

Université de Montréal

Évaluation de la performance des structures des soins de santé primaires du district sanitaire de
Labé (Guinée)

par

Alpha Mahmoud Barry

Administration de la santé

Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences
en Administration des services de santé
Option Analyse et évaluation du système de santé

Décembre, 2010

© Alpha Mahmoud Barry, 2010

Université de Montréal

Faculté de Médecine

Ce mémoire intitulé :

Évaluation de la performance des structures des soins de santé primaires du district sanitaire de
Labé (Guinée)

Présenté par :

Alpha Mahmoud Barry

a été évalué(e) par un jury composé des personnes suivantes :

Paul Lamarche, président-rapporteur

Claude Sicotte, directeur de recherche

Mira Johri, membre du jury

A ma mère,

A mes enfants,

A mes frères et amis ...

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AGBF :	Association Guinéenne pour le Bien être Familial
ATS :	Agents techniques de santé
BCG :	Bacille Bilié de Calmette et Guérin (protection contre la tuberculose)
BM :	Banque Mondiale
CIPD :	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CPC :	Consultation Primaire Curative ou Consultation Générale
CPN :	Consultation Périnatale
CRD :	Communautés rurales de développement
DPS :	Direction Préfectorale de la Santé
DSRP :	Document Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DRS :	Directions Régionale de la santé
EDSG :	Enquête Démographique et de Santé de Guinée
GTZ :	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ)
IST/ MST :	Infections Sexuellement Transmissibles/Maladies Sexuellement Transmissibles
ME :	Médicaments Essentiels
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
OMVS :	Organisation pour la Mise en Valeur du fleuve Gambie
PAM :	Programme Alimentaire Mondial
PEV :	Programme Elargi de Vaccination
PMA :	Paquet Minimum d'Activités
PV :	Point de Vente des médicaments
PF :	Planification Familiale
PSI :	Population Services International
RGPH :	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SSP :	Soins de santé primaires
SSSP :	Structures de Soins de santé primaires
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID :	Aide Américaine pour développement international

RÉSUMÉ

Contexte : En République de Guinée, depuis 1984, l'ensemble des structures de soins ont intégré le programme de Soins de santé primaires et Médicaments Essentiels (PEV/SSP/ME). Pour la réalisation de ce programme, d'importants efforts et des sommes des millions de dollars ont été investis, mais les indicateurs de santé du pays sont toujours des plus alarmants du monde (EDS-2005).

Objectif : Evaluer la performance des structures de soins de santé primaires (SSP) d'un district sanitaire guinéen à partir des documents administratifs suivi d'une enquête sur la satisfaction des prestataires et des bénéficiaires et des parties prenantes du district.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude descriptive de cas touchant 10 des 18 structures de soins de santé primaires du district sanitaire de Labé. Elle porte sur une analyse quantitative de résultats de 10 contrôles semestriels (2004-2009) et sur une analyse qualitative composée d'entretiens menés auprès de 308 bénéficiaires et de quelques membres des Comités de gestion des structures pour apprécier le niveau de performance des structures ciblées.

Résultats : Toutes les structures publiques du district sanitaire sous étude étaient intégrées¹. Malgré cela, la tendance moyenne des consultations affiche une allure sinusoïdale (fluctuante). Bien que la disponibilité, l'accessibilité, l'utilisation et la couverture adéquate et effective des services de Consultation Primaire Curative (CPC) et de Planification Familiale (PF) n'ont pas connu d'amélioration durant la période de 2004 à 2009. La tendance moyenne de la Consultation prénatale (CPN) et celle de la Vaccination (VA) se sont améliorées au cours de la période d'étude. Les prestataires de services SSP déclarent être assez satisfaits de leur formation mais ne le sont pas pour leur condition de travail surtout ceux du milieu rural (faible rémunération, environnement difficile), qualité moindre de la supervision et ruptures fréquentes de stock en médicaments essentiels. Pour les bénéficiaires, leur satisfaction se limite au respect de leurs valeurs culturelles et de leur interaction avec les prestataires de soins. Cependant, ils déplorent le long temps d'attente, la mauvaise qualité de l'accueil, les coûts élevés des prestations et le manque d'équité qui sont des facteurs qualifiés comme des éléments de contreperformance des structures. Pour les autorités et des parties prenantes, la rupture des stocks en médicaments essentiels, le manque

¹ Intégrés : disponibilité d'un bâtiment abritant la structure, d'une accessibilité, des prestataires formés, des médicaments essentiels disponibles, d'un comité de gestion élu et fonctionnel des supervisions préfectorales assurées

d'équipements et la faible motivation des prestataires sont les facteurs majeurs qui entravent la performance des structures sanitaires, surtout en milieu rural.

Conclusion :

Malgré l'intégration du programme des SSP dans les structures de SSP du district sanitaire de Labé, on note encore une insuffisance de leur utilisation, la faiblesse de la couverture, le manque de suivi et supervision des structures. Une étude actualisée et plus étendue pourrait mieux cerner le sujet.

Mots Clés: Performance, Soins Santé primaires, Disponibilité, Accessibilité, Utilisation, Couverture effective, Satisfaction

ABSTRACT

Context: Since 1984, Guinea has integrated the Primary Health Care program (PHC). Millions of dollars have been invested; still, the national health indicators remain among the most alarming in the world (EDS-2005).

Objective: Evaluate the performance of the primary health care structures of a Guinean health district using administrative document, and interviews as well.

Methodology: It is a descriptive study targeting 10 out of 18 primary health centers of Labe District. The study is based on the results of the review of 10 bi-annual monitoring (2004-2009) to draw trends; an in-depth interview of service providers as well as beneficiaries and stakeholders, to assess their satisfactory of primary health services received from 2004 through 2009.

Results: The study found that all the public structures are integrated² in the health district. However, the average tendency of the consultations follows a sinusoidal pattern. The average services effectiveness for the prenatal care and Immunization services, have been greatly improved during the study period. Even if the services are available, the utilization and efficiency of the General primary care (PHC) and Family planning services are not improved. The health service providers are quasi-satisfied of their training, but they are not satisfied with the level of supervision done by the health district authorities as well as their remuneration (salaries and other advantages), especially in the rural areas. In the other side, the beneficiaries are satisfied with the respect of their cultural values, their interaction with the service providers. But they are not satisfied with the long waiting delay and the lack of the reception they had from their health care providers. In addition the study shows that for the stakeholders, the essential medicines stock out, the lack of equipment are the main factors that caused the low of health structures performance, especially in the rural areas.

Conclusion: Despite the perfect integration of the PHC structures of Labe district, the services are efficient. Because of the small size of services covered, this study should be completed by a larger size study to get better Guinean PHC structures performance status.

2) Integrated = availability of physical structure, accessible, with trained providers, essential medication, managing committee elected and prefectural supervision provided

Key Words: Performance, Primary Health Care, Availability, Accessibility, Utilization, Adequate Effective Coverage, Satisfaction.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	II
RÉSUMÉ	I
ABSTRACT.....	III
TABLE DES MATIERES.....	V
LISTE DES GRAPHIQUES	VIII
LISTE DES TABLEAUX.....	X
CHAPITRE 1 - PRÉSENTATION DU SUJET	1
CHAPITRE -2 – ÉTAT DES CONNAISSANCES	4
2-1. ALMA-ATA ET LA STRATEGIE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES	4
2.2. CONTRAINTES MATERIELLES ET CULTURELLES DES POLITIQUES DE SANTE MODERNES.....	6
2.3. PERFORMANCE DES POLITIQUES DE SANTE SUR LA MORTALITE.....	9
2.4. CONCEPT ET MODELE DE LA PERFORMANCE	10
2.5. THEORIE DE CONTINGENCE DES STRUCTURES ORGANISATIONNELLES	11
2.6. STRUCTURES DE SANTE, ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES.....	12
CHAPITRE 3 - MÉTHODE DE RECHERCHE.....	19
3.1. STRATEGIE DE LA RECHERCHE ET DEVIS	19
3.2 CHOIX DES ORGANISATIONS A L'ETUDE.....	19
3.3 DEFINITION DES VARIABLES	21
3.3.1 La disponibilité	21
3.3.2 L'accessibilité	22

3.3.3 L'utilisation	22
3.3.4 La couverture adéquate	22
3.3.5 La couverture effective	22
3.3.6 La satisfaction	23
3.4 SOURCE DES DONNEES ET INSTRUMENTS DE LA COLLECTE DES DONNEES	24
3.5. INSTRUMENTS DE COLLECTE DES DONNEES	25
3.6 ANALYSE DES DONNEES	25
3.6.1 Contrôle et nettoyage des données	25
3.6.2 Analyse des données	26
3.7 VALIDITE EXTERNE	26
3.8. ÉTHIQUE	27
CHAPITRE 4 - RÉSULTATS DE LA RECHERCHE	28
4.1. DISPONIBILITE DES RESSOURCES (INTRANTS)	28
4.1.1 Equipements et fournitures	28
4.2. PRODUCTIVITE DES NEUFS STRUCTURES DE SSP DE 2004 A 2009 (PROCESSUS)	30
4.2.2. Promotion de la santé et source d'information	32
4.3. PRODUCTIVITES (RESULTATS) DES STRUCTURES DE 2004 A 2009	32
4.3.1 Disponibilité	32
4.3.2 Accessibilité géographique	34
4.3.3 Utilisation	35
4.3.4 Couverture adéquate	37
4.4.1 Satisfaction des prestataires	39
4.4.2 Satisfaction des bénéficiaires	41
Description des bénéficiaires (des répondants).....	41

Satisfaction des bénéficiaires de l'accueil	47
Satisfaction des bénéficiaires du temps d'attente	47
Satisfaction des bénéficiaires de l'interaction avec les prestataires.....	48
Satisfaction des bénéficiaires de la confidentialité	49
Satisfaction des bénéficiaires des conseils reçus des prestataires.....	49
Satisfaction des bénéficiaires de la résolution des besoins	50
Satisfaction des bénéficiaires des coûts de la prestation payée.....	51
Satisfaction générale des bénéficiaires des prestataires de service de soins (SSP).....	51
Opinions des bénéficiaires pour l'amélioration des services de soins	52
4.4.3 Observation des autorités et parties prenantes.....	53
4.4.4. Supervision et évaluation des structures sanitaires et des prestataires.....	53
4.4.5. Acquisition des logistiques et certains équipements.....	53
4.4.6. Subvention des structures de santé par les autorités et les partenaires	54
4.4.7. Rapport de collaboration entre prestataire et les associations villageoises.....	54
CHAPITRE 5 – DISCUSSION DES RÉSULTATS	57
5.1. INFRASTRUCTURES ET EQUIPEMENTS DES STRUCTURES SOINS DE SANTE PRIMAIRES	57
5.2 FORMATION DES AGENTS DE SANTE.....	58
5.3 RESULTATS DES MONITORAGES SEMESTRIELS	59
5.4. SATISFACTION DES PRESTATAIRES	60
5.5. SATISFACTION DES BENEFICIAIRES	61
5.6 LIMITES DE LA RECHERCHE	65
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	67
BIBLIOGRAPHIE	70

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Distribution de la proportion de consultation par causes des maladies (n=308).....	30
Graphique 2 : Distribution moyenne des consultations semestrielles selon la situation géographique (rural et urbaine) des structures de ssp, de 2004 a 2009 (n=308).	31
Graphique 3 : Distribution des informations reçues par sources d'information (n=308).....	32
Graphique 4 : Tendence moyenne de la disponibilité par service technique au sein des structures intégrées en soins de santé primaires de 2004 a 2009.	33
Graphique 5 : Distribution de la disponibilité des services techniques selon la situation géographique des structures de ssp.	34
Graphique 6: Distribution de l'accessibilité des services techniques selon la situation géographique des structures de ssp	35
Graphique 7 : Tendence moyenne d'utilisation des services de soins de santé primaire au sein des structures de 2004 a 2009	36
Graphique 8 : Distribution de l'utilisation des services des ssp selon leur situation géographique.....	37
Graphique 9: Tendence moyenne de la couverture effective des services de soins de santé primaires au sein des structures de 2004 a 2009.....	38
Graphique 10 : Distribution de la couverture effective des services techniques selon la situation géographique des structures de ssp.....	39
Graphique 11: Nombre de bénéficiaires satisfaits (satisfaction générale) des ssp selon les structures fréquentées de 2004 a 2010.....	42
Graphique 12. Taux de satisfaction des bénéficiaires de soins selon la situation géographique de la structure (n=308).	45
Graphique 13. Taux de satisfaction des bénéficiaires selon le statut de la structure de santé (n=308).	46
Graphique 15: Distribution en % des bénéficiaires de soins satisfaits du temps d'attente selon la durée de fréquentation du centre de santé (n=308).	48

Graphique 16: Distribution en % des beneficiaires des soins des conseils reçus selon la duree d'utilisation du centre de sante (n=308).....50

Graphique 17 : Distribution des beneficiaires selon les conseils d'amelioration de la performance des structures sanitaires (n=308).52

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1- Modele d'évaluation de la performance des structures de soins de sante primaire - margaret elizabeth (2008)	17
Tableau 2 : Diagnostic de l'état des services des structures de soins de sante dans les neuf structures de sante primaire	29
Tableau 3 : Consultations generales enregistrees dans les structures de labe de 2000 a 2009, reparties selon la situation geographique des structures de sante (n=308).....	31
Tableau 4: Pourcentage de beneficiaires de ssp satisfaits selon les elements de satisfaction, le statut de la structure et la situation geographique de la structure de sante frequentee (n=308)	43
Tableau 5 : Dimensions de performance des structures de soins de sante primaire	55

CHAPITRE 1 - PRÉSENTATION DU SUJET

La Guinée est un pays côtier qui est situé dans la partie occidentale du continent africain, à mi-chemin entre l'Équateur et le tropique du Cancer. Couvrant une superficie de 245.857 km², elle est limitée à l'Ouest par la Guinée Bissau et l'Océan Atlantique, au Nord par le Sénégal et le Mali, à l'Est par la Côte d'Ivoire et au Sud par la Sierra Leone et le Libéria. La Guinée abritait environ 9 millions d'habitants en 2006 avec une densité moyenne approximative de 40 habitants/km². Mais cette densité s'accroît rapidement (plus de 3% par année depuis 2006). Le pays est représenté par quatre régions naturelles qui, chacune se caractérise par son climat et sa végétation. (Figure-1/Annexes).

Dans la perspective des déclarations de la conférence d'Alma-Ata stipulant entre autres que « *Tous les gouvernements doivent d'élaborer un plan national de politique, des stratégies et des plans d'action visant à introduire et à maintenir les soins de santé primaire (SSP) dans un système national de santé complet à les coordonner avec l'action des autres secteurs* ». (Organisation Mondiale de la Sante, 2008),

La Guinée a été l'un des premiers pays africains à adopter la mise en œuvre son programme SSP³ en 1986. L'objectif fondamental de ce programme est d'assurer des soins de santé primaires de qualité, une accessibles à l'ensemble de la population en général et aux couches les plus défavorisées (pauvres, femmes et enfants) en particulier. Le programme SSP guinéen résulte de l'intégration du programme élargi de vaccination (PEV) et l'approvisionnement des médicaments essentiels (ME) aux soins de santé de primaires (SSP) proprement dits souvent appelé PEV/SSP/ME (Dr Yero Boye, 2003).

De nos jours, près de 400 structures de santé sont construites et équipées par l'État et la communauté. Ils sont appuyés par des partenaires au développement et fonctionnent selon les principes définis par le programme SSP. Ces structures sont dotées d'un paquet minimum d'activités notamment la Consultation primaire curative (CPC), la Consultation prénatale (CPN), la Vaccination (PEV) et la Promotion de la santé. Dans le cadre du même programme, des agents ont été formés et dotés d'outils de travail et des médicaments essentiels (PEV/SSP/ME, 2003).

³ Le programme PEV/SSP/ME Guinéen est un programme de SSP dont la porte d'entrée est le PEV et qui met l'accent sur la fourniture de ME le résultat de l'intégration du programme élargi de vaccination (PEV) et l'approvisionnement des médicaments essentiels (ME) aux soins de santé de primaires (SSP) proprement dits souvent appelé PEV/SSP/ME

Dans les centres de santé, les prestations de services sont régies par un ordigramme et les coûts de prestation (y compris l'ordonnance) sont fixés par le Ministère de la santé. Les structures sont financièrement autonomes et doivent s'approvisionner à partir des recettes générées par la participation des communautés. La gestion est assurée par un comité de gestion (Cogest), élu par la communauté. Enfin, les structures de santé sont supervisées et suivies, régulièrement, par le le Chef de centre (CCS), la Direction Préfectorale de la Santé (DPS) et l'Inspecteur Régional de la Santé (IRS) (PEV/SSP/ME, 2003).

Après plus de deux décennies d'activités sur le terrain, on note des améliorations au niveau des indicateurs de base notamment la couverture vaccinale qui est passée de 11% en 1986 à 55% en 1996 pour atteindre 80% en 2006. L'Enquête Démographique et de Santé (EDS-2005) montre que la mortalité maternelle était de 580/100 000 naissances vivantes (en milieu urbain) et 1200/100.000 naissances vivantes (en milieu rurale) pour un taux de mortalité infantile 9000/100.000 (en milieu urbain) et de 14000/100.000, avant l'âge de cinq ans (en milieu rural).

Le manque d'évaluation nationale de la performance des structures sanitaires de base fait qu'il est difficile de cerner la performance des structures de santé. Par exemple, toujours selon EDS- 2005, l'accessibilité aux soins de santé primaires et l'utilisation des services sont passées respectivement de 64% en 1996 à 70% en 2000 et la disponibilité de 50% à 60% pour la même période (Cellule Médicaments Essentiels, 2005). Ces informations donnent certes une idée des résultats en termes quantitatifs mais ne couvrent pas toute la dimension, portant indispensable, de la performance des structures de soins (PEV/SSP/ME, 2003).

Ce constat amène des interrogations sur à la performance de ce que l'on appellerait l'offre de santé. Dans le cadre de ce présent travail, la performance est le principal concept qui sera analysé par une série d'indicateurs couvrant les dimensions d'efficacité, d'éthique, d'efficience et de satisfaction. Cette évaluation s'applique sur neuf structures de soins de santé primaires dans le district sanitaire de Labé. À cet effet, nous avons choisi le modèle théorique d'évaluation de la performance des structures de soins de santé primaires développé par Margaret E.K et al. (2008). Dans cette perspective, trois objectifs spécifiques sont visés:

- a. Analyser la performance des structures de soins de santé primaires d'un district sanitaire à l'aide des données produites par les systèmes d'information de ses structures de soins de santé primaire.
- b. Analyser la performance des structures de soins de santé primaire du point de vue des prestataires de soins et des bénéficiaires de soins.
- c. Comparer l'appréciation de la performance mesurée par les systèmes d'information en place à l'appréciation faite par les prestataires de soins et les patients.

Il est à noter que cette étude en question ne porte pas sur l'ensemble des structures de soins de santé primaire du pays. Toutefois, nous estimons qu'elle peut servir de modèle pour une évaluation à grande échelle des structures de soins du pays et ceux des pays africains ayant intégré le programme de soins de santé primaires.

La présente étude est structurée en cinq chapitres. Le premier chapitre présent le contexte national, l'aperçu de la situation sanitaire nationale de santé et les objectifs de la recherche. Le deuxième chapitre fait l'état des connaissances du sujet et décrit le modèle théorique utilisé. Quant au chapitre 3, il présente la méthodologie mise en œuvre pour atteindre les objectifs de l'étude. Le chapitre 4 est réservé à la présentation et à l'analyse des principaux résultats des différents monitorages des structures de santé sur la consultation générale et sur la satisfaction des prestataires, des bénéficiaires, des autorités et des parties prenantes (« *Stakeholder* »). Le dernier chapitre porte sur la discussion des résultats. Naturellement, notre travail se termine par une conclusion et des recommandations.

CHAPITRE -2 – ÉTAT DES CONNAISSANCES

Bon nombre de pays en voie de développement se sont dotés de plans de développement dès le début des années soixante, à l'aube de l'indépendance politique. Dans ces plans de développement, les premiers éléments d'une politique de santé y sont inscrits. Cependant dans la pratique, il arrive souvent que la politique formulée se réduise à des vœux pieux peut suivi d'actions. Le développement économique était considéré comme le mécanisme de base des politiques sociales qui incluaient, souvent implicitement, la santé. L'élévation du niveau de vie, qui devait résulter du décollage économique des jeunes nations, devait automatiquement conduire à une amélioration du bien-être de l'ensemble de la population (OMS. AFRO, 2008). La formulation de politiques spécifiques en matière de santé n'était pas perçue comme un principe, celle-ci devenant un simple sous-produit du développement économique global (Organisation Mondiale de la Santé, 2007).

2-1. Alma-Ata et la stratégie des soins de santé primaires

Devant la faible efficacité d'un système qui ne diminuait que très lentement les niveaux de mortalité des populations africaines, les gouvernements ont été conduits à adopter une stratégie plus adaptée aux besoins du plus grand nombre. Les années soixante-dix ont ainsi vu se forger de nouveaux concepts qui ont abouti à la formulation de la Stratégie des soins de santé primaires. Cette stratégie définie lors de la conférence tenue en 1978 à Alma-Ata, en Union soviétique, pour réaliser ce que l'Assemblée mondiale de la santé avait tracé comme premier objectif un an auparavant, sous la forme du slogan « Santé pour tous d'ici l'an 2000 ». La conférence d'Alma-Ata, organisée sous l'égide des Nations Unies, marque une profonde rupture dans la façon dont les problèmes de santé dans le Tiers monde en général, en Afrique en particulier, avaient été jusqu'alors abordés. En 1983, la presque totalité des pays du monde avait adopté l'idée que l'État, responsable du bien-être de ses populations, se devait de tout mettre en œuvre pour orienter les services de santé publique vers la satisfaction des besoins essentiels de tous.

Les soins de santé primaires avaient été définis à Alma-Ata comme étant « les soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la

communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation, et à un coût abordable pour la communauté et le pays ». Il était également souligné que « les soins de santé primaires font partie intégrante du système de santé du pays dont ils constituent le noyau, ainsi que du développement social et économique global de la communauté ». Plus spécifiquement, la stratégie comprend des actions médicales directes (vaccination contre les grandes endémies infectieuses: diphtérie, coqueluche, tétanos, rougeole, poliomyélite et tuberculose; prévention et contrôle des maladies parasitaires par élimination des vecteurs au niveau communautaire; fourniture des médicaments essentiels: soins prénataux; assistance à l'accouchement), des actions dans le domaine de la nutrition (promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles) et des actions plus indirectes, qui relèvent du domaine social global plutôt que spécifiquement de la santé (éducation des populations en matière de santé, d'hygiène et de prévention des maladies; approvisionnement en eau potable et assainissement du milieu; planification familiale).

En fait, dans beaucoup de pays africains, les médecins et autres agents des services de prévention et de médecine mobile, ont reconnu dans les principes définis à Alma-Ata une stratégie qu'ils appliquaient depuis longtemps mais dont l'affirmation ne pouvait que renforcer leur position dans la politique de santé du pays.

L'adoption de la stratégie des soins de santé primaires a ainsi incité les gouvernements de nombreux pays africains à développer un système de santé caractérisé par une forte décentralisation et la mise en place d'un personnel de base. En Mauritanie, par exemple, la politique de santé a été orientée dès 1986 vers « *la création d'une médecine préventive de masse, mieux à même de profiter à toutes les couches de la population urbaine et rurale, et l'extension des soins primaires qui requiert peu d'infrastructures et fait davantage appel à la participation de la population* » (commentaire officiel en réponse à la 6e enquête des Nations unies, 1990).

La Tanzanie représente un exemple typique de l'application réussie de la stratégie des soins de santé primaires. En 1983, dans ce pays, un programme baptisé *Iringa* fut élaboré suivant les principes de la Déclaration d'Alma-Ata. Le programme a débuté par un certain nombre d'événements de promotion organisé dans près de 170 villages. Dans chacun de ces villages, un comité de santé fut constitué et deux travailleurs de santé ont été formés. Les parents ont participé en amenant leurs enfants aux jours de santé du village qui avaient lieu régulièrement. Les enfants

ont été à chaque fois pesés, vaccinés et soignés si nécessaire. Les parents ont reçu des conseils d'hygiène et de soins médicaux simples de la part des travailleurs de santé. A la suite du programme, la malnutrition s'est trouvée réduite de 60 % dans les localités concernées et les décès de jeunes enfants ont diminué d'environ 30 %, démontrant, si besoin est, l'efficacité d'une telle stratégie. Durant les années 1988-1989, le programme a été étendu aux 620 villages de la région. Une approche similaire a également été développée dans six autres régions et la mise en œuvre d'une campagne nationale est maintenant envisagée.

Malgré tout le bilan global de la Stratégie des soins de santé primaires en Afrique conduit au pessimisme. L'Afrique au sud du Sahara est loin d'approcher l'objectif de la Santé pour tous en l'an 2000 préconisé lors de la Conférence d'Alma-Ata (dont l'un des indicateurs devait être un niveau d'espérance de vie à la naissance de 60 ans). Seulement 15 des 51 pays de la région ont atteint le seuil des 60 ans d'espérance de vie à la naissance en l'an 2000, selon les estimations les plus récentes des Nations unies. L'Organisation mondiale de la santé évalue que, dans 12 pays africains sur 25 pour lesquels les données sont disponibles, plus de la moitié de la population habite à plus d'une heure de marche d'un centre de soins de santé local. Pour l'ensemble de l'Afrique du sud au Sahara, seulement un quart de la population rurale et les deux-tiers de la population urbaine ont un accès à l'eau potable à moins de 15 minutes de marche (OMS, 2008). A peine un enfant africain sur trois est couvert par un programme de surveillance nutritionnelle (Tarimo & Webster, 1997). Moins de la moitié des femmes enceintes reçoivent des soins prénataux ou accouchent en présence de personnel qualifié. De même, une femme sur dix est vaccinée contre le tétanos. Pour l'ensemble de l'Afrique, seulement 32 % des enfants ont reçu le BCG, 17 % le DTC-3 et 31 % le vaccin contre la rougeole. Dans des pays comme le Burundi, le Cameroun, le Tchad, l'Éthiopie, Madagascar et le Mali, à peine 10 % des enfants de moins d'un an ont reçu les trois doses de vaccin anti-poliomyélite (OMS-Statistics, 2008).

2.2. Contraintes matérielles et culturelles des politiques de santé modernes

L'échec patent des politiques de santé africaines telles qu'elles ont été développées au cours des années soixante-dix résulte en grande partie d'une insuffisance notoire de ressources attribuées au secteur de la santé, aggravée par un engagement des gouvernements et de moins en

moins actif (OMS, Rapport, 1978). L'autre élément d'explication est la façon dont la stratégie des soins de santé primaires avait été conceptualisée, puis mise en œuvre. On a souvent fait fi de la spécificité propre à chaque région et des obstacles majeurs susceptibles de l'entraver. Pourtant, la participation des communautés locales avait été pensée, dès les débuts de la stratégie des soins de santé primaires, comme un instrument privilégié pour réaliser l'objectif de la « santé pour tous ». La mise en œuvre de programmes relevant de la stratégie supposait l'existence de communautés autonomes, représentant l'ensemble de la population qui pouvait être immédiatement mobilisées pour organiser le cadre de réalisation de leur propre bien-être collectif de façon égalitaire. Outre le fait que de tels réseaux communautaires relevaient souvent du domaine purement théorique, cette stratégie s'est presque partout heurtée à des résistances prévisibles de la part des élites villageoises traditionnelles notamment du corps médical qui voyait son pouvoir menacé du fait de la valorisation du personnel paramédical (infirmiers et sages-femmes), voire extra-médical (guérisseurs).

En plus de ces obstacles sur le terrain, les politiques de santé s'inspirant des principes d'Alma-Ata ont en partie été battues en brèche par la rigidité du système de santé qu'elles visaient à réformer. La difficulté principale résidait dans le contrôle très fortement centralisé exercé par les bureaucraties des gouvernements nationaux, affaiblissant l'administration chargée de gérer la santé publique à la périphérie. Cette hypercentralisation a fait obstacle à la mise en œuvre d'une nouvelle rationalité. Ainsi, la plupart des bureaucrates responsables du domaine de la santé sont restés enfermés dans une logique caractérisée par le privilège des villes sur les campagnes, des hôpitaux sur les autres structures de santé et de la haute technologie médicale sur les soins essentiels, ce système se perpétuant de lui-même à la fois politiquement et administrativement. La rigidité des structures du pouvoir traditionnel a également fait obstacle à l'intégration des activités de santé dans un projet de développement économique et social global comme cela avait été préconisé lors de stratégie originelle. Elle a été aussi victime de la crise économique internationale qui a touché les pays africains de plein fouet (Pan American Health Organization, 2007).

Pour réaliser l'objectif des soins de santé primaires, l'Organisation mondiale de la santé recommandait d'augmenter la proportion des dépenses destinées à la santé, jugée faible et insuffisante, pour atteindre 5% du produit national brut. En 1981, les pays africains attribuaient

entre 1 % (Soudan) et 11,9 % (Mozambique) de leurs dépenses publiques au secteur santé (OMS-Statistics, 2007). Un certain nombre de budgets de santé ont pu rester stables par rapport aux budgets nationaux, comme ceux de Madagascar et du Mali. Celui du Burundi a augmenté en 1984. Par contre, d'autres sont en nette décroissance. Par exemple, le budget du Zimbabwe a été réduit de 20 à 70% entre 1984-1990. Celui du ministère de la Santé du Sierra Leone est passé de 15,4 % du budget national en 1964 à 8,2 % en 1989 et celui de la Tanzanie a diminué de 9% en 1979 à 5% en 1994 (OMS-Statistics, 2007). Combinés à cette réduction des budgets consacrés à la santé, les effets de la croissance démographique la plus élevée du monde aggravent encore la situation. Les fonds disponibles par habitant ont diminué dans tous les pays. La grande déception des gouvernements africains devant l'échec de la stratégie des soins de santé primaires résulte fondamentalement d'un malentendu initial. La sous-estimation du coût pour la mise en œuvre des soins de santé de base qui était très insuffisante. En effet, s'il est vrai qu'un vaccin administré à un enfant coûte moins de dix centimes, le même vaccin appliqué à l'ensemble de la population enfantine est susceptible d'alourdir considérablement un budget de santé déjà réduit à la portion congrue surtout lorsqu'il s'ajoute à toute une série d'autres immunisations comme à un programme de lutte contre la malnutrition et à un ensemble de mesures d'éducation maternelle en matière de réhydratation par voie orale, d'allaitement et d'hygiène générale (OMS-2008).

De même, la crise économique et les résultats de terrain ont conduit à une prise de conscience que la stratégie de la « Santé pour tous en l'an 2000 » était trop ambitieuse dans ses objectifs dans la mesure où les ressources nationales disponibles étaient trop limitées pour satisfaire les besoins, même de base, de l'ensemble de la population. Face à l'échec de la stratégie des soins de santé primaires qui devait mener à la réalisation de la « santé pour tous » et à laquelle ils avaient adhéré avec enthousiasme, les États africains se sont progressivement désengagés au cours des années 80, s'en remettant d'une part aux technocrates traditionnellement responsables de la santé publique et d'autre part aux organismes internationaux, principaux bailleurs de fonds des programmes mis en œuvre dans le domaine de la santé.

Il apparaît que la plupart de ces organisations se sont, dans les faits, rapidement détournés de la stratégie définie à Alma-Ata pour adopter une approche plus sélective qui correspondait mieux à leur vocation initiale, caractérisée par des interventions verticales et ponctuelles réalisées

indépendamment des programmes dans le cadre de la planification de la santé par les gouvernements (OMS, Rapport, 1978).

2.3. Performance des politiques de santé sur la mortalité

Compte tenu du contexte que nous venons de décrire, les responsables de la santé publique dans les pays africains souhaiteraient connaître de façon suivie, les niveaux de santé de la population, en particulier à partir d'indicateurs robustes, comme par exemple le niveau de la mortalité ou d'accessibilité aux services de soins.

Cependant, des indicateurs comme l'espérance de vie à la naissance ou le taux de mortalité infantile sont très difficiles à évaluer avec précision dans la mesure où rares sont, en Afrique, les séries temporelles continues (OMS. AFRO, 2008). Soucieux de comparaisons internationales, les éditeurs des annuaires internationaux n'hésitent certes pas à publier chaque année, pour chaque pays avec des chiffres qui sont bien souvent des estimations fondées sur des données dispersées dont la fiabilité est questionable. La publication annuelle de tels indicateurs pour chaque pays africains dans les annuaires internationaux crée l'illusion chez les utilisateurs non avertis des problèmes de fiabilité relatifs aux chiffres présentés. Elle a malheureusement aussi un effet démobilisateur dans les pays sur la collecte des données qui seraient nécessaires à une connaissance sérieuse des problèmes de santé nationaux (Preston. RH, 1986). Nous voyons qu'un effort croissant est exercé dans la plupart des systèmes nationaux de santé fondés sur les soins de santé primaires en vue de maîtriser les coûts, d'améliorer la qualité, d'encourager la coopération entre secteur public et secteur privé. Ensuite, d'avoir recours à toute une gamme de techniques pour promouvoir les économies et insister sur une gestion de qualité, d'assurer la continuité des soins et d'appliquer des techniques de gestion telles que les méthodes de résolution des problèmes par les équipes de district. Ceci favorise la décentralisation de la gestion et la participation de la communauté et des autres partenaires concernés (OMS. AFRO, 2008).

Au regard de toutes ces politiques et efforts consentis ça et là par les gouvernements et les partenaires au développement, des contraintes aussi bien que des échecs et des cas de réussite sont notés par endroit mais «très peu d'études évaluent la performance de ces programmes en général» (Organisation Mondiale de la Santé, 2007). Seuls les résultats des sessions et des rapports de

monitoring semestriels axés essentiellement sur les indicateurs du processus de la mise en œuvre des programmes sont fournis (Organizations, 2007).

2.4. Concept et modèle de la performance

Selon le Petit Robert, en tant que résultat chiffré dans une compétition, la performance se rapproche de la métaphore sportive, mais en tant que résultat optimal qu'une machine peut obtenir, elle renvoie à la métaphore mécaniste (Murray, L., & al. 2000). Il existe plusieurs types de performance selon l'angle sous lequel le chercheur entrevoit le sujet. Les modèles de performances les plus utilisés en management sont: le modèle de processus internes, selon lequel une organisation performante est celle qui fonctionne sans heurt suivant des normes établies sans tensions excessives. La stabilité et le contrôle sont alors valorisés. Le modèle de l'analyse des processus des opérations place la mesure de performance organisationnelle au niveau de l'efficacité des processus internes de production. Cette vision est particulièrement populaire ces dernières années (Sicotte C. et coll. 1999).

Traditionnellement, le modèle de l'atteinte des buts est l'un des plus utilisés par les analystes et les praticiens. Ce modèle correspond à la conceptualisation fonctionnaliste de l'organisation qui fut et demeure la perspective dominante en théorie des organisations. Selon cette approche (Prince 1972), une organisation existe pour accomplir des objectifs spécifiques. L'évaluation de sa performance consiste alors à estimer dans quelle mesure l'organisation a atteint ses objectifs (Murray, 2000).

En terme économique, la performance est une mesure de l'efficacité: un système de santé efficace obtient beaucoup de résultats, compte tenu des ressources à sa disposition, tandis qu'un système inefficace gaspille des ressources, même s'il donne d'excellents résultats en termes de santé, de réactivité et d'équité. C'est-à-dire que l'on pourrait s'attendre à ce qu'il fasse encore mieux, car certains pays obtiennent les mêmes résultats en dépensant moins ou obtiennent de bien meilleurs résultats en dépensant un peu plus (OMS-2002).

Selon l'OMS, « ce sont les résultats obtenus en fonction des ressources qui constituent la véritable mesure de la performance d'un système de santé » (OMS 2006 et surtout RSDM 2000). En rapportant ainsi les résultats au minimum et au maximum estimatifs et à l'utilisation des

ressources économiques, on dégage l'indicateur général de la performance du système. Être performant signifie s'éloigner de l'accomplissement minimum pour se rapprocher du maximum.

Selon la théorie de la contingence, approfondissant les travaux de Woodward, les travaux de Lawrence, Lorsch et coll., qui reposent sur le même canevas, la performance des organisations dépend de leur capacité de faire en sorte qu'il y ait adéquation entre la structure et son environnement. Ils portent sur les relations causales entre l'environnement, la structure et la performance des entreprises. Margaret Elisabeth de l'Université de Michigan en 2008 dans son article « Assessing health system performance in developing countries », résume ces modèles qu'elle adapte au contexte des pays en développement. Selon son modèle, « la performance d'une structure est la résultante de trois dimensions que sont l'efficacité, l'efficience et l'équité en accord avec l'environnement » (Margaret E.K et coll. 2008). Pour notre étude, nous partirons de la théorie de contingence des structures organisationnelles de Mintzberg et du modèle théorique de la performance de Margaret Elisabeth et coll, pour bâtir notre modèle théorique d'évaluation de la performance des structures de soins de santé primaires.

2.5. Théorie de contingence des structures organisationnelles

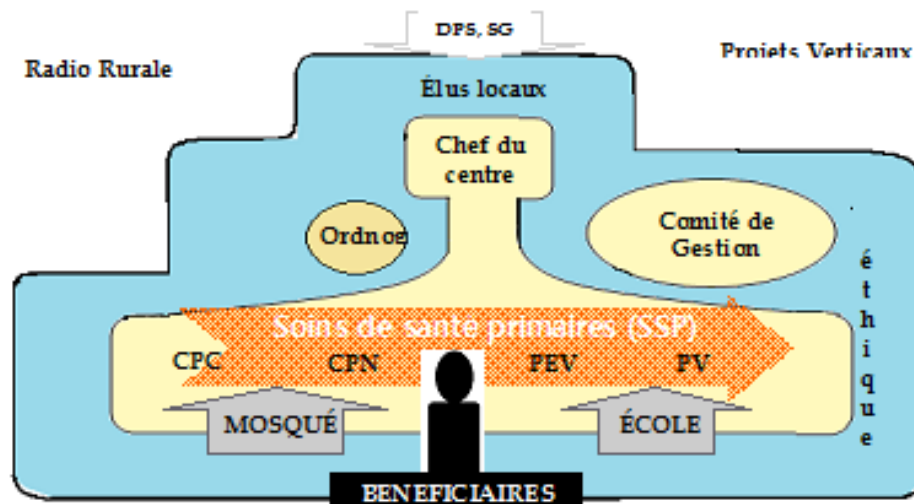
Selon Mintzberg, les organisations sont influencées par leur environnement socio-économique (Mintzberg. H 2006). Un tel constat a été le point de départ de très nombreuses recherches, établissant des lois complexes reliant un état de l'environnement donné avec les structures des organisations. Pour les organisations, cette contingence est structurelle car les changements dans les variables externes provoquent des évolutions dans la structure de l'organisation. Un système de santé inclut l'ensemble des déterminants sociaux, économiques, culturels, environnementaux et biologique de la santé. Le système des services de santé, sous ensemble du système de santé, inclut l'ensemble des interventions préventives ou palliatives en passant par les services diagnostics et curatifs (Champagne F & Contandriopoulos P et all, 2005). Il comprend donc les grandes fonctions de la santé publique (surveillance, protection et promotion de la santé, prévention de la maladie et évaluations du système des services de santé, de développement des compétences en santé publique...) (Levesque, Bergeron, 2003) mais n'a pas la responsabilité de l'ensemble des conditions sociales, économique, culturelles,

démographiques qui affectent la capacité des personnes à vivre bien et longtemps (Contandriopoulos, 2007).

2.6. Structures de santé, organisations professionnelles

A l'image des organisations professionnelles, le centre de santé, si petit soit-il, en tant qu'organisation professionnelle, a un sommet stratégique (chef de centre); une petite technostucture (ordinogramme) fournie par le Ministère de la santé, qui est le document de base qui englobe les procédures de la mise en œuvre du programme; une structure de gestion formée par le comité de gestion composée par des membres élus, qui assure la gestion des fonds, commande les médicaments et qui veille au bon fonctionnement du centre de santé. Une ligne verticale réduite au profit de la ligne horizontale plus importante. Comme une organisation professionnelle, le centre des opérations formé par les agents de santé prestataires (le CPC, la CPN, le PEV et le PV) constitue l'essentiel de la production du CS. En outre, le centre de santé guinéen est baigné dans un environnement immédiat composé de l'école, la mosquée, la communauté, les associations communautaires et les bénéficiaires avec leurs croyances, traditions et coutumes. Plus éloignée, on a la Direction Préfectorale de la Santé (DPS), représentant du Ministère de la santé qui assure la supervision, le suivi (monitoring) des activités SSP du centre de santé. Il y a aussi la radio rurale qui diffuse des messages sur la prévention des maladies à potentiel épidémique (lèpre, tuberculose, méningite, tétanos, fièvre jaune, rougeole etc.) et la promotion des bonnes pratiques. Les projets verticaux qui travaillent avec la structure de santé et les autres acteurs comme les enseignants, les personnels administratifs. Cet environnement influence la mise en œuvre et les résultats de toutes les activités du centre de santé.

Centre de santé et ses composantes (unité d'observation) selon le modèle de Mintzberg



Légende :

- DPS (Direction Préfectorale de la Santé) qui assure la formation la supervision le suivi de la structure de santé
- Radio Rurale par ses émissions en langue du terroir en direction des population, influence les activités de la structure de sanitaires
- Les projet verticaux sont des projets, travaillant avec la structure sanitaire et qui intervient dans de domaine spécifiques
- Comité de gestion (CoGest) élu qui est chargé de la gestion financière de la structure
- Ordno= Ordno gramme Outils-guide développe par le programme pour harmoniser et faciliter les prestations des soins de santé primaires
- Consultation primaires curatives (CPC) consultations prénatales et planning Familiale (CPN), vaccination (FEV) point de vente des médicaments essentiels (PV)
- Les bénéficiaires sont toute personne exprimant le désir d'avoir des soins de santé de qualité à un coût qui leur sont accessibles

2.7. Description de notre modèle théorique d'évaluation de la performance

Selon le modèle théorique de Margaret Elizabeth (2008), l'évaluation de la performance des structures de soins se fera par l'analyse de quatre dimensions: l'efficacité (effectivités), l'efficience (efficiency), l'équité (equity), et la satisfaction (satisfaction) en tenant compte de l'environnement de l'organisation, le « fit to » (Ayne, J et al.1983).

L'efficacité: représente les résultats obtenus en gains de santé. « Elle constitue la mesure de l'effet des pratiques et techniques médicales, qu'elles soient diagnostiques, thérapeutiques, chirurgicales ou pharmacologiques, sur la santé et le bien-être des individus » Margaret E.K, coll. (2008). Pour notre étude, la dimension *efficacité* constitue la couverture en terme de résultats obtenus par la structure mesurés par les déterminants (indicateurs) de monitoring admis par l'OMS.

L'efficience: est le rapport qui existe entre le niveau des ressources investis et les résultats obtenus autrement dit, la maximisation des soins offerts (ou la maximisation des résultats) en fonction des ressources mises à disposition. Selon ce concept, chaque service fourni doit l'être au moindre coût, présenter des avantages dont la valeur égale ou excède le coût et qu'il entraîne une allocation optimale des ressources investies. Cette dimension sera mesurée de la même manière que l'efficacité et en prenant en compte l'état des ressources investies. Ainsi on parlera des «input et output ». Les « inputs » ou *intrants* “*represent the program's resources allocated to the execution of activities and work processes*” (Margaret E.K, coll. 2008). C'est aussi l'ensemble des ressources (humaines et matérielles) mises en contribution pour une meilleure production des services notamment la structure physique, les agents de santé formés, les outils de gestion et les outils techniques de travail, et aussi les médicaments essentiels.

L'équité: Elle est définie dans cette étude, comme la fourniture des soins à tout demandeur, selon les besoins exprimés, sans tenir compte du genre, de la cotisation et du statut socio économique du demandeur. Ce principe trouve aujourd'hui son application dans plusieurs mesures, notamment la tarification, le coût des médicaments et la prise en charge des indigents (Aday. LA and al.,

1993). Le respect de l'équité sera mesuré à l'aide d'entrevues des prestataires et des bénéficiaires des services de soins.

La satisfaction: traduit le sentiment d'être bien reçu, bien traité avec la satisfaction du besoin sollicité, à la hauteur du demandeur, dans le respect de ses coutumes et traditions. En outre, la satisfaction est l'expression ou la perception des bénéficiaires des soins reçus. Elle est mesurée par les résultats d'entrevues menées auprès des prestataires et des bénéficiaires.

L'évaluation de la performance de la structure se fera à partir de l'analyse des éléments du continuum de production de la structure que sont les ressources, la production, les résultats et l'impact (Tableau 1).

Ressources (intran): C'est l'ensemble des moyens humains, matériels et financiers mis ou investis pour assurer la production et obtenir des résultats.

“Resources are economic or productive factor required to accomplish an activity, or as means to undertake an enterprise and achieve desired outcome. Three most basic resources are land, labor, and capital; other resources include energy, entrepreneurship, information, know how, management, and time” (Margaret E.K, coll. 2008).

Processes (outputs): *“Output measures represent the amount of service provided and/or the number of beneficiaries served”* (Margaret E.K, coll. 2008). Il représente la production ou la fourniture des services de soins de santé primaire. A partir des documents administratifs de la structure, la production sera appréciée par le nombre de prestations de soins fournies aux bénéficiaires. A ce niveau, la supervision des autorités préfectorales (Direction Préfectorale de la santé) d'une part, la qualité de la gestion des fonds alloué par le comité et l'appui des collectivités décentralisées d'autre part, sont indispensables pour aboutir aux résultats attendus.

Résultats (outcome): *“Outcome measures provide feedback on the quality of service or on the intended performance of the organization. These measures are often referred to as effectiveness*

measures” (Margaret E.K, coll. 2008). Les résultats sont l’aboutissement logique des deux premiers (intran et processus) (Margaret E.K, al. 2008). Sa mesure sera faite sur la base des résultats du monitoring semestriels de tous les volets (services) de la structure. Les conditions de travail (sécurité, confidentialité et équité) seront évaluées par une entrevue des bénéficiaires.

Tableau 1- Modèle d'évaluation de la performance des structures de Soins de santé primaire -Margaret Elizabeth (2008)

Monitoring des soins de santé primaires	Dimensions de performance			
	Efficacité : Est la couverture en termes de résultats obtenus par la structure mesurés par les déterminants (indicateurs)	Efficience Est le rapport qui existe entre les résultats obtenus et le niveau des ressources investis.	Equité : Est la fourniture des soins à tout demandeur, selon les besoins exprimés, sans tenir compte du genre ou du statut socio économique du demandeur	Satisfaction : Est l'expression ou la perception des bénéficiaires des soins reçus (réception, traitement, cout de la prestation, dans le respect des ses coutumes et traditions..
Disponibilité	<ul style="list-style-type: none"> Observer l'état physique du local abritant les structures de SSP Apprécier l'existence d'une salle de réception, de consultation, de vente de médicaments, et de vaccination au sein de la structure Apprécier l'existence des équipements, et fournitures de base Observer l'existence des services techniques de base : (Consultation primaire Curative, Consultation prénatale, Planification familiale, Vaccination) de SSP au sein de la structure Apprécier le niveau d'intégration des structures de soins 	<ul style="list-style-type: none"> Apprécier la disponibilité des ressources humaine et financière Apprécier l'existence d'autres intervenants (projets bilatéraux) Dresser les rapports entre les ressources des services de Consultation primaire Curative, Consultation prénatale, Planification familiale, Vaccination fournis par la structure 	<ul style="list-style-type: none"> Apprécier le niveau de la répartition géographique (rurale et urbaine) Apprécier le niveau de la répartition des ressources matérielles entre les structures rurales et urbaines Apprécier la répartition des outils de gestion et des ressources humaines Apprécier la répartition des fournitures et équipements entre les structures (rurales versus urbaines et publique versus privées) 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluer le niveau de satisfaction aussi bien des prestataires de services que des bénéficiaires sur les ressources humaines et matériels disponibles ou mis à disposition
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> Apprécier la tendance des taux de consultations générales enregistrées de 2004 à 2009 Mesurer le niveau de production des services de SSP (CPC, CPN, PF, Vaccination) au sein de la structure 	<ul style="list-style-type: none"> Identifier et ranger les meilleurs services fournis par statut (public ou privé), et par situation géographique (rural et urbain) Apprécier l'existence de tableaux tarifaire et les coûts de la prestation payés 	<ul style="list-style-type: none"> Décrire la répartition des cas en consultation désagrégé par type de maladie et la situation géographique 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluer le niveau de satisfaction aussi bien des prestataires de services que des bénéficiaires la qualité des soins fournis par la structure
Couverture adéquate	<ul style="list-style-type: none"> Décrire les meilleurs résultats par services et par structures et selon la situation géographique Ressortir les faiblesses de la structure en matière de fourniture de soins 	<ul style="list-style-type: none"> Apprécier le niveau de la mobilisation et l'utilisation des ressources en rapport avec les résultats obtenus 	<ul style="list-style-type: none"> Apprécier le niveau de la production selon la distribution des ressources entre le privé et le public Apprécier le respect de l'égalité accordé par les autorités sanitaires vis-à-vis des structures publique et privée et vis-à-vis des structures rurale et urbaine Apprécier le respect de l'équité par les prestataires des soins vis-à-vis des bénéficiaires 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluer le niveau de satisfaction aussi bien des prestataires de services que des bénéficiaires des résultats obtenus ou de la résolution de la demande des soins fournis par la structure

Couverture effective	<ul style="list-style-type: none">• Apprécier l'amélioration de la santé de la population qui fréquente les services de SSP dans le district sanitaire• Mesurer le niveau de la satisfaction aussi bien des prestataires que des bénéficiaires et autres parties prenantes des services de soins de santé primaires de la localité• Comparer les indicateurs généraux de santé du district compare a la moyenne nationale• Apprécier l'impact de la présence des projets et programme bilatéraux et des autres organisations environnant les structures
Synthèse de la performance	Apprécier le niveau atteint par la structure en termes d'efficacité, d'efficience et de satisfaction en accord avec l'environnement des structures

CHAPITRE 3 - MÉTHODE DE RECHERCHE

3.1. Stratégie de la recherche et devis

Dans le cadre de ce mémoire, il s'agit d'une recherche synthétique. L'approche utilisée combine la lecture des documents statistiques administratifs de gestion et de suivi des structures, l'entrevue par questionnaire sur la satisfaction auprès d'un échantillon de patients choisi au hasard, complétée par des entrevues avec les autorités sanitaires et parties prenantes.

3.2 Choix des organisations à l'étude

En Guinée, le système de soins est composé des sous secteurs public et privé. Le sous-secteur public est organisé de façon pyramidale et comprend de la base au sommet: les postes de santé, les Centre de santé, les hôpitaux préfectoraux, les hôpitaux régionaux et les hôpitaux nationaux. Tandis que le sous-secteur privé comprend, d'une part, les structures médicales et, d'autre part, les structures pharmaceutiques. L'essentiel des soins de santé primaires se fait au niveau des centres de santé, point focal de notre étude.

Le programme de soins de santé primaires est formé par l'intégration de plusieurs composantes, notamment la consultation primaire curative (CPC), la consultation prénatale et la planification familiale (CPN-PF), le programme élargi de vaccination et la fourniture de médicaments essentiels (PEV/ ME) et autres bilatéraux (projets paludisme, onchocercose, lèpres et la maternité sans risque, etc.). Toutes les activités de ces services sont



exécutées dans les structures de santé de base et sont suivies par la Direction préfectorale de la santé (DPS) à travers des monitorages semestriels et des revues annuelles.

Cependant, il y a lieu de signaler que ces monitorages se limitent aux résultats (administratifs) quantitatives des structures (PEV/SSP/ME, 2003). Les dimensions de satisfaction et d'équité, ne sont pas couvertes.

Le district sanitaire de Labé est une subdivision administrative de la région de la Moyenne Guinée (MG). Cette préfecture, de dix huit (18) structures de santé se caractérise par le suivi (supervision) des structures par l'autorité sanitaire plus remarqué d'une part, et par le niveau de la participation communautaire dans l'amélioration des services de santé du district sanitaire d'autre part. Plusieurs structures de santé ont été construites et équipées par les fils du terroir (participation communautaire).

Cependant, les résultats des enquêtes indiquent qu'à Labé, 40% des naissances intervenues au cours des 5 années précédentes n'ont fait l'objet d'aucune consultation prénatale. Seuls 10% ont bénéficié des services d'un médecin et 15,6% ont bénéficié de l'assistance d'une infirmière ou d'une sage-femme formée au moment de l'accouchement. Quant à la disponibilité des infrastructures sanitaires, à la date du 31 Décembre 2009, Labé comptait 18 structures de santé et 20 postes de santé soit en moyenne 16 000 habitants par centre de santé et 14 700 habitants par poste de santé (MACRO EDSG Guinea, 2005).

Dans le cadre de notre recherche en administration et gestion des services de santé publique, nous avons choisi d'étudier le district de Labé compte tenu de sa situation géographique, sa représentativité socio économique et surtout de la disponibilité des informations statistiques de monitoring reconnues des plus fiables du pays.

En plus, selon les résultats de l'enquête démographique et de santé (EDS) de 2005, Labé fait partie des préfectures dont les indicateurs de santé sont les plus faibles du pays. Notre « unité d'observation » sera les structures de santé de Labé fournissant des soins de santé primaires aux populations de Labé. Ainsi, à partir de la liste exhaustive des 18 structures de santé du district sanitaire de Labé, 10 ont été choisies de façon raisonnée sur la base de la disponibilité et la qualité des documents administratifs et de la taille de la population couverte. Nos unités d'observation

comptent six (6) structures de santé publiques dont trois rurales et trois urbaines, trois cliniques privées et le centre de santé urbain de Labé.

Une structure de santé est considérée intégrée au programme de soins de santé primaires et médicaments essentiels lorsque les conditions suivantes sont remplies :

- Un local ayant au moins trois pièces abritant les services disponibles et accessibles aux populations habitant à dix kilomètres de rayon du centre de santé.
- L'existence d'un noyau de prestataires formés en SSP pour chaque service technique
- La mise à disposition des équipements et outils de gestion de la structure
- La mise en disponibilité d'un comité de gestion
- La disponibilité de la Direction Préfectorale de la Santé qui assure la supervision et le monitoring de la structure sur une base semestrielle ou annuelle
- Une dotation en médicaments essentiels pour le démarrage des activités de la structure intégrée.

3.3 Définition des variables

La performance des services de santé est la résultante de l'amélioration des indicateurs des soins de santé primaire, associés aux quatre dimensions de la performance: l'efficacité, l'efficience, l'équité et la satisfaction à travers le continuum des soins de santé. Ces dimensions ont été mesurées selon le niveau des indicateurs de monitoring des soins du programme aux moyens des variables suivantes

3.3.1 La disponibilité

Est le pourcentage de temps pendant lequel les ressources et services requises sont disponibles au centre de santé pendant une période donnée (semestre). C'est la proportion du temps de la présence des médecins, des infirmiers, des services de consultation et de vaccination, etc. (voir en Annexe le fascicule de monitoring semestriels des centres de santé en Guinée).

3.3.2 L'accessibilité

Est la proportion de population couverte, vivant dans un rayon de 10 km autour de la structure de SSP, qui a pu accéder aux services de soins de santé primaires selon leurs besoins et leurs possibilités financières. (Voir en Annexe le fascicule de monitoring semestriel des centres de santé en Guinée).

3.3.3 L'utilisation

Est l'existence d'un contact réel entre la population cible et le service (au sein de la structure). Cet indicateur est mesuré par le pourcentage de la population cible, vivant dans un rayon de 10 km autour de la structure de SSP, ayant utilisé au moins une fois le service durant une période donnée (semestriel ou annuel). (Voir en Annexe le fascicule de monitoring semestriel des centres de santé en Guinée).

3.3.4 La couverture adéquate

Est le pourcentage de la population cible ayant utilisé le service complet selon les critères des SSP au cours d'une période donnée (semestre ou annuelle). (Voir en Annexe le fascicule de monitoring semestriel des centres de santé en Guinée).

3.3.5 La couverture effective

Est le pourcentage de la population cible vivant dans un rayon de 10 km autour de la structure de SSP, ayant reçu un service adéquat (cohérence entre plainte-diagnostic posée et traitement reçu) correspondant aux normes scientifiquement établies comme nécessaire pour avoir le résultat désiré. (Voir en Annexe le fascicule de monitoring semestriel des centres de santé en Guinée).

3.3.6 La satisfaction

Est opérationnalisée par les variables relatives à la satisfaction des bénéficiaires sur l'accueil, le temps d'attente, l'interaction avec les agents, la confidentialité, le coût de la prestation payée, le respect des valeurs culturelles, la résolution des besoins. Elle est mesurée par la proportion des bénéficiaires de soins de santé primaires ayant déclaré être bien traité (les besoins résolus) dans les services de soins:

- *L'accueil* est la proportion des bénéficiaires de soins de santé primaire ayant déclaré être bien reçu dans le service de soins de santé.
- *Le temps d'attente* est la proportion des bénéficiaires de soins de santé primaire ayant déclaré être satisfaits du temps écoulé avant d'être reçu par le prestataire pour les soins.
- *L'interaction avec les agents de santé* est la proportion des bénéficiaires de soins de santé primaire ayant déclaré être satisfaits de l'atmosphère qui règne entre eux et les prestataires de soins.
- *Le respect de la confidentialité* est la proportion des bénéficiaires de soins de santé primaire ayant déclaré être satisfait de la discrétion des prestataires de soins de santé.
- *Les conseils reçus* est la proportion des bénéficiaires de soins de santé primaire ayant déclaré être satisfaits des conseils prodigués par les prestataires de soins.
- *La résolution des besoins* est la proportion des bénéficiaires de soins de santé primaire ayant déclaré avoir des besoins sanitaires remplis.
- *Le coût de la prestation payée* est la proportion des bénéficiaires de soins de santé primaire ayant déclaré être satisfaits du coût du traitement.
- *Le respect des valeurs culturelles* est la proportion des bénéficiaires de soins de santé primaire ayant déclaré être ravis du comportement des prestataires de soins dans le strict respect de leurs cultures.

Toutes les variables liées à la satisfaction ont été recodées, regroupés selon les modalités suivantes: *satisfait* (très satisfait et satisfait) et *non satisfait* (peu satisfait et non satisfait). Les

variables satisfaction relatives aux bénéficiaires et aux prestataires de soins de santé ont deux modalités: 1 = satisfait 2 = non satisfait

3.4 Source des données et instruments de la collecte des données

Les informations sont obtenues à partir de documents administratifs existants au sein de la structure des soins de santé primaires dans lesquels les résultats de chaque monitoring sont enregistrés (les fascicules des SSP). Dans chacune de ces structures, les sources de données sont les documents administratifs à savoir les registres de consultation, les rapports de monitoring, les fiches techniques et les documents de gestion des ressources matérielles et financière et de l'hôpital de référence ; bref, les données recueillies du système de monitoring.

Par définition, un système de monitoring consiste en un processus de collecte régulière et d'analyse d'un ensemble d'indicateurs fondamentaux. Le système fournit des données qui peuvent être utilisées pour évaluer les problèmes, prendre des décisions pour améliorer la situation, et suivre les progrès. Tel qu'utilisé dans ce contexte des soins de santé primaires, le monitoring est une technique de gestion utilisée au niveau des points de prestation des services. Cette démarche a permis de détecter les forces et les faiblesses dans l'exécution des activités en vue d'augmenter la couverture grâce à l'analyse périodique des résultats par l'équipe de l'aire de santé (Direction préfectorale de la Santé) et les représentants de la communauté (membres des comités de gestion).

Dans le système de soins de santé primaires, le monitoring touche les services majeurs que sont le service de consultation générale (CPC)⁴, le service de consultation prénatale (CPN)⁵, le service de planification familiale (PF)⁶ et le service de vaccination⁷.

⁴ Chargé de recevoir les maladies générales comme le paludisme, la diarrhée, le rhume, la fièvre

⁵ Chargé de recevoir et suivre toutes les femmes en grossesses et les enfants de moins de 5 ans

⁶ Chargé de recevoir tous les clients qui consultent pour des services de PF

⁷ Chargé d'assurer le service de vaccination des enfants de 0 à 9 mois (Programmes de l'UNICEF)

3.5. Instruments de collecte des données

La **Check-list** a été utilisée pour la collecte des informations relatives à la gestion du centre et les résultats des monitorages des activités de SSP.

Le **Questionnaire standard** a été d'abord utilisé auprès des prestataires et des bénéficiaires pour recueillir les informations sur leur niveau de satisfaction des services (FORM 2 et FORM 3/Annexes). Des questionnaires fermés ont été administrés auprès de dix (10) prestataires de services (fournisseurs de soins) et l'une des deux personnes dans chaque structure de soins de santé visitée: le chef du centre qui est le responsable du centre de santé et chargé des consultations primaires curatives ou l'agent chargé des consultations prénatales et de la planification familiale. Ensuite, des questionnaires fermés ont été administrés auprès des bénéficiaires des services représentés par 30 personnes dont la moitié venue consulter au moment du passage de l'évaluateur et l'autre moitié, représente les habitants du village rencontrés au hasard mais faisant partie de la population cible de la structure de soins.

Le **Guide d'entrevue** approfondie, destiné aux autorités et parties prenantes, a été utilisé comme support de l'entretien. Des entretiens approfondis avec les autorités représentées par les membres des comités de gestion, les leaders politiques concepteurs du programme SSP (Ministre, directeurs de programme) et les partenaires impliqués dans sa mise en œuvre (document et rapport de l'OMS, UNICEF, USAID) du programme SSP ont été complétés par des entrevues avec des bénéficiaires.

Chaque centre de santé (unité d'observation) a été évalué par une équipe de trois enquêteurs. Le premier a passé en revue les documents de la structure. Le second a fait les entrevues approfondies avec le chef du centre et les prestataires de soins. Le troisième a conduit les entrevues des bénéficiaires.

3.6 Analyse des données

3.6.1 Contrôle et nettoyage des données

Avant de procéder à la saisie et à l'analyse des données, tous les documents de collecte ont été vérifiés et validés par les enquêteurs et par le superviseur et ce, au fur et à mesure que la

collecte s'est déroulée sur le terrain. Puis, une fois les données saisies, un deuxième nettoyage à été effectué à partir de la base de données développée à ce propos.

3.6.2 Analyse des données

Dans chaque structure, une analyse sur place a été faite. Pour ce faire, un plan d'analyse détaillé en convergence avec les objectifs de la recherche, a permis de préciser non seulement les rubriques de l'analyse mais aussi les modalités de description et de croisement des variables et de triangulation pour comparer les résultats obtenus. Les indicateurs de la performance ont été triangulés à partir des résultats obtenus pour chaque structure de santé (unité d'observation) et des informations qualitatives obtenues en dehors du site (national).

L'analyse quantitative: La saisie des données, le nettoyage et la tabulation ont été effectués à l'aide des logiciels CS-Pro⁸. EPI- info 3.51 (2008)⁹, et SPSS-17 (15)

L'analyse qualitative: Pour le volet qualitatif, le traitement et l'analyse des données ont été effectués en deux étapes. La première a porté sur la description numérique des données qui a impliqué un codage partiel de certaines informations. La seconde concerne l'analyse du contenu transcrit sur une base narrative après le regroupement par thèmes et sous thèmes. Enfin, la triangulation des résultats a été faite.

Partant de l'ancrage théorique, les résultats empiriques factuels couvriront essentiellement les éléments majeurs de la performance organisationnelle notamment les variables externes, les variables organisationnelles et les variables humaines.

3.7 Validité externe

La validité externe de la recherche est assurée du fait que les unités ont été sélectionnées par un choix raisonné de 10 des 18 structures d'une région pertinente pour rencontrer les objectifs de la recherche. L'objectif de ce choix ne vise pas une représentativité statistique de l'ensemble des structures sanitaires du pays, mais plutôt fournir une vision d'ensemble des différentes structures du district sanitaire de Labé.

⁸ CS Pro : Programme, développé par MACRO international, avec le soutien et la collaboration du CDC, pour la conception, et l'analyse des données des enquêtes démographiques et de santé (EDS),

⁹ Epi Info : Programme, développé par le CDC, pour la conception, et l'analyse des données d'Études en santé publique,

3.8. Éthique

Comme dans toute recherche similaire, avant toute intervention relative à notre recherche, une présentation du protocole a été faite au Ministère de la santé, devant le Comité d'Étique & Recherche pour son approbation. Sur le terrain, un formulaire de consentement éclairé, approuvé par le comité d'éthique, a été signé par l'ensemble des personnes qui ont été impliquées dans l'étude. Les enquêtés ont été informés sur les objectifs et la stratégie, sur l'utilisation des résultats de l'étude. Aucune personne n'a été contrainte à participer à l'enquête ou à répondre aux questions. De même, aucune rétribution n'a été proposée pour l'obtention d'une participation à l'enquête ou d'une réponse. La confidentialité a été assurée tout au long de la phase de collecte, d'analyse et de présentation des résultats.

CHAPITRE 4 - RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

L'évaluation de la performance des structures de soins de santé primaires passe par l'appréciation des éléments et services techniques de la structure, en tenant compte des quatre dimensions à l'étude, l'efficacité, l'efficience, l'équité et la satisfaction des prestataires et des bénéficiaires. Dans ce processus tous les éléments de la structure ont été évalués, des ressources mises à disposition jusqu'aux résultats, en passant par la production et la satisfaction tant des prestataires que des bénéficiaires en tenant compte de l'environnement immédiat de la structure.

4.1. Disponibilité des ressources (intrants)

4.1.1 Equipements et fournitures

Le tableau 2 montre que, dans l'ensemble, les structures étudiées possèdent des services techniques de soins de santé primaires, notamment la Consultation Primaire Curative (CPC), la Consultation Périnatale et Planification familiale (CPN-PF), la Vaccination (VA), le service de vente des médicaments et un Comité de gestion (Cogest). Le laboratoire qui est un service de soins de santé facultatif n'est disponible que dans sept des structures sanitaires.

En ce qui concerne les équipements, toutes les structures sanitaires possèdent des tables de consultation primaire curative et des tables de consultation périnatale. Bien que huit structures de santé sur neuf possèdent au moins une salle d'attente; on note cependant un état délabré de certaines salles, surtout pour les structures sanitaires situées en milieu rural.

Les registres de consultation, les carnets de soins, les carnets de vaccination, les fiches de suivi des stocks, les livres de caisse et les fiches d'inventaire de médicaments, existent dans quasiment toutes les structures enquêtées. Toutes les structures privées (3/3) n'ont pas de tableau tarifaire alors que c'est seulement deux structures publiques sur les six qui n'en ont pas. On note aussi que c'est seulement six sur les neuf structures qui possèdent des magasins de stockage de médicaments. Ces constats sont résumés dans le tableau 2.

Tableau 2 : Diagnostic de l'état des services des structures de soins de santé dans les neuf structures de santé primaire

Services techniques existants disponibles dans les neuf (9) structures		Prestataires de services présents dans les neuf structures			Outils de gestion et équipements recensés dans les neuf structures			
Services techniques	Existe	Total des prestataires présents	Formés en SSP	% formé	Types	Nombre d'Outils disponibles	Outils en bon état	
Ressources et services disponibles	Consultation Primaire Curatives (CPN)	9	40	29	72%	Registres de Consultation	9	9
						Carnets de Soins	3	3
						Fiches de suivi	4	4
	Consultation Prénatale et PF (CP-PF)	9	30	16	53%	Registres de Consultation	8	8
						Registres IEC	8	8
						Fiches PF	8	8
	Vaccination (PEV)	8	37	19	51%	Registres de Consultation	6	6
						Carnet de Vaccination	4	4
						Fiches de suivi	5	5
	Point de Vente des médicamentés (PV)	8	25	7	28%	Registres Stocks	8	7
						fiches pointage journaliers	8	8
						fiches d'inventaires médicaments	8	8
	Laboratoires (LAB)	7	18	5	27%	Registres de Consultation	6	6
						Résultats	5	5
						Consommables	5	5
	Comité de Gestion	6	22	8	36%	Fiches Récapitulatif des Recettes	7	7
						Fiches Récapitulatif des Dépenses	6	6
						Livres de Caisse	6	6
Bon de commande						5	4	
Quittancer						3	3	
Cahiers de versement						6	6	

En matière de formation des prestataires en soins de santé primaire, les agents des services de consultation primaire curative (CPC) occupent la première place (72%), suivi des agents des

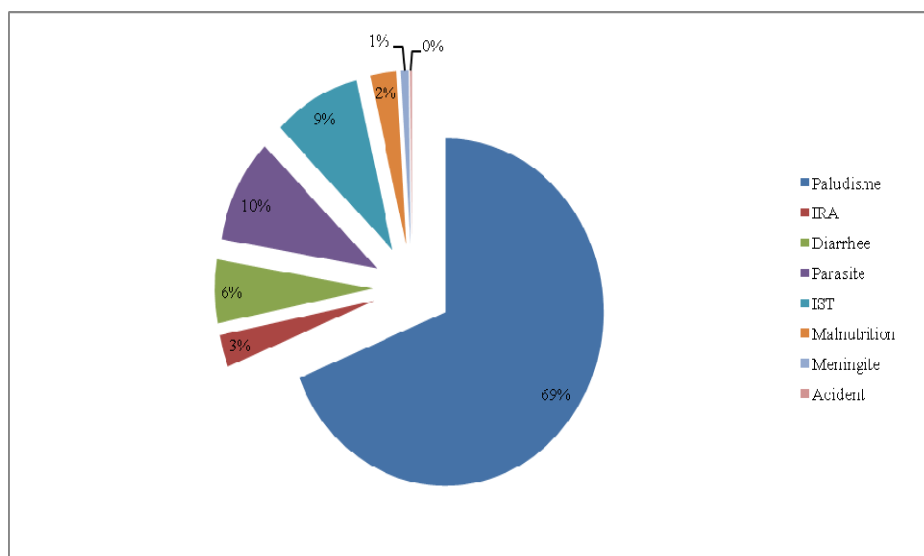
services de consultation prénatale (CPN-PF) avec 53% et des agents chargés de vaccination (PEV° (51%). Il est à remarquer que les agents des services de laboratoire sont les moins formés en matière de soins de santé primaires (27%).

4.2. Productivité des neufs structures de SSP de 2004 à 2009 (processus)

La productivité des structures traduit leur efficacité dans la fourniture des soins de santé primaires. Dans cette étude, cette productivité est appréhendée par le nombre de consultations effectuées au sein des structures de soins au cours des cinq dernières années, de la promotion de la santé ou de la source d'information.

Durant les cinq dernières années, sur l'ensemble des consultations enregistrées, dans le district sanitaire de Labé (Figure 1) le constat général indique que le paludisme occupe la première place (69 %), suivi des parasitoses (10%) et les infections sexuellement transmissibles (9%). Le Graphique 1 présente la situation générale des maladies par ordre d'importance, c'est-à-dire par volume de consultations enregistré.

Graphique 1 : Distribution de la proportion de consultation par causes des maladies (n=308).



Qu'il s'agisse des structures rurales ou urbaines, le Graphique 2 montre qu'il n'y a pas eu d'augmentation notable de la tendance moyenne des consultations semestrielles.

Graphique 2 : Distribution moyenne des consultations semestrielles selon la situation géographique (rural et urbaine) des structures de SSP, de 2004 à 2009 (n=308).

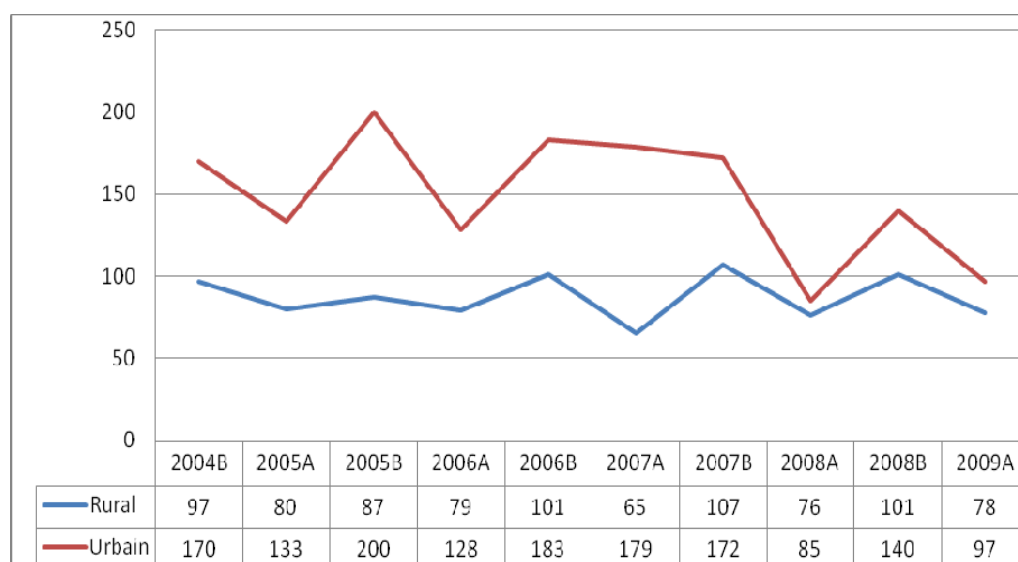


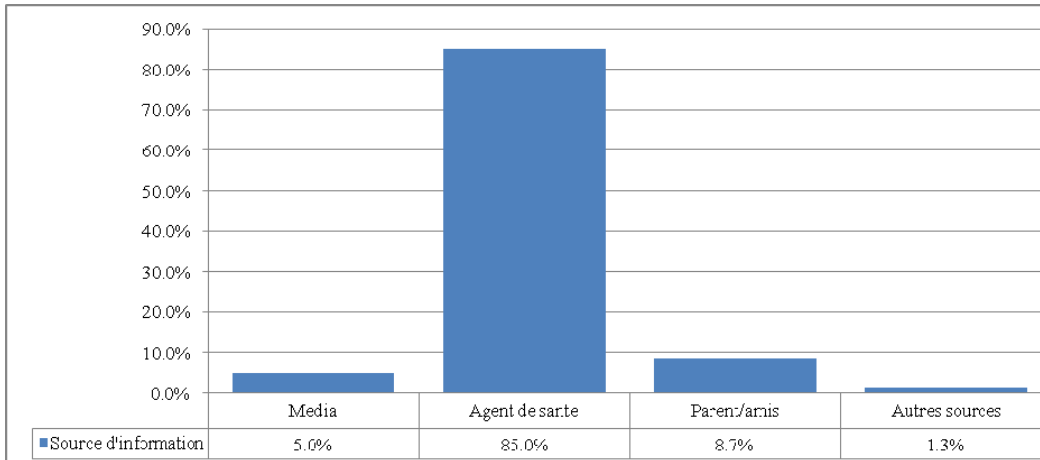
Tableau 3 : Consultations générales enregistrées dans les structures de Labé de 2000 à 2009, réparties selon la situation géographique des structures de santé (n=308).

Cause de la consultation	Nombre de consultations effectuées par situation géographique et dans l'ensemble			Pourcentage de consultations générales selon la situation géographique et dans l'ensemble (%)		
	Rural	Urbain	Ensemble	Rural	Urbain	Ensemble
Paludisme	13804	34087	47891	62,91	71,41	68,73
Infections Respiratoires	1097	1144	2241	5,00	2,40	3,22
Diarrhée	2262	2188	4450	10,31	4,58	6,39
Parasite	2791	4219	7010	12,72	8,84	10,06
Infections Sexuellement transmissibles	1338	4840	6178	6,10	10,14	8,87
Malnutrition	608	1109	1717	2,77	2,32	2,46
Méningites	7	19	26	0,03	0,04	0,04
Accident	34	129	163	0,15	0,27	0,23
Total	21941	47735	69676	100,00	100,00	100,00

4.2.2. Promotion de la santé et source d'information

Les résultats de cette étude montrent que 85% des informations sanitaires sont fournies par les agents de santé suivis des amis ou parent avec 5%. Les autres sources (accoucheuses villageoises, marabout, etc.) ne représentent que 1,3%.

Graphique 3 : Distribution des informations reçues par sources d'information (n=308).



Source : traitement des données de l'enquête check

4.3. Productivités (résultats) des structures de 2004 à 2009

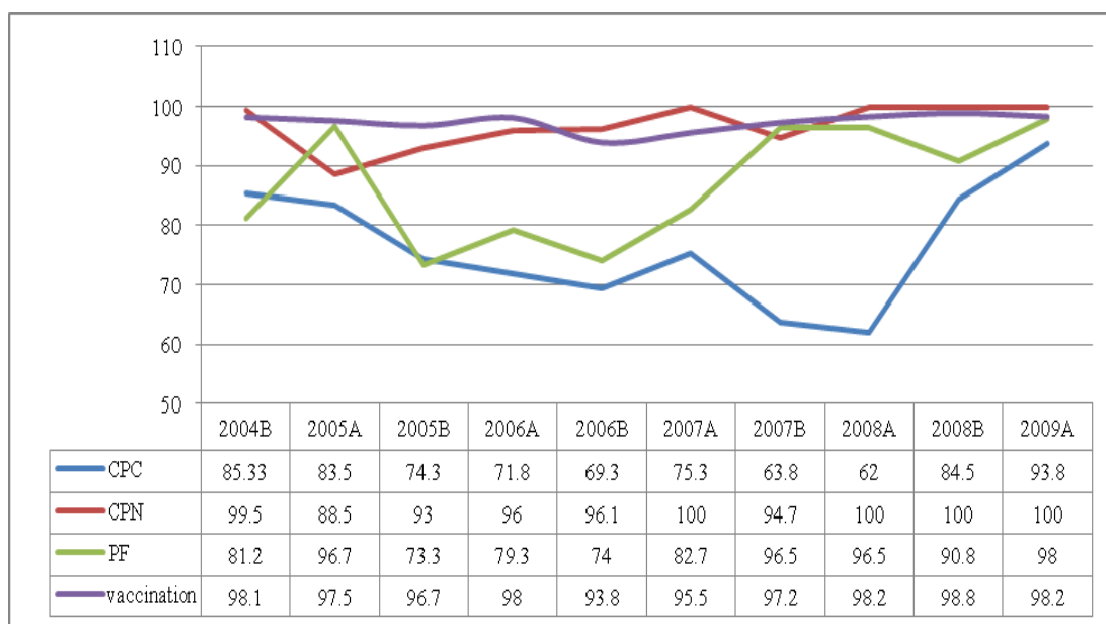
4.3.1 Disponibilité

« La disponibilité est le pourcentage de temps pendant lequel les ressources et services requis sont disponibles au centre de santé pendant une période donnée. C'est aussi le temps de la présence des médecins, des infirmiers, des services de consultation et de vaccination, etc. ».

Le graphique 4 montre que la disponibilité des services reste presque invariable pour les services de consultation prénatale et de la vaccination. Quant à la disponibilité des services de la planification familiale, on note une tendance à la baisse pendant la période de 2005 à 2006 (avec un minimum atteint au début de 2006) puis, une augmentation croissante à partir du deuxième semestre 2006 pour atteindre 98% au début de 2009. Pour la consultation primaire curative, sa disponibilité est passée de 85% en 2004 pour atteindre à peine 94% en 2009. Par contre, la disponibilité des services de consultation primaire curative est tombée de 85% en 2004 pour

décroître jusque 62% en 2006. A partir de cette période, elle s'est fortement améliorée pour ensuite croître et atteindre 94% en 2009. En effet, beaucoup d'efforts ont été mis en place pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile. Depuis début 2008, la disponibilité des ressources et services de consultation prénatale est de 100% en 2009 alors qu'elle était de 99% au début de la période de 2005.

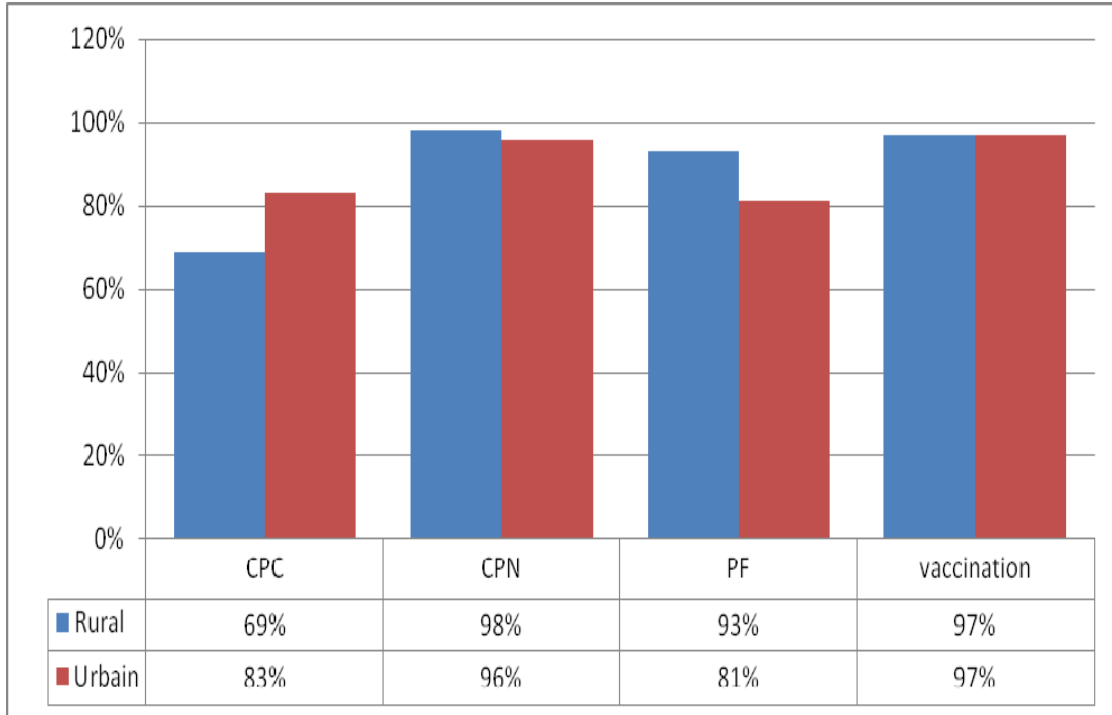
Graphique 4 : Tendence moyenne de la disponibilité par service technique au sein des structures intégrées en soins de santé primaires de 2004 à 2009.



Source : traitement des données de l'enquête check

En tenant compte de la situation géographique des structures de soins de santé, le Graphique 5 montre que, l'on soit dans le milieu rural ou dans le milieu urbain, la disponibilité des services de la CPN et la Vaccination avoisinent les 97% en milieu urbain alors que la plus faible est celle de la CPC en milieu rural 69%.

Graphique 5 : Distribution de la disponibilité des services techniques selon la situation géographique des structures de SSP.

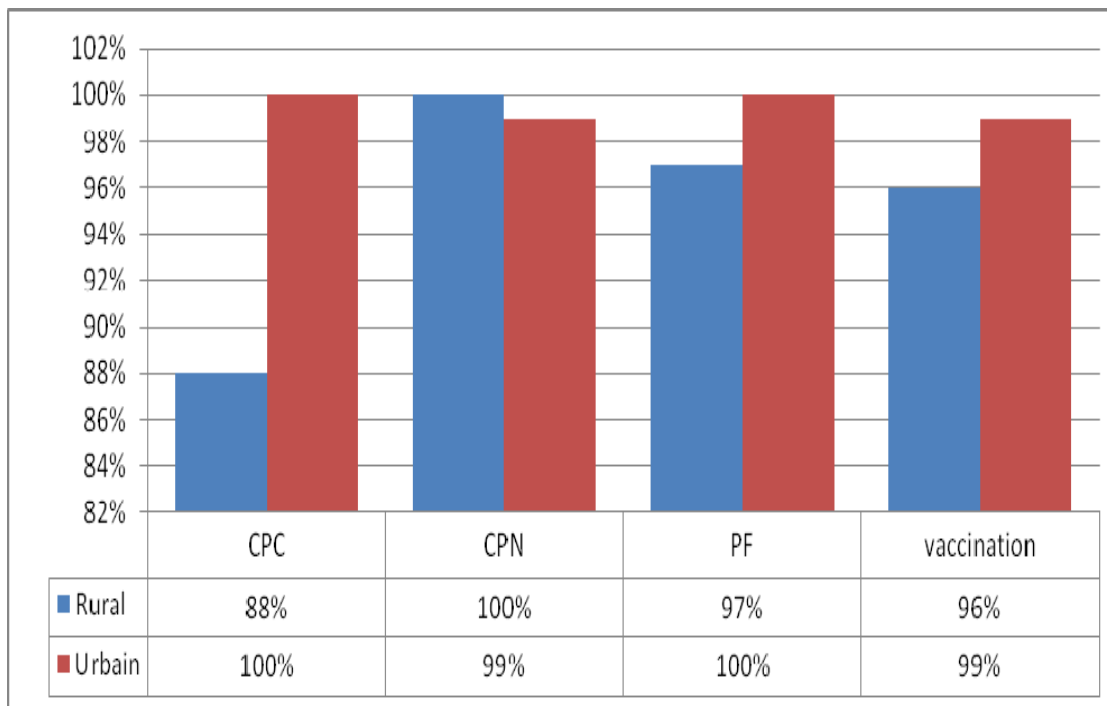


4.3.2 Accessibilité géographique

« L'accessibilité est la proportion de population couverte, vivant à 10 km carré de rayon autour des structures de SSP, qui a pu accéder aux services de soins de santé primaire selon leurs besoins et leurs possibilités financières ».

Pendant les cinq dernières années (2004-2009), l'accessibilité moyenne des services de SSP dans le district sanitaire de Labé est de 97%. Au regard de la situation géographique des structures de SSP, le Graphique 6 montre une disparité en faveur des structures urbaines pour la plupart des services telles que la CPC, la PF et la Vaccination. Quant à la CPN, elle est accessible à 100% dans le milieu rural.

Graphique 6: Distribution de l'accessibilité des services techniques selon la situation géographique des structures de SSP



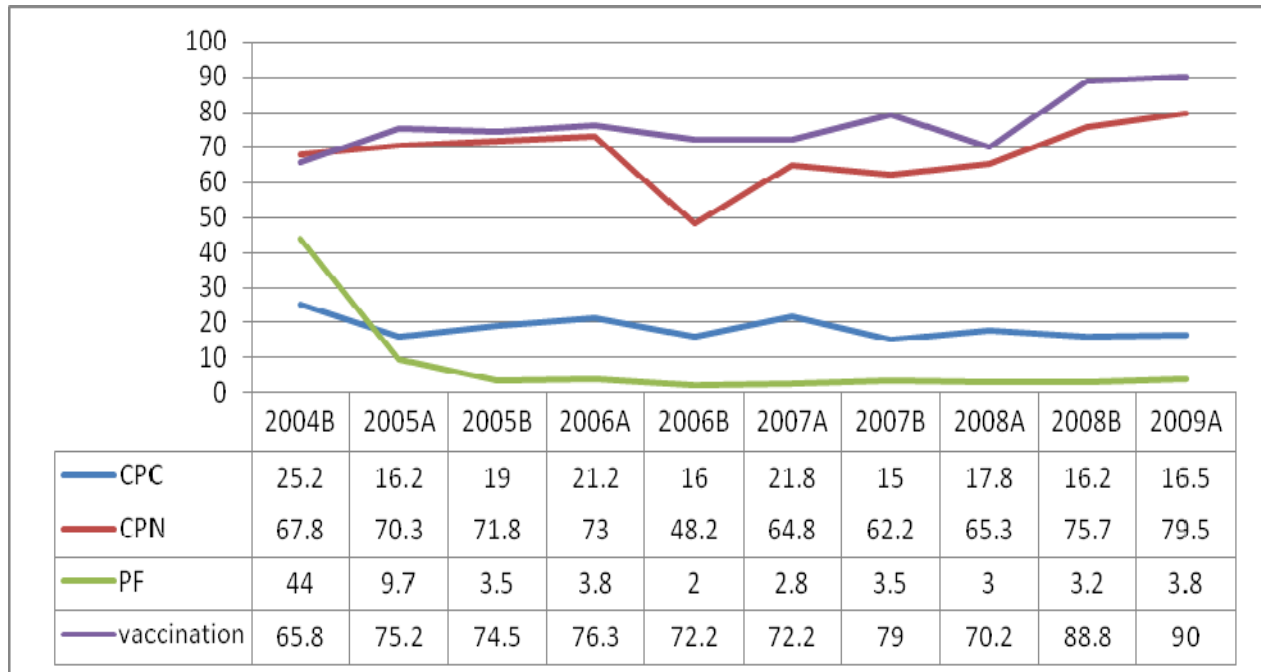
Source : traitement des données de l'enquête check

4.3.3 Utilisation

« L'utilisation est le pourcentage de la population cible, vivant à 10 km carré de rayon autour des structures de SSP, qui utilise les services au moins une fois au cours d'une période donnée (semestrielle ou annuelle) ».

De 2004 à 2009, le niveau d'utilisation des services de vaccination et de la consultation prénatale s'est amélioré. Le Graphique 7 montre que l'utilisation du service de vaccination est la plus marquée; son taux est passé de 66% à la fin de 2004 pour se fixer à 90% au début de 2009. Celle de la consultation prénatale est passée de 67% à la fin de 2004 pour se fixer à 79% au début de 2009. Quand à la consultation primaire curative et la planification familiale (PF), la tendance ne s'est pas vraiment améliorée. Ainsi, l'utilisation de la PF est passée de 44% à 4 % entre 2004 et 2009 et celle de la consultation primaire curative de 25% à 16 % pour la même période.

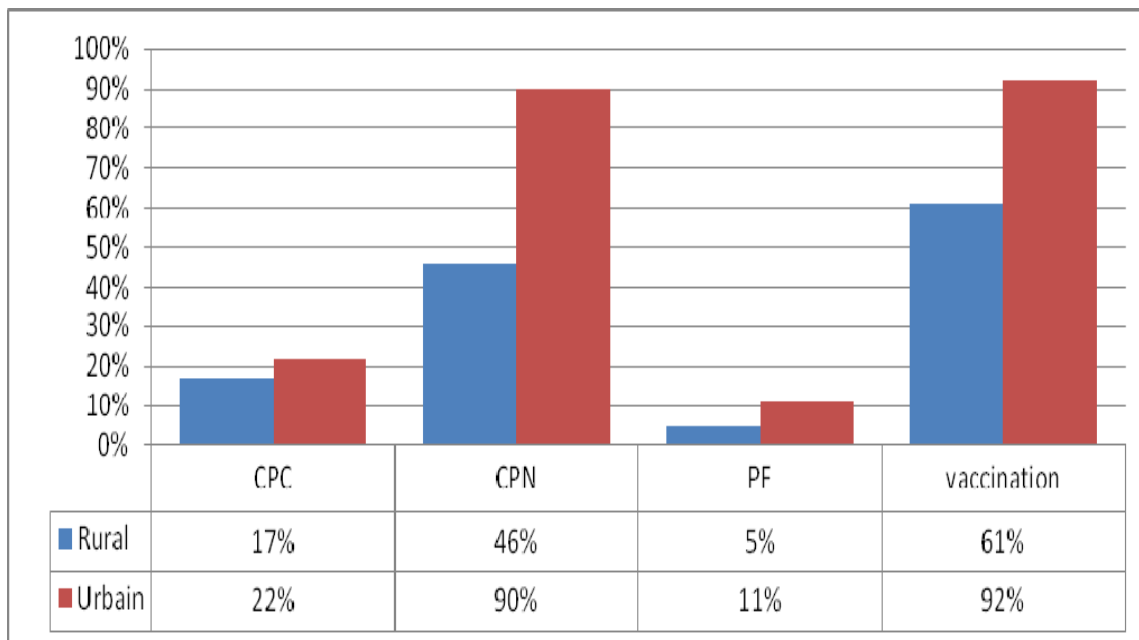
Graphique 7 : Tendence moyenne d'utilisation des services de soins de santé primaire au sein des structures de 2004 à 2009



Source : traitement des données de l'enquête check

On peut remarquer que, selon la situation géographique, contrairement à la disponibilité et à l'accessibilité, l'utilisation des services est très faible dans toutes les structures en milieu rural. Avec une utilisation moyenne de 43%, les services de CPC et de planification familiale sont les moins utilisés tant dans les structures urbaines que celles rurales.

Graphique 8 : Distribution de l'utilisation des services des SSP selon leur situation géographique



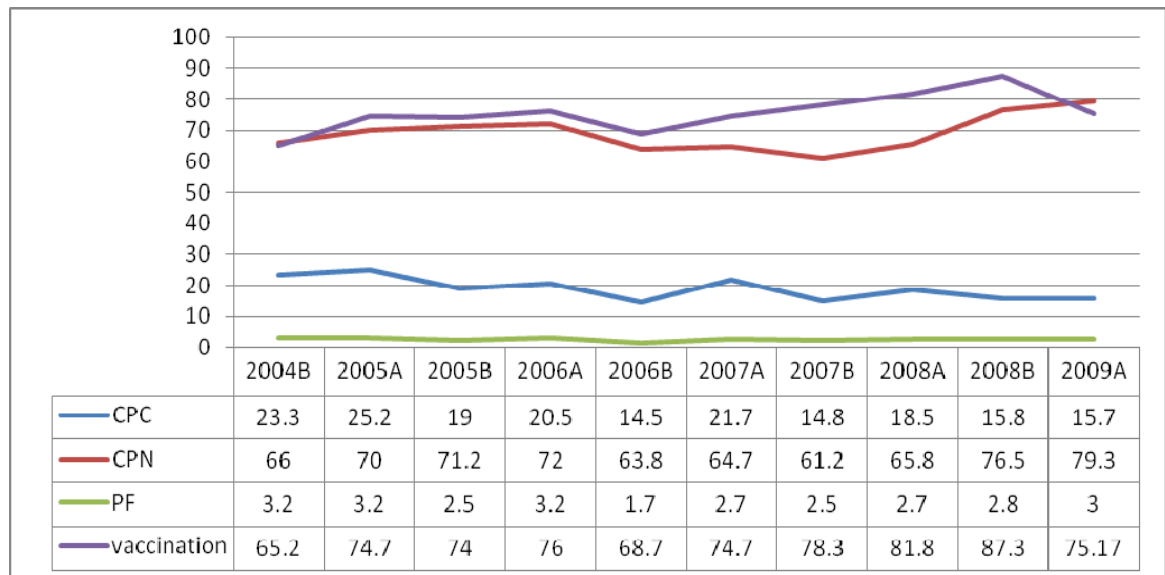
Source : traitement des données de l'enquête check

4.3.4 Couverture adéquate

« La couverture effective (CA) est le pourcentage de la population cible vivant à 10 km carré de rayon autour de la structure de SSP, qui ont reçu un service adéquat (cohérence entre plainte-diagnostique posée et traitement reçu), correspondant aux normes scientifiquement établies comme nécessaires pour avoir le résultat désiré ».

Selon le Graphique 9, comme dans les autres cas, les deux services vaccination et consultation prénatale ont enregistré, une augmentation respectivement de 40% et de 25% de 2004 à 2009. C'est à partir de 2006 que la couverture effective de ces deux services a pris une tendance à la hausse. Par contre les deux services de CPC et de la PF sont les plus faibles. Elles sont en dessous de 20% durant les cinq dernières années avant l'enquête. La CPN est passée de 66% en 2004 pour atteindre 79% en 2009, alors que celle de la PF n'a jamais atteint 4%.

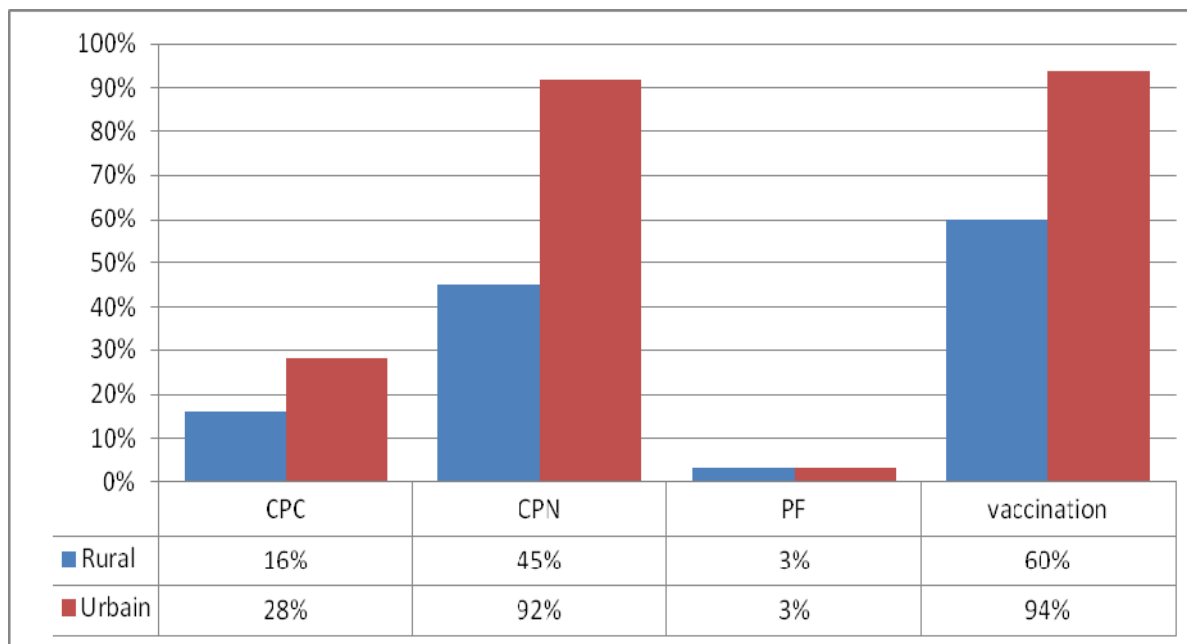
Graphique 9: Tendance moyenne de la couverture effective des services de soins de santé primaires au sein des structures de 2004 à 2009



Source : traitement des données de l'enquête check

Selon la situation géographique de la structure sanitaire, à l'image de l'utilisation c'est dans le milieu urbain que la couverture est la plus large, notamment en CPN 92% contre 45% et la vaccination 94% contre 60%. Par contre, le niveau de couverture de service de CPC est de 28% dans les structures urbaines et de 16% dans les structures rurales.

Graphique 10 : Distribution de la couverture effective des services techniques selon la situation géographique des structures de SSP



Source : traitement des données de l'enquête check

Il est remarquable que de 2004 à 2009, il n'y a pas quasiment eu de variation significative sur le niveau et la tendance moyenne de ces consultations, à l'exception du paludisme. Durant cette période, contrairement à la couverture, la disponibilité des services de la CPC et du PF s'est améliorée, mais leur utilisation n'a pas suivi la même tendance. Le niveau et la tendance moyenne de la disponibilité, de l'accessibilité, de l'utilisation et même de la couverture effective des services de CPN et de la vaccination se sont améliorés au cours de cette période. Le niveau de couverture effective des services de CPC et de PF montre des marges d'insuffisance, donc de sous performance.

4.4.1 Satisfaction des prestataires

Dans le district sanitaire de Labé et son environnement, la qualité de formation et la suffisance des agents de santé sont identifiées comme des facteurs de satisfaction.

Quelque soit la situation géographique (milieu urbain ou rural) ou le statut (privé ou publique) des structures de soins de santé primaire, les prestataires de soins de santé sont non seulement satisfaits de leur formation initiale, mais aussi des formations sur les soins de santé primaire (SSP) et des formations additionnelles reçues des autres programmes bilatéraux. C'est seulement dans les structures privées que la motivation des prestataires de soins est remarquable; alors que dans les structures publiques particulièrement celles situées dans le milieu rural, aucun prestataire ne déclare être suffisamment motivé pour mieux agir. Quant à l'approvisionnement en médicaments essentiels, seulement deux prestataires sur huit apprécient bien le service. En désagrégeant, nous constatons qu'un seul prestataire sur cinq est satisfait dans les structures publiques, contre un sur deux, dans les structures privées.

Dans l'ensemble, quatre prestataires sur huit sont satisfaits de la qualité du plateau technique disponible et ce, seulement dans le milieu urbain. La mauvaise qualité du plateau technique est l'un des grands motifs d'insatisfaction des prestataires du milieu rural. Dans l'ensemble, seulement un prestataire de soins de santé primaires sur quatre déclare être satisfait de ses conditions de travail qui se résume au salaire, aux primes et aux formations additionnelles reçues. Aussi la régularité de la motivation concourt, en grande partie, à l'efficacité des services donnés; elle influe directement sur le comportement des agents de service à travers, le respect des règles de la structure (être à l'heure, bon accueil des bénéficiaires des soins, disponibilité, etc.). Si tous les prestataires des structures privées déclarent être satisfaits de la motivation. Au niveau des structures publiques, très peu de prestataires déclarent être satisfaits surtout en milieu rural.

Dans le district sanitaire de Labé, sept prestataires sur huit déclarent être satisfaits de la collaboration avec leurs collègues. Ce rapport de collaboration est plus marqué dans les structures publiques qu'en milieu rural. Quatre prestataires sur huit déclarent être satisfaits des avantages qui leurs sont accordés en dehors de leur salaire. Cependant dans les structures rurales, c'est seulement un prestataire sur trois qui déclare être satisfait de ses avantages alors que dans les structures urbaines, ce sont trois prestataires sur cinq qui expriment leur satisfaction.

Dans le district sanitaire de Labé, six prestataires sur huit déclarent être satisfaits de la supervision effectuée par la direction du district de Labé. Ce rapport est plus marqué chez les prestataires des structures rurales publiques que des structures urbaines. Seulement un prestataire

de services de soins du secteur privé sur deux déclare être satisfait des superviseurs préfectoraux. Ce sont sept prestataires des services de soins de santé sur huit qui affirment être satisfaits du travail des comités de gestion des structures. C'est dans le secteur public, précisément les structures urbaines, que cette satisfaction est faible. Seulement six prestataires de service de soins sur huit sont satisfaits des rapports avec les communautés fréquentant le service. Le faible niveau de satisfaction caractérise les prestataires des structures publiques. Quant aux structures d'enseignement de l'école primaire, c'est seulement six prestataires sur les huit qui déclarent avoir de bons rapports avec les enseignants. En milieu rural, seulement deux prestataires sur trois déclarent être satisfaits du rapport avec les structures d'enseignement. La nature ou la qualité des rapports entre les prestataires de service et les associations villageoises, n'est pas très appréciée. Seulement trois prestataires de service de soins de santé sur les huit déclarent avoir de bons rapports avec les associations villageoises.

Par rapport à l'approvisionnement en médicaments essentiels, seulement deux prestataires sur huit déclarent être satisfaits de l'approvisionnement en médicaments essentiels. C'est surtout dans les structures de soins de santé publique que l'insatisfaction des prestataires est plus prononcée. En effet, seulement un prestataire sur six déclare être satisfait de l'approvisionnement en médicaments essentiels. Dans les structures urbaines, un prestataire sur cinq déclare sa satisfaction. L'on peut noter que les structures privées sont aussi éprouvées par des ruptures en approvisionnement en médicaments essentiels; sauf qu'un seul prestataire sur deux est satisfait.

4.4.2 Satisfaction des bénéficiaires

Description des bénéficiaires (des répondants)

Cette section fait la description des bénéficiaires répondants aux questionnaires fermés selon la situation géographique des structures, le groupe d'âge, l'occupation, le statut des structures, etc.

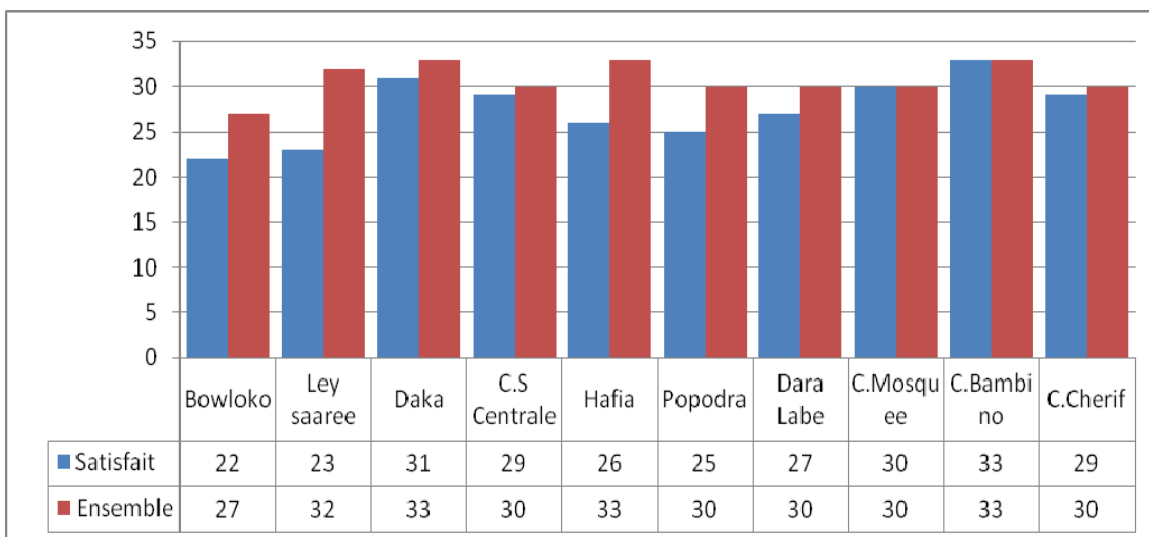
L'enquête a touché 308 personnes dont 52% hommes. Parmi les bénéficiaires fréquentant les structures rurales, 52% sont des femmes contre 47% parmi les bénéficiaires fréquentant les structures publiques. Selon le groupe d'âge, 37% des bénéficiaires de soins sont âgés de 21 à 30 ans contre 7% de 45 à 55 ans. Dans les structures privées, 43% des bénéficiaires sont âgés de 21 à

30 ans. Selon l'occupation des bénéficiaires, 29% sont des élèves ou étudiants contre 24% de ménagères, 17% de commerçants. Parmi les bénéficiaires fréquentant les structures urbaines, 29% sont des élèves ou étudiants, 21% sont des ménagères et 17% sont des fonctionnaires.

L'enquête a touché 31% de célibataire sur 69% de mariés. Dans les structures rurales, 71% des clients sont mariés et seulement 2% sont célibataires.

Par rapport au niveau d'instruction des enquêtés, la collecte a cumulé 38% des lettrés en école coranique seulement et 12% de niveau supérieur. Dans les structures privées, 24% des clients ont une scolarité seulement dans le coran et 44% des bénéficiaires de soins de santé ont un niveau secondaire. Par contre, dans les structures publiques, 44% des bénéficiaires de soins y fréquentant ont un niveau de scolarité dans le coranique. Par contre, les bénéficiaires de niveaux secondaire et supérieur sont respectivement de 28% et 11%. Comme illustré plus haut, les liens unissant la performance des structures de soins de santé (vu sous l'angle d'efficacité, d'efficience et d'équité) et l'environnement extérieur sont à la fois multiples et diversifiés.

Graphique 11: Nombre de bénéficiaires satisfaits (satisfaction générale) des SSP selon les structures fréquentées de 2004 à 2010.



En désagréant selon le statut des structures de soins de santé (public et privé), le niveau de satisfaction des bénéficiaires de soins de santé est plus élevé dans les structures privées (98,1%)

que publiques (85,2%). Cette différence est significative au seuil de 5%. Une différence significative au seuil de 5% s'observe entre les structures de soins de santé privées et les structures de soins de santé publiques, selon le temps d'attente, l'interaction avec les agents de santé, la résolution des besoins, les conseils reçus, la confidentialité et l'accueil. Quant aux coûts de la prestation payée et le respect des valeurs culturelles les structures de soins de santé privées ne se démarquent, au seuil de 5%, pas des structures de soins de santé publiques en ce qui concerne la satisfaction des clients.

Au seuil de 5%, les structures de soins de santé privées se démarquent des structures de soins de santé publiques en ce qui concerne les éléments de satisfaction des bénéficiaires de soins de santé (l'accueil, la résolution des besoins, les conseils reçus, la confidentialité, le temps d'attente, l'interaction avec les agents de santé). Le niveau de satisfaction des bénéficiaires de soins de santé est plus élevé dans les structures privées que publiques (voir Tableau 4).

Tableau 4: Pourcentage de bénéficiaires de SSP satisfaits selon les éléments de satisfaction, le statut de la structure et la situation géographique de la structure de santé fréquentée (n=308)

Éléments de la satisfaction	Pourcentage (%)		Seuil de signifiacnce (p)	Total	Pourcentage (%)		Seuil de signifiacnce (p)
	Public (n=215)	Privé (n=93)			Rural (=93)	Urbain (=215)	
de l'accueil	71,2	94,6	P<0,05*	78	92,5	72,1	P<0,05*
du temps d'attente	50,7	74,2	P<0,05*	58	49,5	61,4	P>0,05
de l'interaction avec les prestataires	90,2	100	P<0,05*	93	90	94,4	P>0,05*
de la confidentialité	91,6	98,9	P<0,05*	94	88,2	96,3	P<0,05*
des conseils reçus	73,5	94,6	P<0,05*	80	62,4	87,4	P<0,05*
des résolutions des besoins	86,9	98,9	P<0,05*	91	84,9	93	P<0,05*
des coûts de la prestation payés	82,8	75,3	P>0,05	80	88	77,2	P<0,05*
du respect des valeurs culturelles	96,7	100	P>0,05	98	96,8	98,1	P>0,05
Satisfaction générale	85,2	98,1	P<0,05*	89	83,1	91,6	P<0,05*

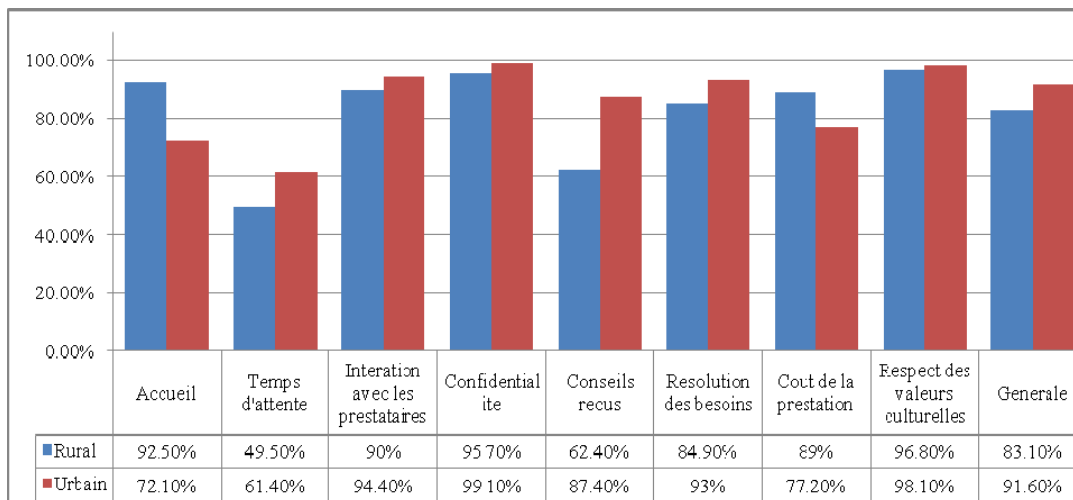
Au seuil de 5%, une différence significative entre les structures privées et publiques est remarquée par rapport à l'accueil et le temps d'attente. Cependant, selon la situation géographique des structures de soins, le niveau de satisfaction des bénéficiaires de soins de santé est plus notoire

dans les structures urbaines (92%) que rurales (83%) et cette différence est significative au seuil de 5%. Une différence significative au seuil de 5% s'observe entre le milieu rural et le milieu urbain, selon le coût de la prestation payée, la résolution des besoins, les conseils reçus, la confidentialité et l'accueil. Quant aux temps d'attente, l'interaction avec les agents de santé et le respect des valeurs culturelles, au seuil de 5%, les structures situées dans le milieu rural ne se démarquent pas de celles situées dans le milieu urbain en ce qui concerne la satisfaction des clients.

Les bénéficiaires de soins de santé sont plus satisfaits de l'accueil et du coût de la prestation payée dans les structures rurales qu'urbaines. Cette différence est significative au seuil de 5% (voir Tableau 4). Quant au respect de la confidentialité, le respect des conseils reçus et la résolution des besoins, les patients fréquentant les structures urbaines sont plus satisfaits que ceux fréquentant les structures rurales.

Dans les structures rurales, c'est le respect des valeurs culturelles qui est le premier élément de satisfaction des bénéficiaires (97%) suivi de la satisfaction de l'accueil (93%) et de l'interaction avec les prestataires de soins (90%). Quant aux structures urbaines, la satisfaction du respect des valeurs culturelles (98%) est suivie de la confidentialité (96%) et de l'interaction avec les prestataires de soins (94%) sont les premiers éléments de satisfaction des bénéficiaires de soins de santé. Quelque soit la situation géographique des structures de santé, les bénéficiaires de soins de santé sont moins satisfaits du temps d'attente avec respectivement 49% de satisfaits dans les structures rurales et 61% de satisfaits dans les structures urbaines.

Graphique 12. Taux de satisfaction des bénéficiaires de soins selon la situation géographique de la structure (n=308).

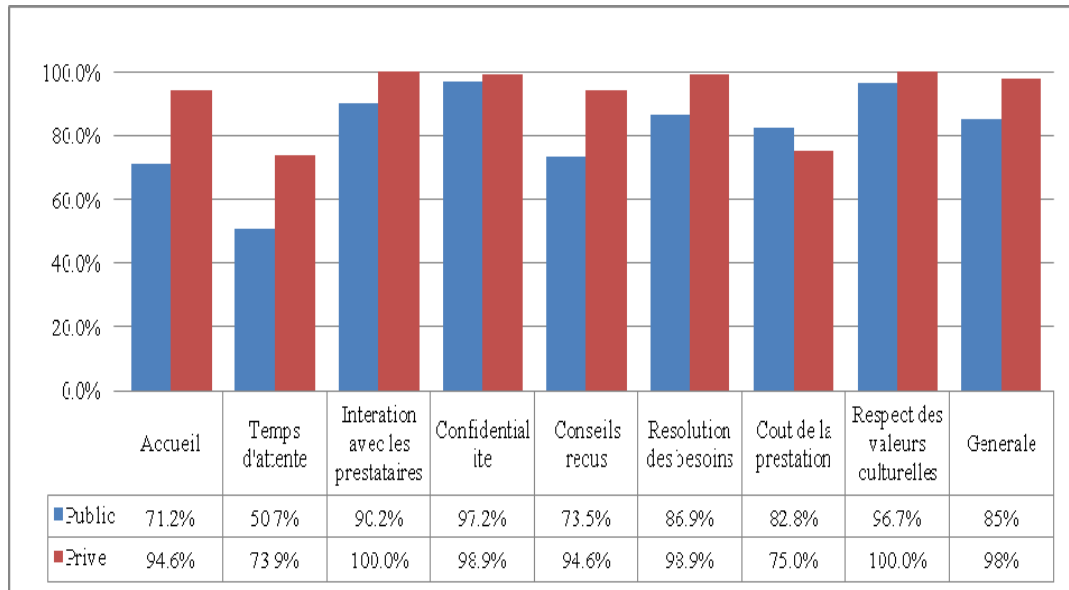


Source : traitement des données de l'enquête check

Si la confidentialité occupe la première place dans la pyramide des satisfactions dans les structures urbaines (99%), le respect des valeurs culturelles prévaut dans les structures rurales (97%). L'on peut toutefois noter que l'on soit dans le rural ou dans l'urbain, le temps d'attente représente le point de faiblesse pour la satisfaction des bénéficiaires, respectivement 49 % et 61%.

L'analyse des facteurs de la satisfaction des bénéficiaires des soins en matière de santé touche une gamme variée de catégories sociales qui sont représentées par des modalités de variables notamment: le sexe, la situation géographique, l'âge du patient, l'état matrimonial, la scolarité, etc. Chacune des modalités de ces variables définit un niveau différentiel de satisfaction par rapport à d'autres.

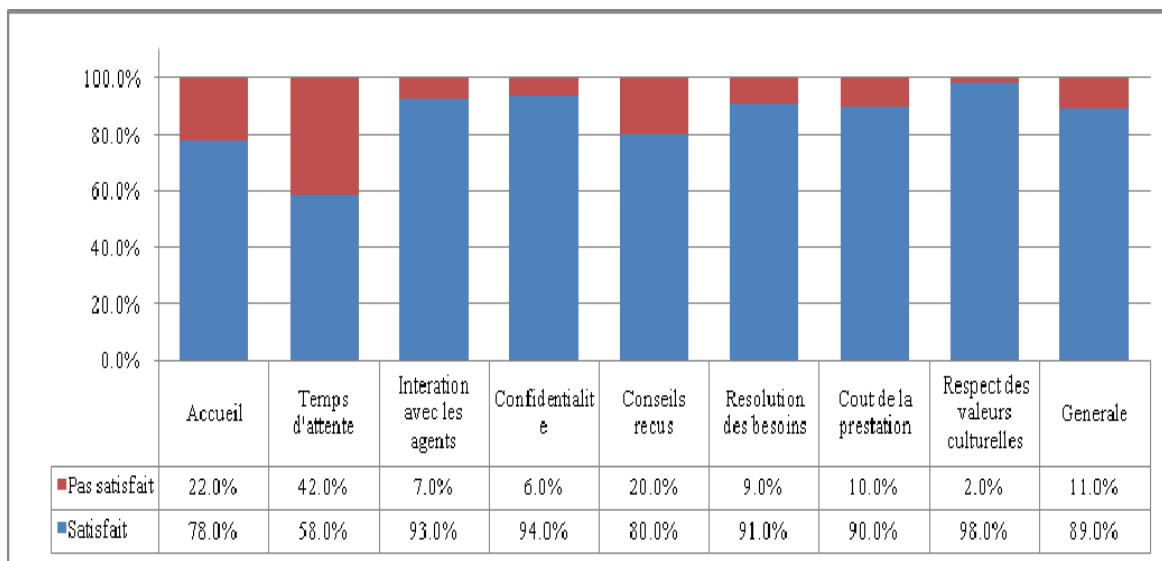
Graphique 13. Taux de satisfaction des bénéficiaires selon le statut de la structure de santé (n=308).



Source : traitement des données de l'enquête des bénéficiaires

Si dans l'ensemble la confidentialité et le respect des valeurs culturelles occupent la première place pour le public et pour le privé, le temps d'attente est le point commun de faiblesse de ces structures. La Figure 13 montre qu'en dehors des coûts de prestation des services, les bénéficiaires sont plus satisfaits dans les structures privées que dans des structures publiques.

Graphique 14. Taux de satisfaction des bénéficiaires sur l'ensemble des facteurs de services de soins de santé reçus (n=308).



Source : traitement des données de l'enquête des bénéficiaires

Satisfaction des bénéficiaires de l'accueil

Dans l'ensemble, 78% des bénéficiaires de soins de santé interrogés, déclarent être satisfaits de l'accueil des agents de santé. En désagrégeant cette situation selon la situation géographique de la structure de santé fréquentée, les bénéficiaires des services de soins de santé sont plus satisfaits de l'accueil dans les structures situées en milieu rural (92,5%) que dans des structures de soins de santé situées en milieu urbain (72%). Cette différence, est significative au seuil de 5%. En partant de l'analyse de la satisfaction des bénéficiaires de l'accueil selon le statut de la structure fréquentée (public ou privé), 94,6% des bénéficiaires fréquentant les structures privées déclarent être satisfaits contre 71,2% des bénéficiaires de soins fréquentant les structures publiques. Cette différence est significative au seuil de 5%.

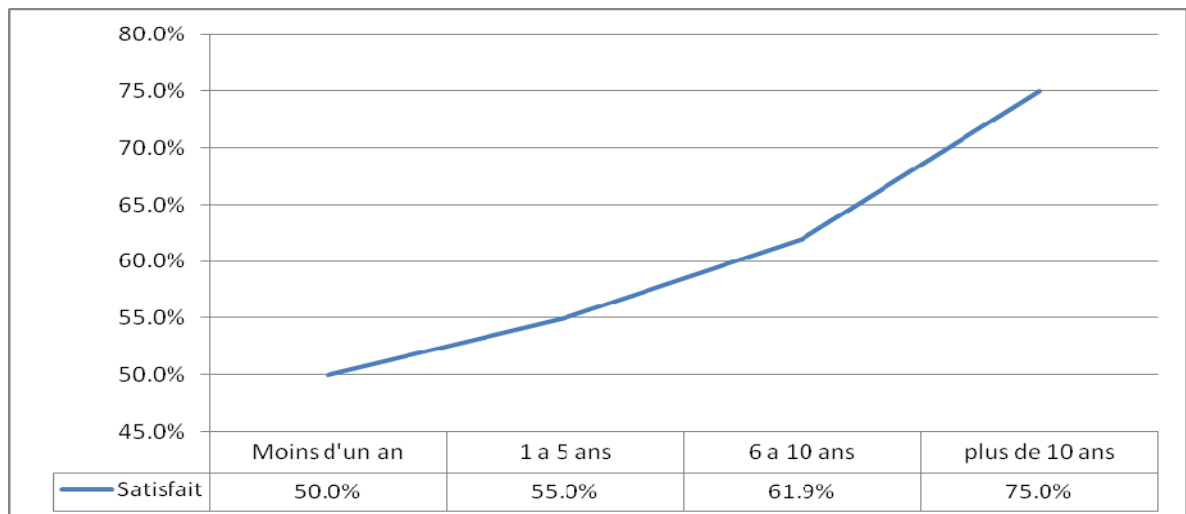
Satisfaction des bénéficiaires du temps d'attente

Le taux de satisfaction des bénéficiaires des services de soins de santé par rapport au temps d'attente est le plus faible. Dans l'ensemble, seulement 58% des bénéficiaires de soins de santé déclarent être satisfaits du temps d'attente. En désagrégeant l'analyse de la satisfaction des

bénéficiaires du temps d'attente selon le statut de la structure fréquentée, au seuil de 5%, nous constatons que les bénéficiaires de soins fréquentant les structures publiques sont les moins satisfaits du temps (50,7% de satisfaits) contre 74,2% de satisfaits dans les structures privées.

En analysant l'effet de la durée d'utilisation de la structures de soins de santé fréquentée sur le niveau de satisfaction des bénéficiaires du temps d'attente, nous remarquons que plus un bénéficiaire fréquente une structure de santé mieux sa satisfaction exprimée est grande (Graphique 15). Au seuil de 5%, la satisfaction du temps d'attente est significativement associée à la durée de fréquentation de la structure de santé. Nous constatons que seulement 50% des bénéficiaires ayant fait moins d'un an et fréquenté un centre de santé déclarent être satisfaits du temps d'attente pour la prestation de service, contre 75% des bénéficiaires ayant fait plus de 10 ans.

Graphique 15: Distribution en % des bénéficiaires de soins satisfaits du temps d'attente selon la durée de fréquentation du centre de santé (n=308).



Source : traitement des données de l'enquête des bénéficiaires

Satisfaction des bénéficiaires de l'interaction avec les prestataires

Dans le cadre de ce présent travail, le niveau de satisfaction des bénéficiaires face à l'interaction avec les prestataires est l'un des plus élevés. En effet, 93% de bénéficiaires de soins de

santé déclarent être satisfaits de l'interaction avec les agents de santé. L'analyse selon le statut de la structure fréquentée, montre qu'au seuil de 5%, une différence significative existe entre les structures privées et publiques. Ainsi, dans les structures privées, tous les bénéficiaires déclarent être satisfaits de l'interaction avec les prestataires de soins. Par contre, c'est 90,2% de ceux fréquentant les structures publiques qui sont satisfaits de l'interaction avec les prestataires de soins.

Satisfaction des bénéficiaires de la confidentialité

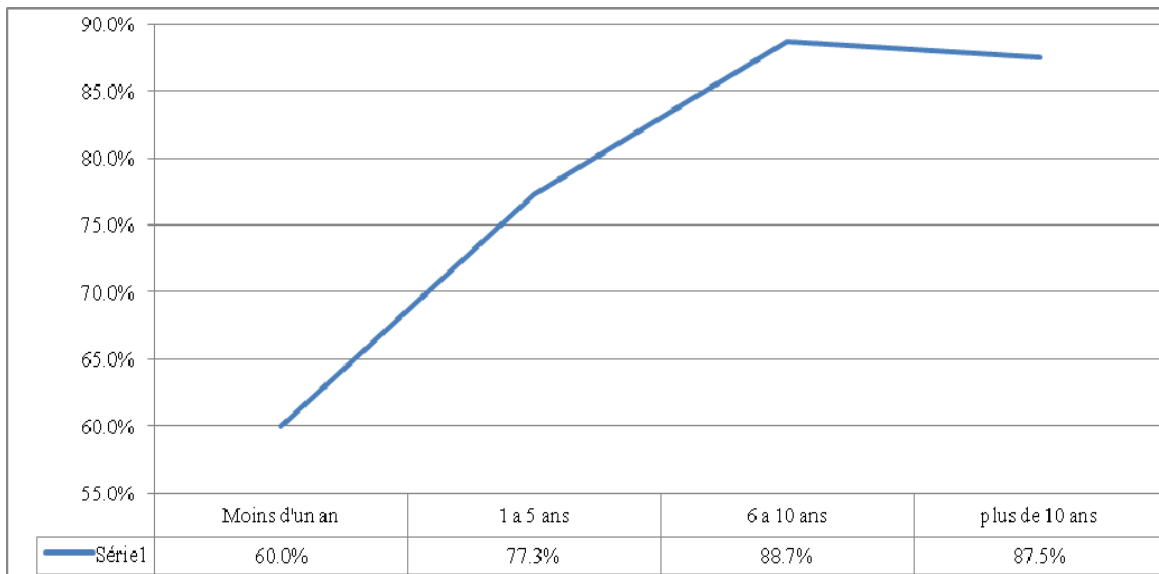
Par rapport à la confidentialité, 94% des bénéficiaires déclarent être satisfaits. Toutefois, l'on peut noter que, malgré ce niveau élevé de satisfaction, la situation géographique de la structure (urbaine et rurale) et le statut de la structure (privé et public) se sont avérés discriminants au seuil de 5% en matière de satisfaction de la confidentialité. Alors que 96,3% des bénéficiaires des soins fréquentant les structures de santé urbaines déclarent être satisfaits de la confidentialité des agents de santé, moins de 90% des bénéficiaires fréquentant les structures rurales sont satisfaites de la confidentialité. A partir des données du Tableau 5, les bénéficiaires de soins fréquentant les structures privées sont plus satisfaits de la confidentialité des prestataires que ceux fréquentant les structures publiques.

Satisfaction des bénéficiaires des conseils reçus des prestataires

Par rapport aux conseils reçus des agents de santé, quatre bénéficiaires de soins sur cinq déclarent être satisfaits (80%). En analysant selon la situation géographique des structures de soins de santé, ce sont celles situées dans le milieu urbain où la performance est plus élevée en ce qui concerne les conseils reçus des prestataires de service. Dans les structures de santé urbaines, 87,4% des bénéficiaires de soins déclarent être satisfaits des conseils reçus, alors que dans les structures de soins de santé rurales, seulement 62,4% des bénéficiaires des soins sont satisfaits. Nous avons constaté aussi que dans les structures de soins de santé privées, 94,6% des bénéficiaires déclarent être satisfaits des conseils reçus; alors que pour des bénéficiaires fréquentant les structures de santé publiques, seulement 73,5% des bénéficiaires de soins sont satisfaits des conseils.

La durée d'utilisation ou de fréquentation de la structure de santé a une incidence significative au seuil de 5% sur la satisfaction des bénéficiaires des conseils reçus. A ce niveau, nous remarquons que 88,7% des bénéficiaires ayant fait 5 à 10 ans d'utilisation du centre déclarent être satisfaits des conseils contre 60% des bénéficiaires ayant fait moins d'un an de fréquentation du centre, alors que 87,5% des bénéficiaires ayant utilisé le centre de santé de plus de 10 ans affichent leur satisfaction.

Graphique 16: Distribution en % des bénéficiaires des soins des conseils reçus selon la durée d'utilisation du centre de santé (n=308).



Source : traitement des données de l'enquête des bénéficiaires

Satisfaction des bénéficiaires de la résolution des besoins

Dans l'ensemble, 91% des bénéficiaires de soins de santé déclarent être satisfaits de la résolution de leurs besoins. Cette proportion met en évidence le niveau de compétence des prestataires de soins. Au seuil de 5%, en désagréant l'analyse de la satisfaction selon la situation géographique de la structure sanitaire, les bénéficiaires de soins fréquentant les structures urbaines sont plus satisfaits (93%) que ceux fréquentant les structures rurales (84,9%). Au même

seuil de 5%, une différence significative s'observe entre les structures privées et publiques. Les bénéficiaires de service de soins fréquentant les structures privées sont plus satisfaits de la résolution de leurs besoins (98,9%) que ceux fréquentant les structures publiques (86,9%).

Satisfaction des bénéficiaires des coûts de la prestation payée

Dans l'ensemble, quatre (4) bénéficiaires de soins de santé sur cinq (5) sont satisfaits du coût de la prestation honorée. Selon la situation géographique de la structure de soins de santé fréquentée, c'est dans les structures rurales que la proportion des bénéficiaires des soins satisfaits du coût de la prestation est plus élevée (88%) contre 77,2% de satisfaits dans les structures urbaines.

Satisfaction générale des bénéficiaires des prestataires de service de soins (SSP)

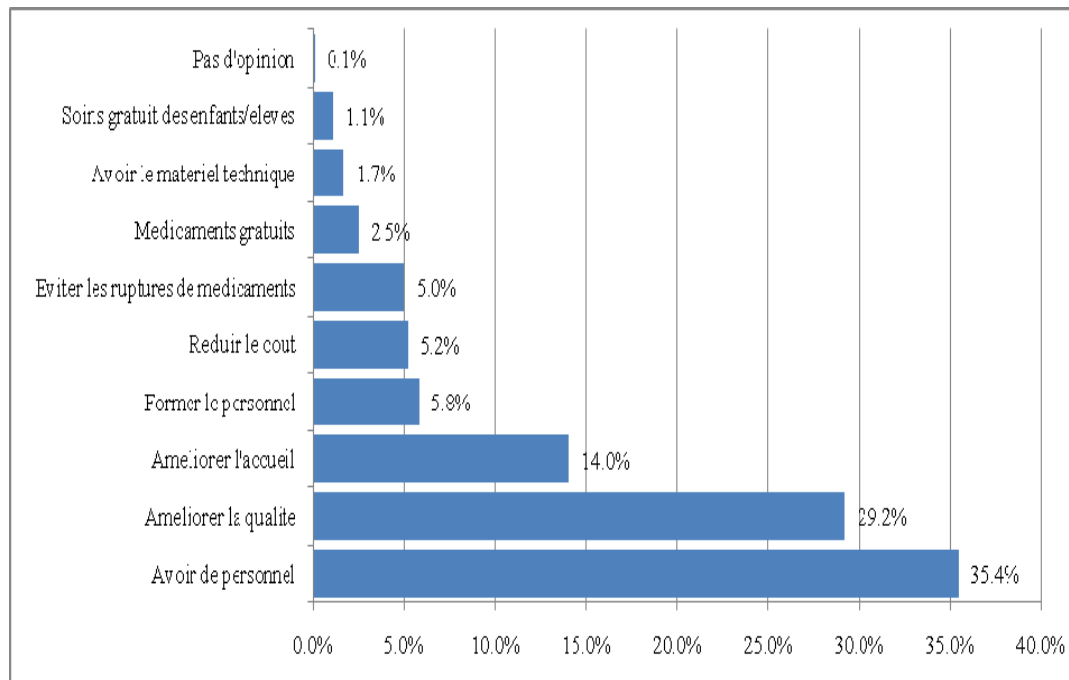
Face à la satisfaction générale, la situation géographique de la structure de soins de santé et son statut représentent des éléments de disparité de la satisfaction des bénéficiaires. Dans l'ensemble, 89,3% des bénéficiaires déclarent être satisfaits quelque soit le service ou le besoin qu'ils demandent. Au seuil de 5%, le statut de la structure de santé et sa situation géographique sont des éléments de discrimination de la satisfaction des clients. En analysant la satisfaction générale selon le statut de la structure sanitaire (public et privé) fréquentée, les bénéficiaires de soins fréquentant les structures privées sont les plus satisfaits (avec 98,2% de clients satisfaits), alors que le niveau de satisfaction générale des bénéficiaires fréquentant les structures publiques est de 85,2%.

Quant à la situation géographique de la structure sanitaire, elle a une influence significative (au seuil de 5%) sur la satisfaction des clients fréquentant les structures sanitaires à Labé. La satisfaction générale des bénéficiaires est beaucoup plus élevée dans le milieu urbain que dans le milieu rural. En effet, 91,6% des bénéficiaires fréquentant les structures sanitaires situées dans le milieu urbain déclarent être satisfaits alors que cette proportion est réduite à la baisse dans le milieu rural avec 83,9% de satisfaits.

Opinions des bénéficiaires pour l'amélioration des services de soins

Sur les 308 bénéficiaires de soins enquêtés, 35,4% ont demandé une amélioration des soins offerts par le personnel de santé dans les structures de santé et ce dans les divers services de la structure. L'amélioration de la qualité des services et des soins a été demandée par 29,2% des bénéficiaires de soins de santé. Par cette amélioration, nous entendons la formation et le nombre suffisant des personnels de santé alors qu'à ceci, s'attache un problème de formation du personnel sanitaire, dont 5,8% des bénéficiaires ont déclaré que c'est la voie du salut pour une amélioration de la performance de la structure sanitaire. Exactement 14% des enquêtés ont déclaré que l'amélioration de la qualité de l'accueil serait un atout significatif pour une meilleure performance. Un patient sur vingt cinq pose le problème de rupture de médicament comme facteur de sous performance des structures sanitaires (Graphique 17).

Graphique 17 : Distribution des bénéficiaires selon les conseils d'amélioration de la performance des structures sanitaires (n=308).



Source : traitement des données de l'enquête check

4.4.3 Observation des autorités et parties prenantes

Selon les autorités, la rupture des stocks des médicaments et le prix onéreux de ceux-ci affectent beaucoup la satisfaction des bénéficiaires. Les structures de santé du milieu rural, sont par conséquent, les cibles de ces sous performances. En exemple, selon un représentant du comité de gestion d'une structure de soins, « *les manques et ruptures de stocks continuels des médicaments sont fortement liés à la mauvaise utilisation des outils de gestion de la structure* ». Et il continue « *le prix des médicaments, occupe une place importante dans la non fréquentation des structures de santé* ». Le manque d'équipement (électricité, frigo, tables, etc.) et de matériels de soins (ciseaux, seringues, etc.) ont été mentionnés comme des facteurs influençant l'efficacité des structures sanitaires.

4.4.4. Supervision et évaluation des structures sanitaires et des prestataires

Le suivi-évaluation constitue un élément essentiel pour la mesure de l'efficacité, de l'efficience et de l'éthique de tout projet ou structure sanitaire. Selon les autorités et les parties prenantes dans l'administration et la gestion des structures de soins de santé, le district sanitaire de Labé a comme problèmes majeurs le manque de supervision, de suivi et d'évaluation des agents de santé par les responsables des structures et les responsables préfectoraux ou régionaux. Cette situation entrave fortement la performance des structures sanitaires dans le district sanitaire de Labé et son environnement. Ce problème tire son origine de la mauvaise gestion que connaissent ces structures et le manque de formation adéquate des responsables et prestataires de service. Le manque de moyens de déplacement et de motivation ont été des obstacles non négligeable de cette sous performance.

4.4.5. Acquisition des logistiques et certains équipements

La logistique est l'une des pièces maitresses pour le bon fonctionnement des structures. L'insuffisance logistique se manifeste, d'une part, par le déficit des moyens de transport pour les responsables des structures de santé (motos, véhicules) et des responsables de certains services de santé (vélo) et d'autre part le manque de carburants pour alimenter les frigorifiques, de panneaux solaires, des batteries, etc. au sein des structures sanitaires.

4.4.6. Subvention des structures de santé par les autorités et les partenaires

La subvention des structures sanitaires en médicaments, équipements, matériels, outils de gestion et de finances pourrait rehausser le niveau de performance des structures sanitaires, surtout en milieu rural. Les structures publiques sont insuffisamment subventionnées par l'Etat. Quant aux structures privées, aucune subvention n'a été signalée.

4.4.7. Rapport de collaboration entre prestataire et les associations villageoises

La nature des rapports entre les prestataires de service et les associations villageoises, laisse à désirer. Seulement trois prestataires de service de soins de santé sur les huit déclarent avoir de bons rapports avec les associations villageoises.

En somme, on retient de cette étude les points suivants :

- Comme points forts, la satisfaction élevée des prestataires de service sur leur formation initiale, la qualité de la collaboration avec les groupes sociaux.
- Comme points faibles, le manque d'approvisionnement en médicaments essentiels ainsi que la médiocrité du plateau technique ne permettent pas d'atteindre une performance satisfaisante. En plus, on note de grandes disparités selon le statut et la situation géographique au détriment des structures rurales ou des structures publiques malgré leur intégration en soins de santé primaire. La qualité et l'effectif des personnels soignants ont été les principales préoccupations des bénéficiaires dans cette section. En plus, la qualité d'accueil, le temps d'attente ainsi que le coût de la prestation payé ont encore été indiqués comme des facteurs à améliorer pour aboutir à une performance souhaitée.
- Il est à noter que des facteurs comme l'interaction avec les prestataires, la confidentialité et le respect des valeurs culturelles, ont été cités comme des éléments qui ont rehaussé le niveau d'efficacité, d'efficience et d'équité des structures sanitaires de Labé jusqu'aujourd'hui.

Monitoring des soins de santé primaires	Tableau 5 : Dimensions de performance des structures de soins de santé primaire			
	Dimensions de performance			
	Efficacité : Est la couverture en termes de résultats obtenus par la structure mesurés par les déterminants (indicateurs)	Efficience : Est le rapport qui existe entre les résultats obtenus et le niveau des ressources investis	Equité : Est la fourniture des soins à tout demandeur, selon les besoins exprimés, sans tenir compte du genre ou du statut socio économique du demandeur	Satisfaction : est l'expression ou la perception des bénéficiaires des soins reçus (réception, traitement, cout de la prestation, dans le respect des ses coutumes et traditions
Disponibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration des SSP dans toutes les structures publiques • Formation des prestataires en matière de SSP quasi assurée • Disponibilité des ressources humaines, matérielles, équipements et outils de gestions dans toutes les structures intégrées • Election des Comité de gestions pour le suivi et la gestion des activités des SSP au sein des structures publiques. 	<ul style="list-style-type: none"> • Appui des programmes bilatéraux pour la formation des prestataires de soins • D'importantes sommes financées dans programmes de lutte contre le paludisme et le SIDA mais leur suivie n'est pas bien assuré et coordonné • Les données recueillies n'ont pas permis de dresser une relation entre les ressources investies et les ressources utilisées 	<ul style="list-style-type: none"> • Répartition géographique assez équitable des structures dans le district sanitaire de Labé • Bonne répartition des ressources matérielles entre les structures rurales et urbaines • Mauvaise répartition des outils de gestion et des ressources humaines en faveur des structures urbaines • Les structures publiques sont intégrées en SSP et supervisées par la DPS au détriment des structures publiques • De nombreuses sources de financement reposent sur l'Etat (insuffisant), les bailleurs de fonds (inconstant) et des communautés (limités) 	
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Le niveau de consultation des maladies quasiment invariable • Disponibilité de système de monitoring dans toutes les structures de SSP publiques • Les structures visitées fournissent l'essentielles des SSSP 	<ul style="list-style-type: none"> • Meilleur résultat pour les services de CPN et de la vaccination • Insuffisance des résultats avec les services de CPC et de PF malgré les ressources engagées par les programmes bilatéraux 	<ul style="list-style-type: none"> • Le paludisme demeure la première cause de consultation • Le niveau de consultation dû au paludisme et des IST est plus élevé dans le milieu urbain que rural • Le niveau de consultation dû aux parasites, la diarrhée, des IRA et de la malnutrition est plus élevé dans le milieu rural qu'urbain 	<ul style="list-style-type: none"> • Ruptures répétées de médicaments essentiels • Coût de consultation non accessible pour toute la population • Faible motivation des agents de la santé.

Couverture adéquate	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les ressources et services requis pour le SSP sont disponibles, accessibles • Toutes les ressources et services requis pour le SSP sont utilisés 	<ul style="list-style-type: none"> • Meilleur résultat pour la CPN et la vaccination • L'utilisation des services de SSP soins est affectée par le manque de personnel qualifié et le comportement de certains prestataires 	<ul style="list-style-type: none"> • L'équité est mieux respectée dans les milieux public et rural • Il n'y a pas de différence significative en matière d'accessibilité financière entre le privé et le public bien que la satisfaction générale est plus importante dans les structures publiques
Couverture effective	<ul style="list-style-type: none"> • L'étude ne permet pas de conclure l'impact des services de SSP dans le district sanitaire de Labé • Les indicateurs généraux de santé n'ont pas changé dans le district sanitaire de Labé comparé à la moyenne nationale • L'étendu et le nombre de structure ne permettent pas à la méthode d'analyse utilisée (descriptive) de montrer un impact attribuable aux structures 		
Synthèse de la performance	<ul style="list-style-type: none"> • Plus de 8 bénéficiaires de soins de santé sur 10 sont satisfaits de l'interaction, la résolution des besoins, la confidentialité, le respect des valeurs culturelles et des conseils reçus • La disponibilité et l'accessibilité des services techniques au sein des structures publiques est aux environs de 80% • L'utilisation des services de CPN et vaccination au sein des structures publiques est aux environs de 80% • L'utilisation des services de CPC et PF au sein des structures publiques ne dépasse pas 50% • La couverture effective des services CPN et vaccination au sein des structures publiques est aux environs de 80% • La qualité des services est fonction de la durée d'utilisation des services 		<ul style="list-style-type: none"> • Généralement la satisfaction des bénéficiaires est plus exprimée pour les structures urbaines comparée à celle des structures rurales (92% contre 83%)
Justifications	<ul style="list-style-type: none"> • Au niveau des autorités, le manque de financement, la mauvaise répartition et l'inconsistance des ressources de la part des bailleurs de fond, et le faible niveau d'engagement des prestataires des services sont des facteurs de contre performance. • Au niveau des prestataires, l'insuffisance de personnels formés en milieu rural, la rupture de stock en médicaments essentiels, le faible niveau de motivation, le manque d'appropriation des structures par les communautés, le manque de supervision formative sont des éléments de contre performance. • Au niveau des bénéficiaires, le faible niveau d'accueil, la qualité des services, le faible niveau de formation des prestataires, le temps d'attente sont entre autres les facteurs qui limitent la performance des structures de santé. 		

CHAPITRE 5 – DISCUSSION DES RÉSULTATS

Dans les sections précédentes, la mise en œuvre de méthodes d'analyses uni variées et bi variées a permis d'évaluer la performance des structures de santé étudiées. Les résultats des analyses seront discutés en tenant compte du contexte guinéen fournis par la revue de la littérature. Cette discussion se fera aussi en lien avec les facteurs liés à la performance des structures.

5.1. Infrastructures et équipements des structures soins de santé primaires

La Banque mondiale (1993) et Kaendi (1994) soutiennent que la qualité des infrastructures de santé et leur mode de fonctionnement déterminent l'utilisation des services de santé moderne. Lule et Sembatya (1995) estiment de leur côté que, dans le district de Mangochi (Malawi), uniquement 25 % environ des femmes (sur les 390 ayant accepté de se prêter aux enquêtes) ont pu accoucher au centre de santé de Nankumba, alors que 90 % le voulaient. Cet écart se justifie par des problèmes d'infrastructures sanitaires qui non seulement sont insuffisantes et en mauvaise état mais aussi situées à des dizaines de kilomètres de leurs habitats. A Labé, nos résultats ont montré que la majorité des structures sanitaires sont bien construites, en bon état, et assez bien équipées au niveau du plateau technique de base de soins de santé primaire. En plus, elles possèdent tous les services techniques fonctionnels notamment la Consultation Primaire Curative (CPC), la Consultation Périnatale et Planification familiale (CPN-PF), la Vaccination (VA), le service de vente des médicaments et un Comité de gestion (Cogest). Au plan de la qualité de gestion des fournitures, on a noté l'existence des registres de consultation, les carnets de soins, les carnets de vaccination, les fiches de suivi, les fiches d'inventaire de médicaments, les tables de consultation primaire curative et de consultation périnatale dans toutes les structures sanitaires. Seulement deux structures sur les neuf ne possèdent pas de services de laboratoire.

En l'absence de systèmes d'approvisionnement et de logistique fonctionnelle, un réseau de soins primaires ne peut pas fonctionner correctement. Selon l'OMS 2008, au Kenya, les enfants sont désormais bien mieux protégés contre le paludisme depuis que les services locaux leur fournissent des antipaludiques et des moustiquaires imprégnées d'insecticide. Cela n'a été possible que parce que les activités de soins primaires ont été soutenues par une initiative nationale bénéficiant d'un ferme engagement politique et d'un marketing social actif et d'un fort appui

national en matière d'approvisionnement et de logistique. L'environnement en général (infrastructures et équipement) est alors propice à la performance désirée¹⁰.

Les résultats de notre étude montrent que trois structures sanitaires sur neuf ne possèdent pas de magasin de stockage de médicaments. Les prestataires et certains hauts responsables de la santé ont signalé et déploré les fréquentes ruptures de stock de médicaments dans les structures de santé du district.

5.2 Formation des agents de santé

La qualité de la formation dispensée au personnel de santé est un problème à dimension mondiale qui ne se limite certainement pas qu'aux pays à faibles revenus. Selon l'OMS 2008, la santé dépend dans une large mesure de l'importance et de la répartition des infrastructures sanitaires et de l'encadrement médical y compris la formation des agents et les fournitures de soins. Dans certains pays de l'Afrique au sud du Sahara, le corps médical est marqué par la concentration des prestataires de soins dans une localité ou un service donné. Les ressources humaines paramédicales formées sont insuffisantes en quantité, et souvent concentrées dans les centres urbains au dépend du milieu rural. Les formations reçues sont souvent inadaptées aux problématiques sanitaires nationales, et parfois exclusivement théoriques (OMS, 2008). Ces deux faits expliquent, d'une part, la multiplication des structures privées qui ne profitent qu'à une frange aisée de la population et, d'autre part, l'expansion non contrôlée des soins informels de moindre qualité principalement utilisés par les patients les plus démunis, avec parfois des conséquences graves pour leur santé.

Les résultats de notre étude montrent que dans le district sanitaire de Labé, la majorité des chefs de structures de santé enquêtés sont formés. Ils déclarent être satisfaits de leur formation initiale, de leurs formations sur les soins de santé primaire (SSP) et de la formation additionnelle reçue des autres programmes bilatéraux. Tout le problème réside dans la concentration des agents dans les structures du milieu urbaines au détriment du milieu rural où les besoins en soins sont plus grands.

¹⁰ Rapport sur la santé dans le monde, 2008, (OMS)

5.3 Résultats des monitorages semestriels

Selon Bruno Bouchet (2007), un système de monitoring consiste en un processus de collecte régulière et d'analyse d'un ensemble fondamental d'indicateurs (déterminants de SSP). Le système fournit des données qui peuvent être utilisées pour évaluer les problèmes, prendre des décisions pour améliorer la situation et suivre les progrès¹¹.

A Labé, à l'image des autres districts sanitaires du pays, de grandes disparités s'observent entre les milieux urbain et rural. Quand au niveau des services de consultations curatives, il n'y a pas eu de changement réel, ceci s'explique par la croissance de la demande pour ces services alors que le nombre d'agents est insuffisant (avec un ratio d'un agent formé pour 7000 demandeurs de service). D'autres éléments d'explication du faible niveau des services de consultation curative sont entre autres le manque de motivation des prestataires, les ruptures de stock de médicaments essentiels, le manque de supervision de la part des autorités du district et l'affectation inadéquate des agents formés. Tout ceci influence la performance des structures.

Les résultats de notre étude ont montré aussi que le niveau de la couverture effective des services de planning familial est toujours faible, moins de 5%. Ceci s'explique non seulement par la situation sociale et historique du pays (pro nataliste), le désir des couples d'avoir des enfants, le niveau d'information des populations sur les avantages de l'utilisation des contraceptifs modernes. Selon le Directeur préfectoral de Labé, la baisse du taux d'utilisation des services de la planification familiale et de la consultation primaire curative s'expliquerait entre autres par le faible niveau de la supervision formative, le désintérêt grandissant des agents de santé, les ruptures de stock des contraceptifs et des médicaments essentiels, le faible niveau d'information de la population et le désir des femmes d'avoir des enfants.

Dans l'ensemble, la couverture des services techniques de soins de santé primaires dévoile une image déplorable. La sous performance des structures de santé est très perceptible au niveau des services de planification familiale et de la consultation primaire curative et ce, malgré des efforts consentis par les programmes bilatéraux (PSI, PAM, OMVS etc.).

¹¹ B. Bouchet, 2007 « Le Monitoring de la Qualité des Soins de santé primaires » Bethesda, USAID, page 4.

Dans l'ensemble, la disponibilité et l'accessibilité des services de santé sont satisfaisants bien que leur utilisation soit très faible; ce qui influence la couverture adéquate, la couverture effective et la satisfaction des bénéficiaires.

5.4. Satisfaction des prestataires

Selon les résultats de l'étude, seulement, six chefs de structures de santé sur les huit interviewés sont satisfaits de la Communauté bénéficiaires des services de soins. Par exemple, selon un chef de centre de santé « *Il existe quelques faiblesses dans la supervision et des lacunes organisationnelles qui influencent négativement la qualité des services* ». Six sur les huit des chefs de structures interviewés déclarent être satisfaits des superviseurs préfectoraux (DPS) et ce, avec une grande disparité selon la situation géographique des structures de soins (dans les structures rurales, deux prestataires de soins sur trois sont satisfaits des superviseurs préfectoraux contre quatre prestataires sur huit en milieu urbain). Malgré la faible fréquence des supervisions, les superviseurs apportent quelques appuis techniques, assurent la formation continue et facilitent la résolution des problèmes dans les structures de soins de santé.

En percevant la santé comme un objectif idéal et non un « bien » marchand, on peut aisément comprendre pourquoi la demande de santé reste proportionnelle à l'intensité et/ou au degré d'exposition des populations aux maladies (Beresniak et coll. 2001).

En Guinée, à l'instar de nombreux pays en développement, plusieurs cas de maladies comme les maladies endémiques (paludisme, infections respiratoires, maladies diarrhéiques, etc.) sont enregistrées. Ces maladies nécessitent, d'importantes ressources financières pour être éradiquées. La baisse des ressources financières des hôpitaux a conduit nécessairement à une baisse de l'offre de santé qui, à son tour, exerce un effet négatif sur la demande de santé, la baisse de la « demande induite » (Mohamed, 2008). Une étude réalisée par le Ministère de la santé guinéenne en association avec la caisse de coopération allemande (GTZ) en 1991, révèle que, dans les préfectures de Kissidougou et de Guéckédou, de nombreux paysans sont obligés de vendre au moins un animal, hypothéquer leur bien de production ou leur culture pour faire face à des cas d'hospitalisation d'urgence. Selon la même source, entre 25 et 50 % des ménages enquêtés déclarent, pour des raisons financières, devoir décaler de quelques jours le recours aux centres de santé.

Le comité de gestion, qui a la charge du fonctionnement des structures de santé, du

recouvrement des coûts, du développement d'activités génératrices de revenus, etc., est l'organe qui pérennise les structures. Sept chefs de structures de santé sur les huit interviewés déclarent être satisfaits du comité de gestion. Selon un chef de centre, *«Il existe un système de motivation au niveau de la fonction publique mais il n'est pas fonctionnel actuellement. Les Organisations Non Gouvernementales (ONG) et les comités de gestion des centres de santé reconnaissent le travail bien fait mais il n'existe pas de critères ni de systèmes structurés de prime d'encouragement ».*

5.5. Satisfaction des bénéficiaires

La satisfaction des bénéficiaires des soins de santé primaire fait partie intégrante de la performance des structures de santé. En effet, l'inadéquation entre les attentes et les prestations constitue une cause de préoccupation pour les autorités sanitaires (OMS, 2008). Dans les structures de soins de santé, le prestataire assume la responsabilité de la satisfaction de la personne qui vient le consulter pendant la durée de la consultation. La continuité des soins et l'utilisation des SSP en dépendent fortement. Selon (Koichiro et coll. 2005),

“Patient satisfaction is a subjective judgment of the quality of care, but it is a driving force when patients have a choice of providers or the opportunity to recommend a provider to others. Satisfied patients return when they need a healthcare service and recommend their provider to friends and relatives when those individuals are searching for an appropriate healthcare provider. Dissatisfied patients seldom return when they have other choices, and they relate their negative experiences to others. Thus, it is very important to improve patient satisfaction levels, especially in today's competitive healthcare environment in which managed care companies use patient satisfaction as a tool in determining their reimbursement rates”.

Notre étude montre que la majorité (89 %) des bénéficiaires de soins de santé déclare être satisfait (en général). La satisfaction est plus notée dans le respect des valeurs culturelles, la confidentialité et l'interaction entre bénéficiaires et agents de santé. Le temps d'attente, l'accueil, les conseils reçus et le coût de la prestation représentent les points faibles.

De ce qui précède, l'on peut donc se demander comment expliquer cette satisfaction lorsque le taux de fréquentation et de couverture effective est faible pour la plupart des sévices. Selon un responsable de Comité de gestion, *« Cette ambigüité s'explique par la nature humaine*

«soumise » qui caractérise les guinéens en général. On note une tendance de satisfaction sur presque toutes les activités des autorités publique alors que ca ne va vraiment pas ».

Le problème de ressources financières est l'un des facteurs importants avancés comme élément faisant obstacle à l'accès aux services de santé dans certaines études en Afrique au sud du Sahara. Selon Donatien Dibwe dia Mwembu, et coll. (2005), la plupart des bénéficiaires de soins de santé conditionne la qualité des soins aux moyens financiers du patient. Les structures de soins sont perçues par ces mêmes bénéficiaires comme une formation médicale bien pourvue en spécialistes; mais l'accès à ces services est ainsi fonction de la richesse du malade. Des études empiriques faites au Tchad par Wyss et Nandjinger (1995), au Kenya par Ndhlovu (1994) et au Niger par Meuwisen (2002) ont montré que l'introduction de la participation financière aux soins par les usagers discrimine les personnes à faibles revenus, car la demande de soins de santé est une fonction croissant du niveau de revenu. Elle est d'autant plus forte que le niveau de revenu est élevé.

Touré (2002) nous apprend, dans une étude portant sur la demande de soins au Mali, qu'en présence de services sanitaires de qualité, l'effet négatif des frais d'accès aux soins n'affecte pas leur utilisation. Autrement dit, les populations seraient prêtes à assumer cette charge à condition de bénéficier d'une prestation plus qualifiée. Les résultats de l'étude empirique menée par Mariko (2003) sur le Mali, portant sur « l'accès aux soins et qualité », confirment cette conclusion. Voilà ce qui justifie que 10% des bénéficiaires de soins de santé ont des opinions mitigées sur la satisfaction du coût de prestation payée dans cette étude. Selon un chef de communauté Rurale de Développement (CRD) « *On n'envisage que sans argent, pas de soins (efficaces). Bien sûr, il y a un personnel compétent, mais c'est l'argent d'abord !* ». Ceci confirme les résultats de Mariko (2003) sur le Mali.

Dans l'interaction entre personnel soignant et patient, l'accueil peut s'avérer déterminant non seulement sur l'appréciation de la qualité des soins mais aussi sur la fréquentation; ceci pourrait justifier les raisons pour lesquelles, dans les structures privées, plus de 95% des bénéficiaires de soins sont satisfaits de l'accueil contre 71% dans les structures publiques. Les résultats de cette étude confirment ceux de la recherche menée en 2000 par l'Observatoire du changement urbain en RDC (Petit, 2003 : 164-165) dont les conclusions se résume ainsi : « *Si les membres de beaucoup de ménages préfèrent aller dans les établissements privés, c'est parce que*

l'accueil dans les établissements publics laisse à désirer. Ceux qui ne fréquentent pas ces derniers établissements font souvent état du manque de courtoisie qui caractérise le personnel soignant ».

On reproche aussi à certains agents de santé de se montrer beaucoup plus aimables et disposés à rendre de bons services dans leurs structures (polycliniques) privées. Ainsi les patients plus fortunés sont implicitement orientés vers ces établissements, où les honoraires perçus sont bien supérieurs à ceux qui ont cours dans les institutions publiques.

Bâtir une relation durable prend du temps. Il ressort de certaines études qu'il faut entre deux et cinq ans pour l'atteindre pleinement¹². Le contact avec la même équipe de prestataires de soins forge, avec le temps, une relation de confiance entre le patient et le personnel soignant¹³. A titre d'illustration, les résultats de cette étude montrent que la durée d'utilisation ou de fréquentation de la structure de santé a une incidence significative sur la satisfaction des bénéficiaires selon les conseils reçus. Nous avons constaté que 89% des bénéficiaires ayant fait 5 à 10 ans d'utilisation du centre déclarent être satisfaits des conseils reçus contre 60% des bénéficiaires ayant fait moins d'un an de fréquentation du centre. Dans le même ordre d'idée, 88% des bénéficiaires ayant utilisé le centre de santé de plus de 10 ans affichent une satisfaction générale élevée. Les mêmes observations sont faites sur la satisfaction des bénéficiaires de soins sur le temps d'attente. Nous constatons que plus un bénéficiaire fréquente longtemps une structure de santé, plus sa satisfaction augmente. Ceci s'illustre par le fait que seulement 50% des bénéficiaires ayant fait moins d'un an à fréquenter un centre de santé déclarent être satisfaits du temps d'attente pour la prestation de service contre 75% des bénéficiaires ayant fait plus de 10 ans.

Les professionnels de la santé ont tendance à respecter davantage et à mieux comprendre les patients qu'ils connaissent bien, ce qui crée une interaction plus positive et une meilleure communication¹⁴. Ils sont en mesure de percevoir et d'anticiper plus rapidement les obstacles à la continuité des soins, assurer le suivi des progrès et évaluer comment le fait d'être atteint d'une

¹² Starfield B. 84. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York, Oxford University Press 1998.

¹³ Schoenbaum SC. The medical home: a practical way to improve care and cut costs. 112. Medscape Journal of Medicine, 2007, 9:28

¹⁴ Beach MC. Are physicians' attitudes of respect accurately perceived by patients 113. And associated with more positive communication behaviors? Patient Education and Counseling, 2006, 62:347–354 (Epub 2006 Jul 21)

maladie ou d'une incapacité affecte la vie quotidienne d'un individu. Mieux avertis des circonstances dans lesquelles les gens vivent, ils peuvent ajuster les soins pour répondre aux besoins particuliers du patient et détecter des problèmes de santé à un stade précoce.

Dans cette étude, l'interaction patient-professionnel de santé et la qualité des conseils reçus est plus prononcée dans les structures privées que celle située en milieu urbain. Dans l'ensemble, 80% des bénéficiaires de soins de santé sont satisfaits des conseils reçus.

Il ne s'agit pas seulement de susciter la confiance et la satisfaction des patients, même si c'est extrêmement important¹⁵. Cela vaut la peine, car cela permet d'améliorer la qualité et les résultats. Les patients qui font appel à la même source de soins pour tous leurs besoins sanitaires ont tendance à mieux suivre les conseils qu'ils reçoivent, à moins de recourir aux services d'urgence où, à moins de devoir être hospitalisés et sont plus satisfaits des soins qui leur sont dispensés¹⁶. La reconnaissance sociale, engendrée par de tels rapports, renforce la motivation. Pourtant, même des professionnels de la santé dévoués ne saisiront pas ces occasions spontanément. L'interface entre la population et ses services de santé doit être conçue de manière à ce que non seulement ce soit possible, mais que cela tende à devenir la norme.

Les structures de santé font ressortir leurs performances par la satisfaction des bénéficiaires en termes de respect des valeurs culturelles et de la confidentialité. Cela est dû au fait qu'il n'y a pas de différence en matière culturelle entre les prestataires de soins et les bénéficiaires; ce sont deux groupes de personnes qui sont confondus et qui partagent la même sensibilité culturelle. C'est ainsi que 98% déclarent être satisfaits du respect des valeurs culturelles et 94% des bénéficiaires de soins de santé déclarent être satisfaits de la confidentialité des prestataires.

A l'issue de cette étude descriptive touchant neuf structures de SSP de Labé. On trouve que, dans la grande majorité des cas, les conditions d'intégration et de fonctionnement des structures sont réunies. Cependant, l'utilisation des structures et la couverture constituent les points de faiblesse pour certains services comme la consultation primaire curative et la PF. Quant aux services de vaccination et de consultation prénatale, il y a eu une amélioration importante. Les prestataires, bien que satisfaits de leur formation, continuent à se plaindre de leur rémunération et autres avantages reçus, surtout dans les structures publiques et rurales. Les bénéficiaires, quant à

¹⁵ Farmer JE et al. Comprehensive primary care for children with special health care 114. needs in rural areas. *Pediatrics*, 2005, 116:649-656

¹⁶ Gill JM, Mainous AGI, Nsereko M. The effect of continuity of care on emergency 98. department use. *Archives of Family Medicine*, 2000, 9:333-338

eux, se plaignent du temps d'attente, de l'accueil, des frais élevés des prestations et des conseils reçus des prestataires. Les districts sanitaires, dans l'ensemble, souffrent d'insuffisance de personnel, de la mauvaise répartition des agents formés, de ruptures de stocks en médicaments essentiels et de la faiblesse de la supervision par les autorités sanitaires.

En somme, nous retenons de cette étude les points suivants: à titre de point forts, la satisfaction importante des prestataires de service quant à leur formation initiale, la qualité de la collaboration avec les groupes sociaux. À titre de points faibles, le manque d'approvisionnement en médicaments essentiels ainsi que la médiocrité du plateau technique ne permettent pas d'assurer une performance adéquate. En plus, on note de grandes disparités selon le statut et la situation géographique au détriment des structures rurales ou des structures publiques malgré leur intégration en soins de santé primaire. La qualité et l'effectif des personnels soignants ont été les principales préoccupations des bénéficiaires dans cette section. En plus, la qualité d'accueil, le temps d'attente ainsi que le coût de la prestation payé ont encore été signalés comme des facteurs à améliorer pour aboutir aux performances souhaitées. Il faut noter que des facteurs comme l'interaction avec les prestataires, la confidentialité et le respect des valeurs culturelles, ont été cités comme des éléments qui ont rehaussé le niveau d'efficacité, d'efficience et d'équité des structures sanitaires de Labé jusqu'aujourd'hui.

5.6 Limites de la recherche

En dépit des résultats intéressants obtenus en regard des objectifs de la présente étude, on note cependant certaines limites qu'il convient de souligner :

- Le type d'étude et l'échantillonnage réduisent la validité externe de la recherche. La recherche descriptive ne couvrant que 50% de la totalité des structures d'un district sanitaire ne fournit pas de résultats nécessairement représentatifs des autres structures de la région et de celles du pays tout entier. La généralisation doit donc être faite en s'assurant que le contexte est similaire.
- La mauvaise qualité des documents administratifs a influencé négativement la validité interne de l'étude.

- Les troubles sociopolitiques qui sont se produits en Guinée simultanément à la réalisation de notre étude ont influencé la qualité des collectes des données à cause de l'interruption de la collecte de données en période de trouble.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

En Guinée, depuis 1984, l'ensemble des structures de soins ont intégré le programme de Soins de santé primaires et Médicaments essentiels (PEV-SSP/ME). Des ressources humaines et financières importantes ont été investies mais les indicateurs de santé du pays sont toujours parmi les plus alarmants du monde (EDS-2005). L'impact de ce programme a toujours été une priorité tant pour le Ministère de la Santé publique que pour les partenaires au développement de la Guinée.

Toutes les structures publiques du district sanitaire à l'étude sont intégrées. Malgré cela, cette étude montre que :

- La tendance moyenne des consultations affiche une allure sinusoïdale. Bien que disponibles et accessibles, l'utilisation et la couverture effective des services CPC et PF n'ont pas changé de façon significative ou attendue. Par contre, la tendance moyenne des déterminants pour la CPN et la Vaccination se sont fortement améliorées au cours de la période d'étude. Les prestataires de services SSP sont assez satisfaits de leur formation reçue mais estiment qu'ils ne sont pas suffisamment motivés et se plaignent du faible niveau d'approvisionnement en médicaments essentiels,
- Les bénéficiaires interrogés limitent leur satisfaction au respect de leurs valeurs culturelles et de leur interaction avec les prestataires de soins.
- Les bénéficiaires se plaignent du long temps d'attente, de la mauvaise qualité de l'accueil réservé, des coûts des prestations et de l'équité comme éléments de contreperformance des structures de SSP.
- Pour les autorités et autres parties prenantes, la rupture des stocks en médicaments essentiels et le manque matériels et d'équipements ainsi que la faible motivation des prestataires sont des facteurs importants qui entravent la performance des structures sanitaires surtout en milieu rural.
- Le modèle théorique d'évaluation de la performance des structures de soins de santé primaires développé initialement par Margaret E.K et coll. (2008) est bien adaptée. Il pourrait être appliqué à d'autres études similaires.

Nos recommandations vont principalement au Gouvernement de la République de Guinée et ses partenaires de développement notamment l'UNICEF, L'OMS et l'USAID qui ont tous fait montre d'intérêt dans l'amélioration de la performance des structures et du Système de santé de la Guinée en désirant financer et organiser une étude d'envergure nationale avec des ressources suffisantes pour obtenir des résultats plus représentatifs de la performance des structures de soins de santé du pays. Ces objectifs sont définis dans le rapport OMS-2008 sous la forme d'une série de réformes qui reflètent une convergence entre les valeurs des soins de santé primaires, les attentes des citoyens et les défis communs en matière de performance sanitaire qui se retrouvent dans les pays en voie de développement. De façon concrète, nous recommandons aux gouvernants et politiques, aux organisations non gouvernementales d'assurer une mise en œuvre plus efficace des soins de santé primaires. Dans ce cadre, la planification et la fourniture des services de soins de santé primaire doivent être faites avec persévérance, tout en adoptant une approche multisectorielle adhérent aux principes suivants :

- Les services de santé doivent être accessibles à tous, sur une base équitable, et encourager au maximum la participation de l'individu et de la communauté dans la planification et la mise en œuvre opérationnelle des services; la concentration de l'attention sur la prévention de la maladie et la promotion de la santé; la promotion de technologies appropriées et abordables, ainsi que la promotion d'une approche multisectorielle nécessaire à la réalisation du bien-être de la société.
- En matière de soins de santé, l'accent doit être mis sur l'individu, la famille et la communauté qui ont besoin des services, qu'il s'agisse de services visant la promotion de la santé, la protection contre la maladie et l'invalidité.
- La formation des fournisseurs de soins de santé doit être scientifique et respectueuse de la déontologie et doit reconnaître la primauté des déterminants sociaux de la santé.
- Les fournisseurs de soins de santé doivent respecter les droits de l'individu, de la famille et de la communauté à prendre une décision en toute connaissance de cause, quant aux soins et aux traitements afférents.
- Les résultats des recherches et l'évaluation des progrès technologiques doivent être diffusés directement aux demandeurs et aux bénéficiaires des services de soins.
- À l'appui des soins de santé primaires, on estime particulièrement important que ces concepts soient intégrés à tous les niveaux de l'enseignement des soins ; et, que le rôle des

infirmières dans ce domaine soit renforcé et articulé à tous les échelons, aux plans international et national.

De ce qui précède, on pense que le développement de soins de santé globaux et intégrés permettant d'offrir aux populations des solutions cohérentes à leurs problèmes de santé reste la voie privilégiée pour l'organisation des services de santé, y compris en situation critique. Elle seule en effet permet une appropriation à long terme, une efficacité optimale et une équité permettant ainsi de contribuer à la stabilisation politique de ces régions du monde où il importe non seulement de sauver des vies mais également de construire un futur pour l'ensemble de la société.

BIBLIOGRAPHIE

- (Contandriopoulos, 2007) Aday. LA and al. (1993). *Evaluating the Medical Care system, Effectiveness, Efficiency and Equity*. Health Administration Press (University of Michigan Health).
- Cellule Médicaments Essentiels. (2005). *Revue annuelle des soins de santé primaires (PEV SSP ME)*. Retrieved from www.srp-guinee.org/download/dsrp/plan%20de%20strategie%20de%20santé.doc
- Champagne F, & Contandriopoulos P et al. (2005). Un Cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé: Model EGISPS. GRIS. Retrieved from <http://www.gris.umontreal.ca/rapportpdf/N05-02.pdf>
- Contandriopoulos, A.-P. (Ed.). (2007). *Analyse du système de santé -Tome II-Recueil de textes-ASA 6701*.
- Dr Yero Boye. (2003). *Plan National de Développement Sanitaire 2003 -2012, les Soins de santé primaires (SSP) médicaments essentiels du PEV SSP ME et les grossistes privés*. Retrieved from www.santétropicale.com/guinee/plan_national_de%20developpement_sanitaire.
- MACRO EDSG Guinea. (2005). *Enquête Démographique et de Santé de Guinée (EDSG-2005)*. Retrieved from www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?ID=582&srchTp=ctry.
- Murray, L., Christopher, J., & Frenck, J. (2000). Un cadre pour l'évaluation de la performance des systèmes de santé. *Bulletin d'Organisation mondiale de la Santé*, 3, 152-165.
- OMS. AFRO. (2008). *LA CONFERENCE INTERNATIONALE SUR LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES ET LES SYSTEMES DE SANTE* Paper presented at the LA CONFERENCE INTERNATIONALE SUR LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES ET LES SYSTEMES DE SANTE, OUAGADOUGOU
- Organisation Mondiale de la Santé. (2007). *Suivi de l'état de santé du monde, Actualité et dossier en santé publique. International*, 8.
- Organisation Mondiale de la Santé, O. (2008). Déclaration d'Alma-Ata (mise à jour). In OMS (Ed.). *Organizations*, P. P. (2007). *The National Health Performance program, User Guide*.
- PEV/SSP/ME, P. (2003). *RAPPORT DE MISE EN CEUVRE DE LA STRATEGIE DE REDUCTION DE LA PAUVRETE - Version HTML/(PEV/SSP/ME)*. Retrieved from [www.gn.undp.org/Docs/Rap_mise%20en%20oeuvre%20de%20la%20SRP%20\(Déc%202003\)](http://www.gn.undp.org/Docs/Rap_mise%20en%20oeuvre%20de%20la%20SRP%20(Déc%202003)).
- Preston. RH. (1986). *Mortality and development revisited. Population buletin of United Nation*.
- Tarimo E, Webster EG, (1997). Primary health care concepts and challenges in a changing world: Alma-Ata revisited. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1997 (Current Concerns ARA paper No. 7).
- Touré, L. (2002). « Recherche socio-anthropologique sur la politique communautaire et son acceptabilité par la population dans la zone sanitaire de Sélingué », Rapport Final, Médecin Sans Frontière, Luxembourg.
- Wyss, K. et M. Nandjinger (1995). « Problems of Utilization of Nutritional Rehabilitation Services by Mothers of Malnourished Children in N'Djamena (Tchad) », dans J. H. Roberts et C. Vlassoff (dir.), *The Female Client and the Health-Care Provider*, Ottawa (ON, Canada), Centre de Recherches pour le Développement International, p. 138-153.
- Yero Boye. (2003). *Plan National de Développement Sanitaire 2003 -2012, les Soins de santé primaires (SSP) médicaments essentiels du PEV SSP ME et les grossistes privés*.

