procédé physique. Une structure de santé en possède le matériel de stérilisation si et seulement si elle dispose d'au moins un des objets suivants : un autoclave électrique ou non électrique, un stérilisateur électrique à air chaud, une bouilloire ou chauffe-eau électrique, une marmite non électrique avec couvercle et un poupinel.

Environ un quart (25,6%) des Fosa dans son ensemble disposent au moins un matériel de stérilisation. Nombreux sont des hôpitaux qui en possèdent. Au niveau des centres de santé,

à part la région 3 (58,8%) où plus de la moitié dispose au moins un matériel de stérilisation. Cependant, dans les autres régions, le pourcentage des fosa au niveau de cette pyramide sanitaire qui en disposent est au dessous de la moyenne de zone de Projet pour le même niveau de pyramide.

Tableau 4.10: Répartition en pourcentage des FOSA selon le nombre de matériels de stérilisation possédés

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Hôpital	100,0	75,0	100,0	100,0	92,9
Centre de santé	29,0	58,8	32,4	22,0	35,0
Poste de Santé	4,3	14,3	22,8	5,4	13,9
Ensemble des FOSA	22,8	29,6	28,9	18,3	25,6
Effectifs	57	115	97	82	351

Source : Enquête de base volet FOSA(F1), 2012

4.3.4 Matériels des soins prénataux

Les matériels jugés indispensables pour conduire une consultation prénatale sont le tensiomètre, le stéthoscope obstétrical, le mètre en ruban et la balance pour adulte.

D'après le tableau 4.11, environ 40% des établissements de santé disposent de l'ensemble des matériels cités ci-dessous. Au niveau régional, la région 2 (51%) et la région 4 (40%) sont relativement plus nanties en matériels de soins prénataux par rapport aux régions 3 et 6. L'analyse selon le niveau de formation sanitaire place les CS (40%) devant les hôpitaux (36%) et les PS (37%).

Tableau 4.11: Répartition en pourcentage des FOSA selon le nombre de matériel de base pour la CPN

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Hôpital					
Aucun	0,0	25,0	0,0	0,0	7,1
1	0,0	50,0	0,0	25,0	21,4
[2 - 3]	33,3	25,0	33,3	50,0	35,7
Tous les quatre	66,7	0,0	66,7	25,0	35,7
Total	100	100	100	100	100
Centre de santé					
Aucun	3,2	5,9	8,1	0,0	4,2
1	12,9	5,9	5,4	0,0	5,6
[2 - 3]	29,0	52,9	48,6	51,2	46,2
Tous les quatre	54,8	35,3	37,8	48,8	44,1
Total	100	100	100	100	100
Poste de santé					
Aucun	0,0	5,2	10,5	2,7	5,7
1	0,0	13,0	15,8	10,8	11,9
[2 - 3]	56,5	42,9	33,3	62,2	45,4
Tous les quatre	43,5	39,0	40,4	24,3	37,1
Total	100	100	100	100	100
Ensemble FOSA					
Aucun	1,8	6,1	9,3	1,2	5,1

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
1	7,0	12,2	11,3	6,1	9,7
[2 - 3]	40,4	45,2	39,2	56,1	45,3
Tous les quatre	50,9	36,5	40,2	36,6	39,9
Total	100	100	100	100	100
Effectif	57	115	97	82	351

Source : Enquête de base volet FOSA(F1), 2012

4.5.5 Matériel pour accouchement

Pour conduire bien un accouchement, il est nécessaire d'avoir un paquet minimum d'outils fonctionnels. Dans le cas d'espèce, le paquet minimum considéré ici prend en compte les éléments suivants : le registre de partogramme, la boîte d'accouchement, la table d'accouchement, les gants de soins, le stéthoscope médical, les serviettes propres et l'éclairage de la salle d'accouchement,

Dans toute la zone du projet, à peine 2% des FOSA possède l'ensemble de l'équipement nécessaire à la bonne conduite d'un accouchement. Le résultat est le même au niveau des régions, la proportion des structures sanitaires disposant du paquet minimum de matériels d'accouchement ne dépasse pas 3%.

Le constat est toujours amer selon la pyramide fonctionnelle des structures sanitaires. Ainsi, seuls 14% des hôpitaux et 3% des centres de santé possèdent tous les matériels de base bien que ces deux types d'établissement sont censés offrir les soins obstétricaux d'urgence selon l'organisation du système sanitaire en RCA.

Tableau 4.12: Répartition en pourcentage des FOSA selon le nombre de matériels de base pour accouchement

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Hôpital					
Aucun	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
[1 - 2]	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
[3 - 4]	0,0	50,0	0,0	0,0	14,3
[5 - 6]	100,0	50,0	33,3	100,0	71,4
Tous les sept	0,0	0,0	66,7	0,0	14,3
Total	100	100	100	100	100
Centre de santé					
Aucun	16,1	26,5	8,1	24,4	18,9
[1 - 2]	29,0	29,4	48,6	36,6	36,4
[3 - 4]	48,4	26,5	27,0	29,3	32,2
[5 - 6]	3,2	11,8	13,5	9,8	9,8
Tous les sept	3,2	5,9	2,7	0,0	2,8
Total	100	100	100	100	100
Poste de sante					
Aucun	39,1	51,9	38,6	40,5	44,3
[1 - 2]	26,1	40,3	45,6	54,1	42,8
[3 - 4]	34,8	6,5	15,8	5,4	12,4

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
[5 - 6]	0,0	1,3	0,0	0,0	0,5
Tous les sept	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100	100	100	100	100
Ensemble FOSA					
Aucun	24,6	42,6	25,8	30,5	32,2
[1 - 2]	26,3	35,7	45,4	42,7	38,5
[3 - 4]	40,4	13,9	19,6	17,1	20,5
[5 - 6]	7,0	6,1	6,2	9,8	7,1
Tous les sept	1,8	1,7	3,1	0,0	1,7
Total	100	100	100	100	100
Effectif	57	115	97	82	351

Source : Enquête de base volet FOSA(F1), 2012

4.5.6 Matériel de laboratoire

Un laboratoire d'examens biologiques doit répondre à l'exigence d'avoir au minimum un microscope, une centrifugeuse, un hémoglobinomètre et un réfrigérateur pour le stockage des réactifs.

Globalement, très peu de FOSA remplissent cette exigence; seulement 3% des FOSA satisfont cette condition. Ce pourcentage est de 29% pour les hôpitaux et 5% pour les centres de santé et quasiment nul pour les postes de santé.

Sur le plan régional, un tiers (33%) des hôpitaux de la région 2, un quart (25%) dans la région 4, deux tiers (66,7%) dans la région 4 disposent de la totalité de l'équipement de base pour réaliser convenablement un examen biologique. La situation au niveau des centres de santé et postes de santé est plus déplorable.

Tableau 4.13: Répartition en pourcentage des FOSA selon le nombre de matériels de laboratoire possédés

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Hôpital					
Aucun	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2	0,0	75,0	0,0	100,0	50,0
3	66,7	0,0	33,3	0,0	21,4
Tous les quatre	33,3	25,0	66,7	0,0	28,6
Total	100	100	100	100	100
Centre de santé					
Aucun	35,5	35,3	21,6	24,4	28,7
1	32,3	26,5	37,8	53,7	38,5
2	22,6	17,6	27,0	14,6	20,3

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
3	0,0	11,8	10,8	7,3	7,7
Tous les quatre	9,7	8,8	2,7	0,0	4,9
Total	100	100	100	100	100
Poste de santé					
Aucun	69,6	84,4	73,7	59,5	74,7
1	21,7	13,0	22,8	40,5	22,2
2	4,3	2,6	3,5	0,0	2,6
3	4,3	0,0	0,0	0,0	0,5
Tous les quatre					
Total	100	100	100	100	100
Ensemble FOSA					
Aucun	47,4	67,0	51,5	39,0	53,0

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
1	26,3	16,5	27,8	45,1	27,9
2	14,0	9,6	12,4	12,2	11,7
3	5,3	3,5	5,2	3,7	4,3
Tous les quatre	7,0	3,5	3,1	0,0	3,1
Total	100	100	100	100	100
Effectif	57	115	97	82	351

Source : Enquête de base volet FOSA(F1), 2012

4.6 Disponibilité de médicament

4.6.1 Médicaments de base

Sept molécules les plus réputées, assez diversifiées selon leur fonction, ont été utilisées comme traceurs de la disponibilité des médicaments usuels : Pommade tétracycline ophtalmologique, Paracétamol comprimés, Amoxicilline (Sirop, comprimé ou capsule), paquets de solution de réhydratation orale, comprimé de fer (avec ou sans acide folique), comprimés d'acide folique et Cotrimoxazole.

Très peu de FOSA possède les sept produits; seules 11% des structures sanitaires répondent à cette exigence dans toute la zone du projet contre 24% dans la région 2, environs 8% dans la région 3 et 6% dans la région 6. Selon le niveau de la pyramide des structures sanitaires, on constate qu'environ 14% des hôpitaux disposent de l'ensemble des stocks contre 15% des centres de santé et 7% des postes de santé.

Dans les régions 2 et 4, aucun hôpital n'a le stock de la totalité des produits de base alors que dans les régions 3 et 6, 25% des hôpitaux qui en disposent. En ce qui concerne les CS, les zones relativement mieux dotées sont la région 2 (34%) et la région 3 (17%) comparativement à la région 4 (6%) et la région 6 (8%). Le pourcentage des postes de santé, ayant des stocks de la totalité des médicaments est d'à peine 14% dans les régions 2 et 4 contre 3% dans les régions 3 et 6.

Tableau 4.14: Répartition en pourcentage des FOSEA selon le nombre de stocks de médicaments de base disponibles

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Hôpital					
Aucun	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
[1 - 3]	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
[4 - 6]	100,0	75,0	100,0	75,0	85,7
Tous les sept	0,0	25,0	0,0	25,0	14,3
Total	100	100	100	100	100
Centre de santé					
Aucun	6,3	22,9	5,6	5,1	9,7
[1 - 3]	12,5	8,6	19,4	10,3	12,7
[4 - 6]	46,9	51,4	69,4	76,9	62,4

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Tous les sept	34,4	17,1	5,6	7,7	15,2
Total	100	100	100	100	100
Poste de santé					
Aucun	0,0	34,2	3,6	24,3	19,3
[1 - 3]	13,6	17,8	18,2	27,0	19,2
[4 - 6]	72,7	45,2	63,6	45,9	54,0
Tous les sept	13,6	2,7	14,5	2,7	7,5
Total	100	100	100	100	100
Ensemble FOSA					
Aucun	3,4	29,7	4,3	13,5	14,6
[1 - 3]	12,3	14,5	18,1	17,3	15,8

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
[4 - 6]	60,1	48,1	67,0	62,9	58,7
Tous les sept	24,2	7,8	10,7	6,3	10,9
Total	100	100	100	100	100
Effectifs	57	115	97	82	351

Source : Enquête de base volet FOSA(F1), 2012

4.6.2 Stock d'antipaludéens

Pour apprécier la disponibilité des antipaludéens, un kit composé de quatre types de produits de base a été retenu pendant la collecte: la quinine, deux traitements associés à base d'artémisine (Artésunate+ amodiaquine et Artésunate+ luméfantrine) et le Fansidar/ Sulphadoxine-Pyriméthamine.

Globalement, à peine 4% des formations sanitaires possède ce kit. Ce kit existe dans aucun des hôpitaux de la zone d'étude. Cependant on observe la disponibilité de ce kit dans 6% des CS et dans 2% des PS.

Au niveau régional, c'est dans la Région 4(6,4%) que l'on observe un pourcentage plus élevé des fosa qui possède en stock ce kit mais bien ce pourcentage est relativement très faible.

Tableau 4.15: Répartition en pourcentage des FOSA selon le nombre de stocks d'antipaludéens disponibles

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Hôpital					
Aucun	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1	0,0	50,0	66,7	25,0	35,7
2-3	100,0	50,0	33,3	75,0	64,3
Tous les quatre	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100	100	100	100	100
Centre de santé					
Aucun	3,1	22,9	8,3	5,1	9,7
1	6,3	22,9	19,4	12,8	15,5
2-3	84,4	48,6	63,9	76,9	68,4
Tous les quatre	6,3	5,7	8,3	5,1	6,3
Total	100	100	100	100	100
Poste de santé					
Aucun	0,0	38,4	9,1	35,1	24,6
1	4,5	17,8	30,9	29,7	22,4
2-3	95,5	43,8	54,5	32,4	50,9
Tous les quatre	0,0	0,0	5,5	2,7	2,1
Total	100	100	100	100	100
Ensemble FOSA					
Aucun	1,7	32,4	8,5	18,4	17,6
1	5,2	20,4	27,6	21,0	20,1

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
2-3	89,7	45,5	57,5	56,8	58,6
Tous les quatre	3,4	1,7	6,4	3,8	3,8
Total	100	100	100	100	100
Effectifs	57	115	97	82	351

Source : Enquête de base volet FOSA(F1), 2012

4.6.3 Stock de vaccins PEV disponibles

L'évaluation est axée uniquement sur les vaccins traditionnels PEV. Composé par les vaccins contre la tuberculose (BCG), la poliomyélite (Polio), le tétanos néonatal (VAT), la rougeole (VAR) et le groupe de cinq vaccins administrés même moment contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B1 et le Hib (Pentavalent).

Dans l'ensemble, seulement 13% des structures ont le stock de la totalité des vaccins PEV. Ce pourcentage est de 57% pour les hôpitaux, 24% pour les centres de santé et environ 2% pour les postes de santé. Les zones relativement mieux pourvues sont les régions sanitaires 2 et 4 (20%) par rapport à la région 3 (5%) et la région 6 (10%).

Tableau 4.16: Répartition en pourcentage des FOSA selon le nombre de stocks de vaccin PEV disponibles

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Hôpital					
Aucun	0,0	25,0	0,0	50,0	21,4
[1 -2]	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
[3 - 4]	33,3	0,0	33,3	25,0	21,4
Tous les cinq	66,7	75,0	66,7	25,0	57,1
Total	100	100	100	100	100
Centre de santé					
Aucun	37,5	80,0	41,7	43,6	50,4
[1 -2]	6,3	0,0	2,8	7,7	4,3
[3 - 4]	25,0	11,4	16,7	30,8	21,3
Tous les cinq	31,3	8,6	38,9	17,9	24,0
Total	100	100	100	100	100
Poste de santé					
Aucun	90,9	95,9	87,3	97,3	93,0
[1 -2]	4,5	0,0	0,0	2,7	1,1
[3 - 4]	4,5	4,1	7,3	0,0	4,3
Tous les cinq	0,0	0,0	5,5	0,0	1,6
Total	100	100	100	100	100
Ensemble FOSA					
Aucun	57,1	88,7	67,2	68,1	72,8
[1 -2]	5,2	0,0	1,1	5,1	2,3
[3 - 4]	17,2	6,1	11,7	16,6	11,9
Tous les cinq	20,5	5,1	20,1	10,2	13,0
Total	100	100	100	100	100

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Effectifs	57	115	97	82	351

Source : Enquête de base volet FOSA(F1), 2012

4.6.4 Stock de médicaments pour les soins obstétricaux

Pour évaluer la disponibilité des médicaments pour les soins obstétricaux, un ensemble de quatre molécules de base a été retenu. Il s'agit du Sulfate de magnésium, de Diazépam injection, de Misoprostol et de l'Oxytocine.

Selon l'organisation du système sanitaire en RCA, les centres de santé et les hôpitaux sont les niveaux des Fosa habilités à offrir des soins obstétricaux d'urgence. En conséquence, ces deux catégories de FOSA sont censées disposer de stock de médicaments usuels nécessaires à la conduite de leur mission. Malheureusement dans la zone d'étude, moins de 3% de ces structures sanitaire disposent tous les quatre produits servant à cette intervention.

Dans l'ensemble de la zone du projet, 44% des structures ne possèdent aucune de ces molécules et la proportion de celles qui disposent de l'intégralité des stocks est quasiment nulle au niveau des hôpitaux. Cependant, 21% des hôpitaux n'ont qu'un produit et 64% dispose de deux à trois molécules. De même, 30% des CS ne possède que le stock d'un seul produit et 39% ont en stock deux à trois produits.

La région sanitaire qui est relativement mieux dotée est la région 2 dont tous les hôpitaux ont le stock de deux à trois médicaments contre 56% des centres de santé ; la région pauvre est la région 3 dont 50% des hôpitaux possèdent deux à trois produits de soins obstétricaux contre seulement 20% des centres de santé.

Tableau 4.17: Répartition en pourcentage des FOSA selon le nombre de stock des produits pour les soins obstétricaux

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Hôpital					
Aucun	0,0	50,0	0,0	0,0	14,3
1	0,0	0,0	33,3	50,0	21,4
2-3	100,0	50,0	66,7	50,0	64,3
Tous les quatre	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100	100	100	100	100
Centre de santé					
Aucun	15,6	60,0	27,8	17,9	30,0
1	28,1	17,1	30,6	41,0	29,8
2-3	56,3	20,0	41,7	41,0	39,5
Tous les quatre	0,0	2,9	0,0	0,0	0,7
Total	100	100	100	100	100
Poste de santé					

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Aucun	18,2	64,4	67,3	51,4	57,3
1	59,1	30,1	21,8	27,0	30,5
2-3	22,7	5,5	10,9	21,6	12,2
Tous les quatre	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100	100	100	100	100
Ensemble FOSA					
Aucun	15,8	62,6	50,1	32,1	44,4
1	39,1	25,2	25,5	35,1	29,9
2-3	45,0	11,3	24,4	32,7	25,4
Tous les quatre	0,0	0,8	0,0	0,0	0,3
Total	100	100	100	100	100
Effectifs	57	115	97	82	351

Source : Enquête de base volet FOSA(F1), 2012

4.6.5 Stock de contraceptifs

Cinq produits ont été considérés pour évaluer la disponibilité de stock de contraceptifs dans les formations sanitaires au cours de cette étude. Ce sont le préservatif (masculin ou féminin), les comprimés de contraception, les ampoules injectables ou Depo-provera, le Norplant nouvelle formule et le dispositif intra-utérin.

La disponibilité des contraceptifs est significativement limitée dans les FOSA de la zone de projet tant en termes de diversité que d'expansion à différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Il ressort des résultats que 65% des structures sanitaires ne disposent d'aucun contraceptif en stock et à peine 1% possède le stock de tous les cinq produits.

En termes d'expansion à différents niveaux de la pyramide sanitaire, on relève que la pénétration des instruments de contraception n'atteint pas la base de la pyramide. Ainsi, la totalité des contraceptifs ne sont disponibles que dans 14% des hôpitaux et dans moins d'un pourcent des CS.

Tableau 4.18: Répartition en pourcentage des FOSA selon le nombre de stock de contraceptifs disponibles

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Hôpital					
Aucun	0,0	25,0	0,0	50,0	21,4
[1 - 2]	100,0	50,0	33,3	50,0	57,1
[3 - 4]	0,0	0,0	33,3	0,0	7,1
Tous les cinq	0,0	25,0	33,3	0,0	14,3
Total	100	100	100	100	100
Centre de santé					
Aucun	53,1	71,4	50,0	33,3	51,0
[1 - 2]	34,4	14,3	30,6	41,0	30,5
[3 - 4]	12,5	14,3	16,7	25,6	17,8
Tous les cinq	0,0	0,0	2,8	0,0	0,7

Total	100	100	100	100	100
Poste de santé					
Aucun	68,2	89,0	74,5	73,0	79,2
[1 - 2]	31,8	9,6	21,8	24,3	18,6
[3 - 4]	0,0	1,4	3,6	2,7	2,1
Tous les cinq	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100	100	100	100	100
Ensemble FOSA					
Aucun	56,4	81,6	62,9	52,0	65,4
[1 - 2]	36,8	12,4	25,5	33,9	25,0
[3 - 4]	6,8	5,1	9,5	14,0	8,7
Tous les cinq	0,0	0,9	2,1	0,0	0,9
Total	100	100	100	100	100

Effectifs	57	115	97	82	351
------------------	-----------	------------	-----------	-----------	------------

Source : Enquête de base volet FOSA(F1), 2012

4.7 Capacité des laboratoires d'analyse

Quatre tests basiques ont été retenus comme traceurs de la capacité des laboratoires des formations sanitaires: le paludisme, la tuberculose, le VIH/SIDA et la numération globulaire.

Selon le tableau 4.19, la capacité de réaliser les tests de laboratoire est extrêmement faible en dehors des hôpitaux. Ainsi, dans toute la zone du projet, 71% des hôpitaux sont pourvus de laboratoires à même de réaliser les quatre tests basiques contre seulement 5% des centres de santé ; aucun poste de santé ne peut le faire.

Sur le plan régional, la capacité des laboratoires des hôpitaux est meilleure dans la région 2 (100%), bonne dans la région 3 (75%), la région 4 (66,7%) et moins bonne dans la région 6 (50%).

Tableau 4.19: Pourcentage des FOSA capables de réaliser les tests de laboratoire pour la paludisme, la tuberculose, le VIH/SIDA et la numération globulaire

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Hôpital	100,0	75,0	66,7	50,0	71,4
Centre de santé	6,5	11,8	2,7	0,0	4,9
Poste de Santé	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ensemble FOSA	8,8	6,1	3,1	2,4	4,8
Effectifs	57	115	97	82	351

Source : Enquête de base volet FOSA(F1), 2012

4.8 Système National d'Information Sanitaire

Le bon fonctionnement du système d'information sanitaire dépend de la promptitude des services d'offre de soins à remplir les tâches d'enregistrement et de compilation qui leurs sont dévolues. On distingue l'enregistrement des activités PEV des autres activités courantes (accouchement, CPN, consultation curatives) qui ne sont pas forcément enregistrées dans un registre à part dans le contexte de la RCA.

Le tableau 4.20 montre un peu moins de la moitié (49%) des FOSA disposait de leur rapport mensuel SNIS complètement rempli au moment de la collecte. De façon générale, c'est dans la région 2 (68%) et la région 6 (56%) que les FOSA tiennent le plus les rapports SNIS à jour par comparaison à la région 4 (54%) et la région 3 (31%).

Dans l'ensemble des hôpitaux, ce chiffre est d'environ 86% contre 68% pour tous les CS et 33% pour les PS.

Tableau 4.20: Répartition en pourcentage des FOSA disposant des rapports à jour du système d'information sanitaire pour le dernier mois écoulé

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Rapport mensuel SNIS complètement rempli					
Hôpital	100	100	33,3	100	85,7
Centre de santé	74,2	50	73	73,2	67,8
Poste de santé	56,5	19,5	42,1	32,4	33
Ensemble FOSA	68,4	31,3	53,6	56,1	49,3
Rapport mensuel d'activité PEV					
Hôpital	100	100	66,7	75	85,7
Centre de santé	64,5	58,8	78,4	78	70,6
Poste de santé	39,1	20,8	21,1	2,7	19,6
Ensemble FOSA	56,1	34,8	44,3	43,9	43
Effectif	57	115	97	82	351

Source : Enquête de base volet FOSA(F1), 2012

Dans le cas spécifique des activités de vaccination, 43% des établissements de santé parviennent dans les temps à s'acquitter de la tâche de remplissage des registres y afférents.

Cette proportion qui est presque 20% dans l'ensemble des postes de santé, s'améliore significativement pour atteindre 71% au niveau des CS et 86% pour les hôpitaux.

4.9 Mise en œuvre de la stratégie avancée

L'implémentation d'une stratégie avancée ici consiste principalement à mener des activités, surtout de santé maternelle préventive et infanto-juvénile dans la communauté au lieu de les faire au sein des formations sanitaires.

4.9.1 Stratégie avancée pour la Vaccination

Globalement, 47% des formations sanitaires déclarent mener des activités de vaccination dans la communauté dans le cadre du programme PEV. Au niveau régional, on note un fort taux de réalisation de la stratégie avancée dans la région 3 (66%) par rapport aux autres régions où moins de la moitié des structures la met en œuvre. Selon le niveau de la pyramide des FOSA, les hôpitaux (71%) sont plus impliqués dans cette activité que les CS (56%) et les postes de santé (36%).

Tableau 4.21: Proportion des FOSA qui implémentent la stratégie avancée pour les activités de vaccination,

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Hôpital	66,7	100,0	100,0	25,0	71,4
Centre de santé	22,6	55,9	70,3	68,3	55,9
Poste de Santé	21,7	68,8	19,3	2,7	36,1
Ensemble des FOSA	24,6	66,1	41,2	36,6	45,6
Effectifs	57	115	97	82	351

Source : Enquête de base volet FOSA(F1), 2012

4.9.2 Stratégie avancée pour les Soins liés à l'accouchement et les soins post-partum

En matière de santé maternelle, environ 46% des FOSA ont réalisé la sensibilisation communautaire sur consultations prénatales. Cette activité a été plus réalisée dans la région 4 (55%) et la région 3 (50%) par rapport à la région 6 (45%) et la région 2 (25%). On relève que la sensibilisation communautaire sur les CPN a été plus réalisée par les postes de santé (46%) et ce quel que soit la région.

La sensibilisation sur les soins liés à l'accouchement et soins post-partum a été réalisée par 37% des FOSA dans toute la zone du projet. Les hôpitaux (43%) et les postes de santé (41%) se sont plus investis dans cette activité que les centres de santé (31%). Cette tendance est la même au niveau régional.

Tableau 4.22: Proportion des FOSA ayant réalisé la sensibilisation communautaire sur les soins de santé maternelle au cours des six derniers mois

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Consultation prénatale					
Hôpital	33,3	0,0	100,0	75,0	50,0
Centre de santé	16,1	38,2	59,5	61,0	45,5
Poste de Santé	34,8	57,1	49,1	24,3	45,9
Ensemble des FOSA	24,6	49,6	54,6	45,1	45,9
Soins liés à l'accouchement et soins post-partum					
Hôpital	33,3	50,0	100,0	0,0	42,9
Centre de santé	12,9	35,3	43,2	29,3	30,8
Poste de Santé	17,4	53,2	52,6	10,8	40,7
Ensemble des FOSA	15,8	47,8	50,5	19,5	36,8

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Effectifs	57	115	97	82	351

Source : Enquête de base volet FOSA(F1), 2012

Chapitre 5 : Qualité des soins de santé et satisfaction des usagers

Evaluer les activités et la qualité des prestations d'un service passe par une évaluation régulière de la satisfaction des usagers. Le présent chapitre se focalise sur le niveau de satisfaction des usagers de service de santé. Pour cela deux approches ont été utilisées : (i) l'appréciation de la qualité selon les consommateurs lesquels sont interviewés à la sortie d'une consultation dans une FOSA et puis interrogés par sondage dans les ménages; (ii) l'évaluation normative de la qualité des soins à travers une observation directe de l'interaction prestataire-patient et une interview du personnel soignant sur leur niveau de connaissances théoriques.

5.1 Qualité des soins de santé

L'un des aspects les plus importants de cette enquête est l'évaluation de la qualité des soins fournis. Conformément aux normes en vigueur, l'exercice a été mené à deux niveaux : sur le plan théorique et au niveau pratique. Au plan théorique, le niveau de connaissances cliniques des agents de santé a été jaugé à travers une série de questions tandis que sur le plan pratique, le respect des protocoles en matière de consultations et de soins curatifs a été vérifié à travers l'observation de la manière et du contenu de l'interaction client – agent.

5.1.1 Connaissances cliniques théoriques

Les connaissances cliniques déterminent la qualité des soins que les agents sont à même de fournir. Pour chaque type de soin, il est soumis à l'agent de santé une liste de gestes, d'actions et de prescriptions médicales parmi lesquelles il doit choisir ceux qui sont attendues conformément à la norme enseignée en RCA. La note 1 a été attribuée pour chaque acte correctement posé par l'agent et la note de 0 pour chaque acte omis ou mal posé. Les scores obtenus ont été par la suite normalisée sur une échelle de 0 à 100.

Sante infantile

Dans le domaine de la consultation curative des enfants de moins de 5 ans, les divers scores inclus dans le calcul du score de connaissance théorique concernent : les cas spécifiques de la vaccination, de la diarrhée, de la toux, de la fièvre.

Le score de la connaissance théorique des agents de santé en matière de vaccination est d'environ 17 sur 100 (Tableau 5.1). Il est de près de 54 sur 100 dans les hôpitaux et d'environ 22 dans les CS et 2 sur 100 au niveau de poste de santé. Au niveau régional C'est la Région 3 qui enregistre le meilleur score de qualité générale (près de 26 sur 100). Cependant il n'y a pas trop d'écart de score de connaissance des personnels de la santé en la matière dans les autres Régions sanitaires.

Dans le cas spécifique de la diarrhée chez les moins de 5 ans, le score de connaissance théorique des agents de santé est près de 9 sur 100. Ici le score des hôpitaux (33 sur 100) devance significativement celui des Centres de Santé (Environ 10,9 sur 100) et quasiment nul

dans le poste de santé. Le meilleur score est dans la région 2 (près de 11 sur 100) et le plus faible, par la Région 4 (Environ 7 sur 100).

Pour ce qui est des cas de fièvre observés, le score de connaissance est d'environ 8 sur 100.

Le score de connaissance des agents dans les hôpitaux (25 sur 100) devancent celui de agent intervenant dans des Centre de Santé de près de 15 points de pourcentage. La Région 2 se classe en tête avec le score de connaissance théorique de 8,9 sur 100 ; et la Région 4 s'illustre le moins bien avec près de 7 sur 100.

Dans le cas où la plainte principale est la toux chez l'enfant de moins de 5 ans, le score de qualité observée est de près de 9 sur 100.

Ici également le score de connaissance théorique des agents des hôpitaux surplombe celui des Centre de Santé (11 sur 100) de près de 19 points de pourcentage. La Région Sanitaire la plus performante est de nouveau la deuxième (Environ 10 sur 100) et la moins performante, la troisième (Près de 8 sur 100).

Tableau 5.1: Score moyen de connaissance théorique en vaccination et diagnostic de certaines maladies d'enfance (moins de 5 ans)

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Connaissance sur la vaccination					
Hôpital	52,4	56,3	67,9	40,2	53,3
Centre de santé	14,9	32,0	24,6	17,8	21,4
Poste de Santé	0,0	2,0	1,3	4,3	1,9
Ensemble Fosa	13,4	25,4	14,0	15,1	16,3
Diarrhée					
Hôpital	50,0	23,2	28,6	31,3	32,4
Centre de santé	10,4	12,4	12,8	9,0	10,9
Poste de Santé	0,0	0,3	0,5	2,2	0,8

Ensemble Fosa	10,4	9,8	6,9	8,5	8,6
Fièvre					
Hôpital	33,3	16,3	26,7	25,0	24,6
Centre de santé	10,1	8,4	12,1	8,2	9,6
Poste de Santé	0,0	0,0	0,2	3,1	0,9
Ensemble Fosa	8,9	6,7	6,3	7,8	7,4
Toux					
Hôpital	41,7	15,6	39,6	26,6	29,5
Centre de santé	10,5	10,1	13,2	9,0	10,6
Poste de Santé	0,0	0,0	0,6	3,2	1,1
Ensemble Fosa	9,8	7,6	7,7	8,4	8,3
Effectifs	153	132	225	216	726

Source : Enquête de base volet FOSA(F2), 2012

Santé maternelle

S'agissant de connaissance théorique des personnel de santé sur les complications prénatales et le protocole de CPN, le score de connaissance théorique des agents de santé ne dépasse pas 11 sur 100 dans les deux cas. Les plus élevé de score de niveau de connaissance des personnels est observé dans les hôpitaux suivi des centre de sante. Cependant au niveau des poste de santé, ce score dans les deux cas n'atteint pas 5 sur 100.

Tableau 5.2: Score moyen de connaissance théorique en santé maternelle

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Complications prénatales					
Hôpital	39,3	33,9	34,5	39,3	36,7
Centre de santé	11,1	16,4	12,5	10,9	12,4
Poste de Santé	0,0	1,7	0,8	4,1	1,6
Ensemble Fosa	10,0	13,9	7,2	10,8	10,1
Protocole des CPN					
Hôpital	37,0	39,7	44,2	40,4	40,3
Centre de santé	12,8	19,6	17,4	12,5	15,0
Poste de Santé	0,0	1,7	0,6	3,6	1,4
Ensemble Fosa	10,8	16,3	9,6	11,7	11,7

Effectifs	153	132	225	216	726
------------------	------------	------------	------------	------------	------------

Source : Enquête de base volet FOSA(F2), 2012

5.2.2 Qualité observée des soins

L'observation directe a porté principalement sur la consultation des moins de 5 ans pour un nouvel épisode morbide, les femmes venues en première consultation prénatale et la consultation des 5 ans et plus. Les faits observés concernent la consultation générale curative, les consultation et soins en cas de la diarrhée, de la toux, de la fièvre chez les moins de 5 ans ainsi que le déroulement du protocole de CPN et la prescription des médicaments. Comme précédemment, la note de 1 a été attribuée pour chaque acte correctement posé par l'agent de sante et la note de 0 pour chaque acte omis. Les scores obtenus ont été par la suite normalisée sur une échelle de 0 à 100.

Consultation générale des moins de 5 ans

Le niveau de score montre que la qualité des consultations curatives des moins de 5 ans observées est en deçà de la moyenne quel que soit le niveau de formation sanitaire, le score de qualité générale est d'environ 42 sur 100. La qualité de consultations dans les hôpitaux (45 sur 100) est légèrement meilleure que celle observée dans les Centre de Santé (42 sur 100) et dans les Poste de Santé (40,5 sur 100). Au plan régional, les normes en matière de consultation des moins de 5 est plus respectée dans la région 2 (49,9 sur 100) et la région 4 (49,3 sur 100).

Tableau 5.3: Score moyen de qualité observée pour la consultation générale des moins de 5 ans

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Hôpital	49,6	40,4	49,3	45,7	45,4
Centre de santé	47,9	38,4	38,2	45,5	42,3
Poste de Santé	40,9	38,1	48,0	40,8	40,5
Ensemble Fosa	46,1	38,4	42,2	44,2	41,8

Source : Enquête de base volet FOSA(F4), 2012

Cas de diarrhée

En ce qui concerne la diarrhée chez les moins de 5 ans, le tableau 5.4 montre que la qualité des soins n'est pas assez bonne dans toute la zone du projet, le score observé n'est que de 49,8 sur 100. La région 6 est celle qui fournit des soins d'assez bonne qualité et la région 4 donne des soins de qualité relativement faible (45,3 sur 100). L'examen donne selon le niveau des structures sanitaires indique que dans l'ensemble les soins sont de bonne qualité dans les hôpitaux (64,6 sur 100) et de qualité moyenne dans les Centre de Santé (50,3 sur 100) par rapport aux postes de santé (46,5 sur 100)

Tableau 5.4: Score moyen de qualité observée en cas de diarrhée chez les moins de 5 ans

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Hôpital	50,0	65,6	66,7	65,6	64,6
Centre de santé	62,1	48,2	41,0	53,4	50,3
Poste de Santé	40,9	48,0	48,9	42,3	46,5
Ensemble Fosa	56,0	49,3	45,3	51,2	49,8

Source : Enquête de base volet FOSA(F4), 2012

Cas de toux

Dans le cas où la plainte principale est la toux chez l'enfant de moins de 5 ans, le score de qualité observée est de près de 53 sur 100. Cela signifie qu'en moyenne, sur cent actions, gestes ou fait attendus lorsqu'un enfant de moins de 5 ans souffre de la toux, 53 sont accomplis. Les régions 2 et 6 sont les plus performantes (56 sur 100) et la moins performante est la région 4 (42,3 sur 100).

Tableau 5.5: Score moyen de qualité observée en cas de toux chez les moins de 5 ans

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Hôpital	37,5	48,1	63,3	80,0	54,2
Centre de santé	59,9	39,0	36,8	60,3	48,3
Poste de Santé	52,9	62,7	47,8	40,7	56,8
Ensemble Fosa	55,6	54,7	42,3	55,8	52,8

Source : Enquête de base volet FOSA(F4), 2012

Cas de fièvre

S'agissant de la fièvre, la qualité des soins est inférieure à la moyenne. Sur cent actions et gestes recommandés, seuls 44 sont effectués. Selon la pyramide des formations sanitaires, les normes en matière de consultations sont plus observées en moyenne dans les hôpitaux (50,5 sur 100) puis dans les CS (45 sur 100) et enfin dans les PS (42 sur 100). Au plan spatial, par rapport aux autres régions, la région 6 présente la meilleure qualité (50,8 sur 100) même ce niveau de respect des normes est inférieur à l'espérance.

Tableau 5.6: Score moyen de qualité observée en cas de fièvre chez les moins de 5 ans

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Hôpital	44,4	45,0	67,9	53,3	50,5
Centre de santé	48,1	40,2	40,5	49,8	45,1
Poste de Santé	38,7	38,1	46,7	52,1	42,0
Ensemble Fosa	44,9	39,5	44,4	50,8	44,5

Source : Enquête de base volet FOSA(F4), 2012

Prescriptions des médicaments

En matière de prescription de médicaments au malade, la qualité observée est de 56 sur 100 dans l'ensemble. La région 2 qui affiche un score de 63,7 sur 100, s'exprime le mieux dans ce domaine et la région 3 (47,6 sur 100) est la moins indiquée. Sans surprise, les hôpitaux (64,5 sur 100) font mieux que les Centre de Santé (58,1 sur 100) et ces derniers à leur tour font mieux que les Poste de Santé (quasiment 53 sur 100).

Tableau 5.7: Score moyen de qualité observée pour la prescription chez les moins de 5 ans

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Hôpital	74,4	42,9	63,9	66,7	64,5
Centre de santé	71,2	43,1	59,5	60,6	58,1
Poste de Santé	46,2	49,9	64,7	57,3	52,9
Ensemble Fosa	63,7	47,6	61,8	60,3	56,2

Source : Enquête de base volet FOSA(F4), 2012

Consultation prénatale

Les résultats de cette partie ont exclusivement trait aux cas de première consultation prénatale pour des besoins d'analyse.

D'après le tableau 5.8, moins de la moitié des actions, faits et gestes médicaux relatifs à la première CPN sont effectivement posés dans les FOSA de la zone du projet car le score de qualité qui ressort dans l'ensemble est de 38,7 sur 100. Il ressort des données que les normes en matière de CPN sont plus observées premièrement dans la région 2 (53,5 sur 100) puis dans la région 6 (40,5 sur 100) ensuite dans les régions 4 (36,4 sur 100) et enfin dans la région 3 (34,2 sur 100).

Par contre, le protocole des CPN est plus respecté dans les CS (42,1 sur 100) que les hôpitaux (39,7 sur 100).

Tableau 5.8: Score moyen de qualité observée -consultation prénatale

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Hôpital	50,0	38,5	39,4	37,9	39,8
Centre de santé	54,3	38,4	36,3	42,9	42,1
Poste de Santé	50,6	30,4	34,7	36,9	33,3
Ensemble Fosa	53,5	34,2	36,4	40,5	38,7

Source : Enquête de base volet FOSA(F4), 2012

5.2 Satisfaction des clients interviewés dans les FOSA

Pour mesure le degré de satisfaction des usagers par rapport aux soins reçus, une série de questions leur a été soumise afin qu'ils donnent leur appréciation par rapport aux rubriques (i) propriété et sécurité des lieux, (ii) accueil et attitude du personnel de santé, (iii) compétence et/ou capacité du personnel soignant, (iv) coût de soins et médicaments, (v) heures d'ouverture des FOSA et (vi) temps d'attente. Puis est calculé un score normalisé de satisfaction globale prenant en compte toutes les rubriques ci-dessus.

5.2.1 Satisfaction des clientes venues en CPN

D'après le tableau 5.9, le score moyen de satisfaction des femmes venu en consultation prénatale est de 66 sur 100 dans toute la zone d'étude. La région 2 (70 sur 100) et les régions 4 et 6 (67 sur 100) ont enregistré les plus forts taux de satisfaction par rapport à la région 3 (62 sur 100). Selon la pyramide des formations sanitaires, les femmes en sortie de CPN dans les hôpitaux enregistrent le score le plus élevé (70 sur 100) par rapport à celles qui ont demandé des soins dans les centres de santé (67 sur 100) et postes de santé (62 sur 100). Cette relative "performance" des hôpitaux est observée dans trois régions en dehors de la région 2 où les centres de santé sont quasiment au même niveau que les hôpitaux..

L'analyse générationnelle indique qu'en moyenne, les jeunes clientes sont en général moins satisfaites que les plus âgées ; le score moyen de satisfaction passe de 64 sur 100 chez les femmes de 15-19 ans à 66 sur 100 pour les femmes de 20-29 ans pour atteindre le pic d'environ 69 à partir de 40 ans.

Selon le niveau d'instruction, il ne se dégage pas de différence significative entre les femmes non instruites et celles qui ont été à l'école. Si l'on tient compte de la répartition spatiale en plus de l'instruction, on constate que les femmes plus instruites sont moins comblées dans les régions 2 et 3 et plus satisfaites dans la région 6.

Tableau 5.9: Score moyen de satisfaction des clientes en CPN

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Niveau de FOSA					
Hôpital	69,6	67,7	74,1	71,1	70,6
Centre de santé	70,8	62,4	69,3	67,0	67,4
Poste de Santé	69,2	61,3	61,2	64,7	62,3
Age					
14-19	63,0	62,4	64,4	67,3	64,5
20-29	72,5	61,9	68,2	65,2	66,0
30-39	70,8	62,5	69,5	70,6	67,0
40-49	.	70,1	64,6	68,8	68,8
Niveau d'instruction					
Aucun	68,7	62,7	68,9	64,6	65,4

Primaire	73,1	62,3	64,7	70,1	66,5
Secondaire et plus	63,2	58,8	66,1	72,5	66,6
Ensemble	70,5	62,4	67,3	66,8	65,9
Effectifs	87	241	192	210	730

Source : Enquête de base Volet FOSA(F5), 2012

5.2.2 Satisfaction des clients en consultation des moins de 5 ans

Les clients venus en consultation des moins de 5 ans ont affiché un score moyen de satisfaction de 66 points sur cent dans l'ensemble. Les régions 2,3 et 4 sont un peu plus performantes que la région 6

Selon le niveau de formation sanitaire, les scores les plus élevés sont observés d'abord dans les centres de santé puis dans les hôpitaux et enfin les Poste de Santé. Bien que le niveau moyen de score de satisfaction est au delà de 50 sur 100 quelque soit le type de Fosa, L'analyse des résultats par niveau d'instruction des accompagnants révèle que les personnes de niveau secondaire ou plus ont une perception plus négative des prestations reçus que celles de niveau inférieur, ce résultat est observé dans toutes les régions.

Tableau 5.10: Score moyen de satisfaction globale pour la consultation curative des moins de 5 ans

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Niveau de FOSA					
Hôpital	63,6	64,1	71,1	67,4	66,2
Centre de santé	68,8	67,8	69,2	63,6	67,2
Poste de Santé	71,8	65,2	65,2	57,1	64,7
Niveau d'instruction					
Aucun	70,3	65,9	67,1	61,1	65,5
Primaire	69,3	66,8	69,9	64,6	67,7
Secondaire et plus	63,0	62,7	66,9	62,9	63,9
Ensemble	69,1	66,0	68,0	62,1	66,0
Effectifs	135	316	180	188	819

Source : Enquête de base Volet FOSA (F6), 2012

5.2.3 Satisfaction des clients à la sortie de consultation de plus de 5 ans

Dans l'ensemble de la zone d'étude, le score moyen de satisfaction est de 65 sur cent. Au plan spatial, les clients vivants dans la région sanitaire 2 (69 sur 100) et la région sanitaire 4 (68 sur 100) sont un peu plus satisfaits que leur semblable de la région 3 (62 sur 100) et de la région 6 (63 sur 100).

Les opinions les plus positives sont exprimées dans les formations sanitaires de niveau intermédiaire. Par contre, le niveau d'instruction ne discrimine pas les patients ou leurs accompagnants du point de vue de satisfaction.

Tableau 5.11: Score moyen de satisfaction globale pour les consultations curatives des plus de 5 ans

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Niveau de FOSA					

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Hôpital	59,4	66,4	64,7	59,4	62,1
Centre de santé	70,3	62,4	69,1	64,2	66,3
Poste de Santé	72,1	60,8	65,9	60,9	62,8
Niveau d'instruction					
Aucun	73,6	61,1	69,0	62,1	65,1
Primaire	69,8	61,8	63,5	62,9	63,8
Secondaire et plus	60,0	64,2	71,9	63,0	64,9
Ensemble	69,0	61,9	67,6	62,6	64,6
Effectifs	109	219	152	161	641

Source : Enquête de base Volet FOSA (F7), 2012

5.3 Satisfaction des clients interviewés dans les ménages

En sus des patients interviewés à la sortie de consultation, ont été interrogés dans les ménages les individus malades qui ont été consultés par un personnel de santé dans une structure formelle au cours des 4 semaines précédant l'enquête. Les questions ont porté sur l'accueil et attitude du personnel, la qualité des services, le coût des soins et médicaments.

5.3.1 Consultation curative des moins de 5 ans

Dans l'ensemble de la zone du projet, le score moyen de satisfaction par rapport aux soins des moins de cinq est de 36 sur cent. Ce niveau reste quasiment identique quel que soit, dans la pyramide sanitaire, le rang de la structure où le patient s'est fait consulté.

En revanche, on constate une légère disparité entre les différentes régions. La région 2 avec un score moyen d'environ 43 sur cent et la région 4 dont le score est de 38 sur cent sont les localités où les malades ont gardé une bonne impression des prestataires de soins des moins de 5 ans.

Tableau 5.12: Score moyen de satisfaction des clients de moins de 5 ans interviewés dans les ménages sur les consultations curatives

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Hôpital	50,9	16,2	39,0	32,8	35,0
Centre de santé	38,2	37,0	33,7	34,3	36,2
Poste de santé	45,2	32,7	42,1	41,3	37,3
Ensemble	42,7	30,8	38,2	35,7	36,3
Effectifs	210	410	298	154	1072

Source : Enquête de base Volet Ménage, 2012

5.3.2 Consultation curative des plus de 5 ans

Le niveau de satisfaction de ménage pour les consultations curatives de plus de cinq ans est plus élevé dans les postes de santé (36,6 sur cent) suivi de centre de santé (34,4 sur 100) et enfin vient les Hôpitaux (31,1 sur 100). Cette tendance est beaucoup plus observée dans les régions sanitaires 2, 3 et 4. Alors que dans les régions 6 le niveau de satisfaction est plus élevé dans les hôpitaux. Il faut noter que l'ignorance des type de formation sanitaire par le ménage

peux influence négativement sur ce score étant donné que la plupart des ménages ne connaissent pas l'échelle des Fosa.

Tableau 5.13: Score moyen de satisfaction des clients de plus de 5 ans interviewés dans les ménages sur les consultations curatives

	Région 2	Région 3	Région 4	Région 6	Zone du projet
Formation sanitaire					
Hôpital	37,3	15,3	32,2	37,5	31,1
Centre de santé	36,2	35,6	31,0	34,8	34,3
Poste de santé	39,0	32,6	40,3	34,1	36,4
Niveau d'instruction					
Sans instruction	38,6	31,6	35,5	38,0	35,4
Primaire	33,5	26,9	35,4	39,6	33,1
Secondaire et plus	45,5	35,0	32,9	29,1	33,2
Ensemble	36,4	29,3	35,2	36,1	33,8
Effectifs	189	412	385	217	1203

Source : Enquête de base Volet Ménage, 2012

5.4 Différence entre les points de vue exprimés dans les ménages et ceux exprimés à la sortie de consultation

Au vu des résultats issus de la satisfaction (ménages et les patients interrogés dans les fosa) par rapport au soin dans les Fosa, les patients interrogés dans les Fosa sont beaucoup plus satisfait que ceux interrogé dans les ménages en ce qui concerne le soin curatif (patient plus ou moins de 5ans). L'écart de pourcentage est d'au moins 30 point quelles que soient les régions ou les niveaux des Fosa.

Notons toute fois que cette comparaison présente un certain nombre limites qui méritent d'être relevées. D'abord, on sonde deux populations (patients en sortie de consultation pour un premier épisode morbide et individus malades des ménages ayant été en consultation au cours des 4 dernières semaines indépendamment du rang de l'épisode morbide) différentes. De ce fait, il se pourrait que l'on compare la situation relative à un premier épisode morbide à une autre liée en bonne partie à un deuxième ou troisième épisode morbide voire même à l'ensemble de plusieurs épisodes. S'agissant du volet Fosa, l'interviewé est le patient lui-même ou son accompagnant si le malade est un enfant alors que dans le ménage, l'interviewé est le chef de ménage ou la personne la mieux informée. Dans ce dernier cas de figure, il peut subvenir de erreurs de bonne volonté de l'enquêté qui, n'ayant pas assisté à la consultation, donne un point de vue ne reflétant pas la réalité vécue.

Difficulté et Recommandation

A. Difficulté

Problèmes lié à la base de sondage

Dans certains villages, le nombre de ménages éligibles est inférieur huit (08). Ce qui oblige une compensation dans le deuxième village de la même aire de santé. Mais il peut arriver que dans ce dernier, on trouve moins de seize de ménages éligibles. Ce qui rend impossible la compensation.

Problèmes lié à la sous-déclaration du revenu et de bien de ménage (section 6)

Nonobstant quelque cas de refus, les agents de collecte ont rencontré des difficultés pour disposer des données sur le revenu des ménages. En effet, alors que les enquêtés déclarent plus ou moins leur dépense, on constate qu'à la section 6, la réponse négative prédomine. Cela est dû non seulement à inadéquation entre le libellé des questions et la réalité dans nos villages mais aussi à l'idée que la déclaration du vrai revenu du ménage conduirait à son exclusion au cas où le projet voudrait apporter l'appui financier.

Biais liés au décalage entre la fin de la formation et le début de la collecte

Compte tenu du temps qui a séparé la fin de la formation et le déploiement sur le terrain, les agents ont eu éprouvé quelques difficultés à suivre l'agencement des différentes questions et sections, le respect des filtres et des sauts. Comme les trois coordonnateurs ne pouvaient être présents dans les dix huit (18) équipes à la fois, les erreurs corrigées dans les premières équipes visitées n'ont pu l'être dans d'autres.

Difficultés à répondre à certaines questions

C'est le cas de l'estimation de la valeur des superficies des terrains ou champs possédées. Cette situation est très courante dans les villages où les gens ne sont pas habitués à la vente des terres. Certains enquêtés disent ne pas pouvoir estimer parce qu'ils n'ont jamais eu à vendre des terres et qu'il n'y a personne pour venir acheter ces terres.

L'estimation du loyer pose aussi des problèmes. Dans certains villages surtout chez les ménages Peuls, il y a des cases qu'on déclare ne pas pouvoir être mises en location. En effet, ce sont des huttes que les Peuls s'en servent pour s'abriter et qu'ils abandonnent quand ils doivent se déplacer sans toutefois se soucier de celui qui pourrait les occuper après. Leurs occupants n'imaginent même pas qu'on parle de location dans ce cas. Seulement, nous pensons que la valeur de ces cases ne doit pas être considérée comme nulle. L'estimation dans ce cas a été faite en posant la question leur demandant ce qu'il pourrait déboursier pour louer une telle maison. Une fois qu'on avait une approximation, on reportait cette valeur chaque fois qu'on avait affaire à ce type de situation.

Problèmes liées à l'insécurité

La difficulté majeure à laquelle nous sommes confrontées est le déclenchement des hostilités par la coalition rebelle de « Seleka ». Cela a entraîné deux problèmes : le transit par la RDC et l'abandon de dix (10) villages.

Premièrement, la ville de Bambari, ville carrefour par laquelle devrait passer ces équipes est occupée par la SELEKA quand elles ont fini. Du coup, il leur est impossible de rentrer sur Bangui. Nous sommes obligés de les faire passer par la République Démocratique de Congo. Après avoir passé trois jours de route sur le territoire Congolais, ces équipes sont arrivées le 31 décembre 2012 à Bangui. Les véhicules qu'ils ont utilisé pour la collecte et au cours de ce passage sont ramenés à Bangui quelques jours après.

Retour des trois équipes coincées par les rebelles à Bangui.



En outre, nos équipes qui travaillent dans de la sous-préfecture des Mbrés et de Kabo n'ont pas terminé leur aire de santé car deux aire de sante de Kabo et Trois aire de santé de Mbrés étaient déjà occupé par la coalition des rebelles et les équipes ne pouvaient pas travailler dans ces zones.

L'autre difficulté liée à l'insécurité est la désertion de certains villages par leur population. En effet, dans la plupart des cas, en raison de l'insécurité, les populations se sont déplacées pour s'installer dans les grandes villes. En conséquence, certaines aires de santé se retrouvent seulement avec un seul village habité. Ces cas concernent beaucoup plus la zone de Mbomou occupé par les Rebelles de « LRA »

Les problèmes logistiques

Véhicule

Les premiers problèmes rencontrés au cours de cette enquête sont les panes des véhicules. Trois (3) équipes ont été touchées dès les premières heures de la collecte. Bien que nous

avons procédé au remplacement des ces voitures, ces équipes ont accusé quelque jours de retard au démarrage de collecte. Heureusement que ces équipes ont donné le meilleur d'elles-mêmes pour finir la collecte dans le délai.



Groupe électrogène

L'autre difficulté logistique que nous avons connue, c'est les panes répétitives des groupes électrogènes pour la saisie des données : plus de la moitié des équipes ont fait face à ce problème. Certaines parmi, ont du louer des groupes pour faire avancer les travaux. Cela a entraîné un retard dans la saisie des données qui ne pouvait plus se faire dans les villages et par ricochet l'impossibilité de corriger les erreurs.



Body mètre

Ce matériel n'est pas adapté pour les enquêtes auprès de ménages dans les villages en Centrafrique. Les équipes se sont confrontées à des sérieux problèmes en ce qui concerne la mesure de la taille des femmes étant donné qu'il faut avoir un mur dont la partie de sol forme un angle de 90 degré. Pour la prochaine l'évaluation d'impact nous proposons les toises adultes.



Accessibilité difficile des villages

Les équipes ont affronté l'état défectueux des routes et pistes pour accéder dans les villages. Ainsi, les uns ont du faire des détours et les autres, louer parfois des motos pour accéder à un village situé en profondeur et non accessible en voiture. Pour d'autres villages (dans la préfecture sanitaire de la Mobaye), les équipes ont payé les pirogues pour atteindre le village à enquêter.



B. Recommandation

Pour améliorer la collecte des données dans le futur nous nous recommandons de :

- Bien identifier les véhicules avant de mettre à disposition de l'équipe de collecte ;
- Acheter les groupes électrogènes de bonne marque pour éviter les retards dans la saisie des données ;
- Prévoir les frais de location des motos et de pirogue pour les villages non accessibles en véhicule ;
- Prévoir les toises pour les femmes au lieu de body metre.

C. Quelques limites des informations collectées

Du fait de la faiblesse du niveau d'instruction des populations enquêtées, et conscient du fait que la traduction des instruments de collecte en langues locales ne pourrait jamais être totalement fidèle, on peut admettre que certaines questions n'auraient pas pu être bien comprises par les enquêtés. La limite qui est presque commune à tous les ménages ruraux reste l'estimation de certaines grandeurs telles que l'auto production, le loyer imputé et la valeur des terres exploitées.

Concernant les déclarations des âges, il n'a pas été facile car certains chefs de ménage ne connaissent pas l'âge de leur conjoint ou l'âge de père ou mère de leur femme vis versa. Et donc il faut beaucoup de gymnastique pour les amener à estimer l'âge de ceux-ci.

Conclusion

La République Centrafricaine (RCA) a fait peu de progrès dans l'amélioration de sa situation sanitaire notamment de la santé maternelle et infantile dans les zones rurales. Un financement basé sur la performance (PBF) bien élaboré pourrait contribuer à résoudre certains des problèmes identifiés. L'objectif de la présente enquête de base auprès des formations sanitaires et de ménage de la zone de projet était de produire certains indicateurs de base dudit projet.

Sur le plan méthodologique : plusieurs modules d'évaluation des formations sanitaires ont été appliqués à tous les postes de santé, centres de santé et hôpitaux de la zone de projet.

En termes de résultats :

- L'enquête a enregistré un bon taux de réponse lors de la collecte des données. Des personnels de soins en assez grand nombre présents à leur lieu de travail, bien que relativement mal rémunéré et incompetents.
- L'hygiène et la sécurité dans les soins et dans la FOSA était satisfaisant dans trois quart des cas.
- Certains équipements de soins clés font gravement défaut, dans certains secteurs, pour une grande majorité de FOSA.
- Les stocks de médicaments usuels sont sévèrement limités à mesure que l'on descend sur la pyramide sanitaire.
- Le système d'informations sanitaires est peu intégré surtout au niveau de la base de la chaîne de transmission.
- Les capacités de laboratoire sont très réduites dans la zone de projet.
- Les moyens de télécommunication et de communication font grandement défaut dans les FOSA.
- Près de 50 pourcent des FOSA Implémentent une stratégie avancée de santé préventive materno-infantile.
- La satisfaction de la clientèle des FOSA est établit, dans l'ensemble des cas, à environ deux-tiers.
- La qualité observée des soins se trouve en deçà de la moyenne dans la majorité des rubriques investiguées.

L'ensemble de ces résultats rappellent l'urgence d'améliorer le système d'offre de soins dans le pays à travers notamment le projet et PBF et promet un large impact si le projet est bien implémenté