



RVT 2010



Ministère de la Santé et de l'Action sociale



Centre national japonais pour la
Santé mondiale et la Médecine

RESEAU VISION TOKYO 2010

ETUDE QUANTITATIVE SUR LA PROBLEMATIQUE DU
MAINTIEN DES PERSONNELS DE SOINS QUALIFIES DANS
LES ZONES DIFFICILES DU SENEGAL

METHODE DU BEST-WORST-SCALING

L'étude a pour objet de dégager les axes favorables à la construction de **modèles composites** en vue de faciliter la fidélisation des personnels de soins qualifiés dans les zones difficiles.

Les principaux résultats obtenus sont : une féminisation des personnels travaillant dans ces zones, des difficultés dans le rapprochement conjugal et la prise en charge des enfants mineurs en scolarisation, l'envie de rester travailler dans les zones difficiles pour une période de quatre ans, l'existence de facteurs confondants, une corrélation entre certaines variables socio démographiques et la prise de décision des agents de santé.

Dans cette étude l'équipe a tenté de mesurer la valeur relative que les personnels de soins qualifiés en zones difficiles attachent à un ensemble de quatorze politiques de fidélisation selon les diversités qui existent dans leurs caractéristiques socio démographiques. C'est ainsi que la méthode du **BWS** a permis d'élaborer un vecteur de probabilités de choix des politiques et d'une échelle logarithmique des scores qui leur sont attribués. Des incitations financières sont proposées par les agents ainsi qu'une durée de maintien en ZD.

Six politiques prioritaires ont été dégagées ainsi que trois grands groupes d'agents de santé ce qui a permis d'identifier les principales politiques sollicitées selon la catégorie socio professionnelle.

En dehors des mesures qui impactent directement l'agent de santé, des recommandations sont formulées à l'endroit des autorités en vue de garantir une meilleure pérennité des politiques de fidélisation.

*Etude réalisée par le Cabinet Lick Analysis Consult
Mars 2015*



Cabinet Lick Analysis Consult

Sommaire

Remerciements.....	1
Sigles et abréviations	3
Résumé exécutif.....	4
PARTIE 1 : PRESENTATION DE L'ETUDE.....	6
1.1. Composition de l'équipe de recherche	6
1.2. Contexte et justification	6
1.3. Objectifs de l'étude	7
1.4. Revue de littérature	8
1.5. Résumé de l'étude qualitative	9
1.6. Présentation de l'étude quantitative BWS	13
PARTIE 2 : ANALYSE DES RESULTATS OBTENUS.....	19
2.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés	19
2.2. Perception du maintien en zone difficile	22
2.3. Formation initiale et parcours professionnel.....	27
PARTIE 3 : COMBINAISON ET CHOIX DES POLITIQUES AVEC BWS.....	30
3.1. Classification des politiques de fidélisation selon les Scores.....	30
3.2. Effets des caractéristiques personnelles par facteur.....	32
3.3. Analyse des données BWS au niveau individuel.....	37
3.4. Ebauche de modélisation	39
PARTIE 4 : LIMITES DE L'ETUDE ET RECOMMANDATIONS.....	42
4.1. Limites de l'étude	42
4.2. Recommandations	43
ANNEXES.....	45

Remerciements

Le Réseau Vision Tokyo 2010, à travers le Cabinet Lick Analysis Consult, a engagé la réalisation d'une étude intégrée pour contribuer à la problématique du maintien des personnels de soins qualifiés dans les zones difficiles. Les réunions de coordination, les séances de formation et les enquêtes de terrain qui ont été organisés pour l'atteinte des objectifs assignés ont nécessité la mobilisation d'importantes ressources matérielles, techniques, humaines et financières.

Je voudrais donc, au terme des travaux sanctionnés par la production de ce rapport, adresser mes sincères remerciements à tous les acteurs qui nous accompagnés dans cette tâche ardue. Qu'il me soit permis de citer certains d'entre eux :

- le National Center for Global Health and Medicine (NCGM) qui, non seulement a accepté de financer l'intégralité des activités, mais aussi, a apporté un appui technique considérable et soutenu tout au long de ce processus avec son équipe de recherche ;
- les Directeurs et chefs de Services nationaux ainsi que les Chefs de Programme pour l'intérêt constant qu'ils ont manifesté pour la réalisation de cette étude.

Le projet a été approuvé par le Comité National d'Ethique pour les Recherches en Santé (CNERS) ; nous sommes reconnaissants de l'appui technique du Chef de Division et de son équipe pour la finalisation du Protocole de recherche et de tous les documents nécessaires aux considérations éthiques.

J'associe à ces remerciements :

- les Médecins chefs de région et de district, les SSP ainsi que les Directeurs d'Etablissements Publics de Santé pour leur précieuse collaboration ;
- les partenaires sociaux, dont les éclairages ont été déterminants;
- L'équipe des économistes de la santé de la DPRS du Ministère de la Santé et de l'Action sociale pour leurs commentaires et suggestions ;

- les agents de santé qui ont bien voulu sacrifier de leur temps pour nous fournir les précieuses informations dont nous avons besoin.

Par ailleurs, nous sommes très reconnaissants de l'appui technique de :

- Monsieur Krucien Nicolas expert en analyse des données BWS en Grande Bretagne ; la promptitude de ses réactions et la pédagogie utilisée dans le cadre de cette coopération à distance sont grandement appréciées ;
- Monsieur Jean Pierre Bakhoum expert démographe à l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) pour son appui-conseil dans les opérations de terrain et l'analyse des résultats ;
- Monsieur Mafakha Touré ancien DRH et ancien Secrétaire général du Ministère de l'Education pour ses analyses comparatives entre les deux secteurs.

Le défi du Réseau Vision Tokyo 2010 était de fournir, dans des délais raisonnables, une documentation qualitative et quantitative sur la problématique du maintien des personnels de soins qualifiés dans les zones difficiles. Le dévouement des uns et des autres nous a permis d'atteindre cet objectif.

Si ce document peut contribuer modestement à la compréhension de la problématique du maintien des personnels de soins qualifiés dans les zones difficiles, s'il parvient à ouvrir des axes de réflexion et de recherche pour la construction de modèles composites reproductibles en d'autres endroits, alors, nous aurons l'impression d'avoir fait œuvre utile.

Monsieur Ibrahima Souka Ndella DIOUF
Coordonnateur du Réseau Vision Tokyo 2010

Sigles et abréviations

ANSD	:	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
BWS	:	Best-Worst-Scaling
CSP	:	Catégorie Socio Professionnelle
CS	:	Centre de Santé
CSR	:	Centre de Santé de Référence
DCE	:	Discrete Choice Experiment
DES	:	Direction des Etablissements de Santé
DRH	:	Direction des Ressources Humaines
DS	:	Direction de la Santé
DSRP	:	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DSR	:	Direction Santé de la Reproduction
ENDSS	:	Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social
EPS	:	Etablissement Public de Santé
FAR	:	Femmes en Age de Reproduction
JICA	:	Agence Japonaise de Coopération Internationale
MCD	:	Médecin Chef de District
MCR	:	Médecin Chef de Région
MSAS	:	Ministère de la Santé et de l'Action sociale
NCGM	:	National Center for Global Health and Medicine
OMD	:	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
PDIS	:	Plan de Développement Intégré de la Santé
PEV	:	Programme Elargi de Vaccination
PF	:	Planification Familiale
PND	:	Plan National de Développement Sanitaire
PS	:	Poste de Santé
RHS	:	Ressources humaines en Santé
RVT 2010	:	Réseau Vision Tokyo 2010
SFE	:	Sage Femme d'Etat
UNFPA	:	Fonds des Nations Unies pour les Activités de Population
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	:	Agence des Nations Unies pour le Développement International
ZD	:	Zone difficile

Résumé exécutif

La Santé est un levier déterminant pour tout développement économique et social. Les Ressources humaines qui constituent le cœur des systèmes de santé font l'objet d'une pénurie chronique, surtout en milieu rural notamment dans les zones difficiles.

A ce jour, les mesures incitatives mises en œuvre pour assurer le maintien des personnels de soins qualifiés dans ces zones n'ont pas été concluantes. C'est pour combler ce vide, que le Réseau Vision Tokyo 2010 a commandité une étude dont les deux phases sont déjà exécutées. Le document comporte quatre parties.

La première partie est relative à la présentation de l'étude avec un résumé de **l'étude qualitative** qui est faite sur un échantillon raisonné représentant la population dans sa diversité. Les résultats laissent apparaître une féminisation du personnel de soins dans les zones difficiles et une relative jeunesse. La plupart de ces agents sont mariés et vivent séparément de leurs conjoints et de leurs enfants en âge de scolarisation. Par ailleurs, il a été constaté que la plupart des agents en exercice dans les zones difficiles ont encore envie de continuer à y travailler et ils pensent que tout agent de santé doit séjourner en zones difficiles avec une perception moindre chez les femmes. Les livrables comportent des discours et des films vidéo enregistrés, transcrits et codifiés.

L'étude quantitative a également été présentée avec la nouvelle méthodologie du Best-Worst-Scaling. Sa réalisation a nécessité la synthèse des 56 mesures incitatives et les 14 attributs retenus ont été combinés 5 par 5. Le questionnaire a été administré à un échantillon statistiquement représentatif de 268 personnels de soins qualifiés en exercice dans les zones difficiles.

La deuxième partie traite de l'analyse des résultats obtenus. L'exploitation des données est faite avec le logiciel SPSS et les principaux tableaux sont en annexe.

La répartition des agents enquêtés selon l'emplacement de la structure sanitaire d'exercice informe que 59,7% d'entre eux sont en milieu rural (département) contre 38,1% en zone urbaine (commune) et 2,2% en zone insulaire. Près de la moitié des agents sont prêts à rester jusqu'à 4 ans.

Les personnels de soins migrants « durée de vie » font 76% de l'échantillon. Ziguinchor est la région la plus pourvue en agents autochtones avec 66%.

Concernant la situation matrimoniale, les agents mariés font 79% et 57% d'entre eux ne vivent pas avec leur conjoint ; 52% parmi eux ont des enfants mineurs en scolarisation dont 42% ne vivent pas avec eux.

Le test de Pearson révèle qu'au sein des populations indépendantes du fait de certaines variables, il n'y a pas de différence de comportement dans l'envie de rester ou pas en ZD. Par contre, le croisement avec la CSP révèle des divergences chez les médecins spécialistes où 62,5% d'entre eux n'ont pas envie de continuer à travailler en ZD contrairement aux IDE et SFE. Le croisement par tranche d'âge révèle qu'à partir de 45 ans 81,5% des agents ont plutôt tendance à se sédentariser contrairement aux plus jeunes dont près de la moitié veulent aller renforcer leurs compétences en d'autres lieux. Le croisement par sexe révèle que 68,7% des hommes enquêtés veulent continuer à travailler en ZD contre 56,2% des femmes de l'échantillon.

Concernant la formation initiale et le parcours professionnel 23% des agents en exercice dans les zones difficiles ont démarré leur carrière professionnelle à Dakar. Parmi les trois principales raisons de départ constatées les fonctionnaires quittent du fait des mutations tandis que les Contractuels des EPS et des Comités de Santé quittent par fin de contrat ou démission.

La troisième partie traite de la combinaison et du choix des politiques de fidélisation par la méthode BWS. Après élaboration d'un vecteur de probabilités de choix, une technique spécifique au BWS a permis de classer les politiques de fidélisation selon des scores logarithmiques et quatre grands groupes sont constitués : les politiques prioritaires, moyennement prioritaires, secondaires et intermédiaires.

L'effet des caractéristiques personnelles sur le choix des politiques et l'analyse au niveau individuel ont permis de mesurer l'importance relative des politiques choisies et de classer la population d'étude en trois groupes ; c'est ainsi qu'on a pu dégager les axes de la modélisation des politiques de fidélisation à soumettre aux agents de santé.

La quatrième partie présente certaines faiblesses qui limitent la généralisation des résultats et qui font appel à des motivations intrinsèques ainsi que des

recommandations qui interpellent la multisectorialité et impactent l'environnement de travail de l'agent. Ces recommandations font appel à des motivations extrinsèques.

PARTIE 1 : PRESENTATION DE L'ETUDE

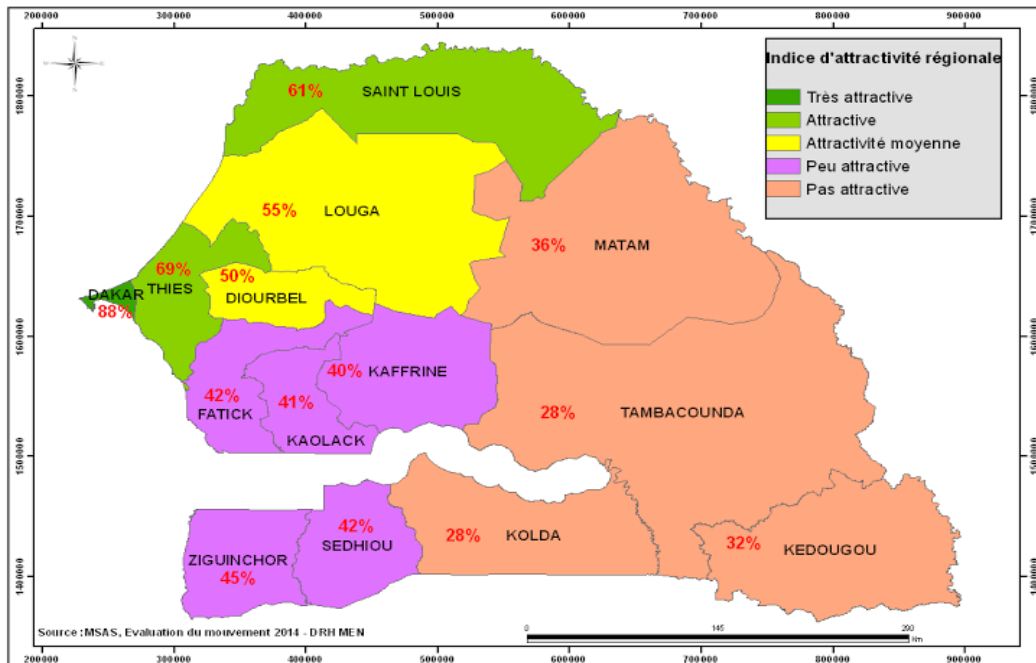
1.1. Composition de l'équipe de recherche

L'équipe de recherche est composée :

- du chef du projet Economiste, Ingénieur statisticien démographe ;
- d'une assistante Master en statistique et informatique ;
- de six agents enquêteurs professionnels ;
- de deux chauffeurs ;
- d'un personnel d'appui au niveau national et international

1.2. Contexte et justification

Figure 01 : L'attractivité régionale



Source : Evaluation du Mouvement national au Ministère de l'Education- Avril 2015

Il ressort de cette carte d'attractivité régionale que certaines localités attirent les agents de l'Etat (Dakar, Thiès et Saint-Louis) contrairement aux régions de Tambacounda, Kolda et Kédougou alors que plus de la moitié de la population sénégalaise vit actuellement dans ces zones rurales ou reculées.

Les agents de santé expérimentés préfèrent rester travailler dans les grandes villes provoquant ainsi un dégarnissement des structures sanitaires implantées dans les zones d'accès difficile.

Des bureaux d'études ainsi que des organismes ont réalisé beaucoup de recherches dans le domaine de la santé, mais la plupart d'entre elles ont trait aux aspects épidémiologiques ou à des essais cliniques mais rarement sur le développement des ressources humaines. Pour combler ce vide, le Réseau Vision Tokyo 2010 a commandité cette étude en vue de contribuer au maintien des personnels de soins qualifiés dans les zones difficiles du Sénégal. Cette étude couvre les domaines de la recherche descriptive, analytique et opérationnelle ; elle comporte trois phases :

- une première étude qualitative réalisée en février 2014 avec pour ambition de documenter la problématique et d'identifier les mesures incitatives pouvant inciter les professionnels de santé à exercer en zones difficiles ;
- une deuxième étude quantitative réalisée en février 2015 avec pour ambition de mesurer l'importance des facteurs susceptibles d'influencer les décisions des personnels de soins qualifiés de rester travailler dans les zones difficiles;
- une troisième étude intégrée est prévue pour septembre 2015 en vue d'élaborer des modèles discrets à soumettre à la validation des autorités.

1.3. Objectifs de l'étude

Objectif général

Contribuer à la problématique du maintien des personnels de soins qualifiés dans les zones difficiles.

Objectifs spécifiques

- 1) Analyser les corrélations entre les caractéristiques socio démographiques des agents enquêtés et leur perception des zones difficiles ;

- 2) Elaborer une échelle de préférence de choix de politiques à partir d'une synthèse des mesures incitatives préconisées dans l'étude qualitative ;
- 3) Identifier les fondamentaux pour l'élaboration de modèles composites en prévision d'un choix discret.

1.4. Revue de littérature

L'exploitation des sources ouvertes renseigne que beaucoup de recherches ont été faites dans le domaine de la santé, mais très peu ont porté spécifiquement sur le développement des ressources humaines et le peu d'études réalisées sur la question RH se sont juste basées sur des données empiriques.

Les études faites par l'OMS¹ et la DRH du MSAS du Sénégal² ont surtout mis l'accent sur les aspects géographiques, techniques et financiers et toutes les parties prenantes n'ont pas eu l'opportunité d'émettre leurs opinions sur la question. Des études réalisées par Capacity Project (USAID)³, ont poussé la réflexion en s'intéressant un peu plus à l'homme à travers des incitations financières et non financières dans les pays développés et en Afrique du Sud.

Concernant le cas particulier du Sénégal, des mesures fragmentaires et parcellaires ont été tentées sans faire l'objet d'une évaluation. Il s'agit des interventions de la BAD à travers le projet Santé I et II et de la mise en place des équipes compétentes en Soins Obstétricaux d'urgence (SOU) ainsi que du « Plan COBRA ».

Concernant la nouvelle méthode d'investigation utilisée pour l'étude quantitative, l'exploitation de quelques résultats de recherche ainsi que de certains articles écrits dans des revues spécialisées a fourni beaucoup d'informations.

- Dans le document **“Using Best–Worst Scaling Methodology to Investigate Consumer Ethical Beliefs Across Countries”** élaboré par **Pat Auger, Timothy M. Devinney et Jordan J. Louviere en 2007**, la méthode de « Classement du Meilleur au Pire » a été utilisée pour examiner les différences entre six pays dans les attitudes des consommateurs à l'égard des questions sociales et éthiques. Les résultats révèlent qu'il n'y a pas de différence du fait du sexe ou de l'âge entre les groupes, mais que des différences significatives fondées sur le revenu, l'éducation universitaire, et le pays d'origine sont présentes.

¹ La fidélisation des personnels de santé dans les zones difficiles au Sénégal– Pascal Zurn (OMS Genève) 2010.

² Stratégies de couverture des zones difficiles en personnels qualifiés – DRH/MSAS 2010 .

³ Rétention du personnel de santé dans les contextes aux ressources modiques : défis et réponses – Fatu Yumkella IntraHealth International – Février 2006 et Accroître la motivation du personnel de santé – Marc Luoma IntraHealth International – Septembre 2006.

- Un article publié dans International Journal of Research in Marketing (2013), “**An Introduction to the Application of Best-Worst Scaling in Marketing Research**” par **Jordan Louviere, Ian Lings, Towhidul Islam, Siegfried Gudergan et Terry Flynn** a renseigné sur l’introduction de la distance entre les probabilités de réalisation des attributs comme étant plus déterminant ou moins déterminant dans les combinaisons.
- L’étude réalisée par Joachim Marti « **A Best-Worst-Scaling Survey of adolescents’ level of concern for health consequences of smoking** » **Social Sciences and Medicine - 2012** a tenté d’évaluer l’influence de différentes variables comme le coût, la sexualité, les risques de cancer, etc... sur le tabagisme des adolescents. Les résultats ont permis de construire une échelle de déterminants qui renseigne que les garçons sont surtout préoccupés par les problèmes de dysfonctionnement sexuel contrairement aux filles qui ont surtout peur des problèmes de santé et des conséquences sur leur beauté.
- La méthode du Best-Worst-Scaling a été expérimentée par **Aleksandra Torbica, Manuela De Allegri, Antonieta Medina-Lara et Valery Ridde** à travers l’article « **What criteria guide national entrepreneurs’ policy decisions on user fee removal for maternal health care services?** » paru dans **Journal of Health Services Research & Policy 2014**.
Le contexte qui prévalait était que plusieurs pays d’Afrique subsaharienne avaient mis en œuvre des politiques visant à éliminer ou réduire les frais d’utilisation des services publics pour une amélioration de la santé maternelle. Les résultats révèlent que l’engagement politique a été identifié comme critère le plus déterminant pour guider les décisions politiques tandis que l’argent des bailleurs de fonds a été identifié comme critère moins déterminant.

Des limites sont identifiées en ce sens que l’agent enquêté n’a pas la possibilité de choisir entre plusieurs modèles composites équilibrés. Cependant, malgré ces limitations, nous avons trouvé des résultats cohérents qui ont permis, avec la contribution britannique, d’élaborer un questionnaire adapté à notre étude.

1.5. Résumé de l’étude qualitative

L’étude qualitative réalisée en février 2014, faite grâce à un processus participatif, a permis de documenter la problématique du maintien des personnels de soins qualifiés dans les zones difficiles du Sénégal en rendant disponibles les livrables attendus à savoir : quatre-vingt-dix heures de conversations enregistrées sur dictaphones et films vidéo, trois cents guides d’entretien remplis et un rapport de l’étude. La méthode de la

théorisation ancrée a été utilisée à travers la codification des réponses en unités de sens et la simultanéité de la collecte et de l'analyse sur le terrain avec l'élaboration d'une grille de saturation. Les principales raisons du refus de rester travailler en zones difficiles, les mesures incitatives préconisées ainsi que les composantes de la valence des agents de santé sont présentées.

1.5.1. Population d'enquête et échantillonnage

La population éligible à l'enquête vise la représentativité de la population dans sa diversité. Un échantillon raisonné a été constitué à partir des personnels de soins qualifiés, des responsables administratifs du niveau central, des Chefs de Centres de responsabilités, des partenaires sociaux, des partenaires techniques et financiers, des autorités administratives et locales et des populations bénéficiaires à travers des Focus Group. Les entretiens se sont poursuivis jusqu'à l'atteinte de la **saturation**⁴ dans les réponses obtenues. Les régions ciblées sont Ziguinchor, Kolda, Sédhiou, Kaffrine, Fatick, Tambacounda, Kédougou et Matam pour les zones difficiles. Les agents qui n'ont jamais travaillé en ZD et ceux qui, après un bref séjour dans ces zones ont obtenu une mutation en zones non difficiles ont été interrogés à Dakar et Saint-Louis.

1.5.2. Collecte et traitement des données de terrain

Trois équipes ont été constituées et la collecte s'est faite avec le système de ratissage. Un guide d'entretien élaboré à cet effet, a permis de recueillir les réponses des agents. Un dictaphone a permis d'enregistrer l'intégralité de la conversation et un appareil vidéo de filmer ce qui n'a pu être ni écrit ni observé.

1.5.3. Principaux résultats

Les résultats laissent apparaître une féminisation du personnel de soins dans les zones difficiles et une relative jeunesse. La plupart de ces agents sont mariés et vivent séparément de leurs conjoints. Il y a surtout des infirmiers et des sages-femmes. Par ailleurs, il a été constaté que la plupart des agents en exercice dans les zones difficiles

⁴ Au niveau d'une unité de sens, une fois que les réponses obtenues ne font que se répéter sans apparition de nouvelle réponse, il n'est plus opportun de poursuivre l'interview ; on dit alors que la saturation de l'unité de sens est atteinte.

ont encore envie de continuer à y travailler mais pour quatre ans au maximum ; seulement, il y a peu de femmes dans ce cas. En outre, presque l'intégralité des agents interrogés pense que tout agent de santé doit séjourner en zones difficiles avec une perception moindre chez les femmes. Certains agents en exercice dans les zones difficiles ne veulent plus y rester et ont demandé à être mutés ailleurs.

Face à un refus de l'autorité, il y en a qui sont prêts à démissionner ou à travailler sans y mettre le cœur car ils n'ont pas le choix.

L'exploitation de la pyramide de l'ancienneté des agents de santé en exercice dans les zones difficiles révèle que la majorité a déjà mis entre deux et cinq ans.

Concernant les agents de santé qui n'ont jamais travaillé dans les zones difficiles, la plupart ne sont pas prêts à accepter une mutation dans ces zones, surtout les femmes, alors qu'elles pensent que tout agent de santé doit y séjourner. Certains agents de santé mutés dans les zones non difficiles après un séjour dans les zones difficiles ont été pistés et interrogés. Les raisons évoquées lors de leur demande de mutation sont généralement des raisons familiales. La plupart d'entre eux pensent qu'un agent de santé n'a pas le droit de refuser une mutation dans les zones difficiles. Quelques raisons relatives au manque de transparence dans la gestion de la mobilité et de l'allocation des motivations financières sont évoquées pour justifier certains refus. Quelques extraits de discours codifiés sont présentés ci-dessous :

Je suis venue à Saraya en 2011 comme volontaire ; c'était très difficile, parce que je n'avais pas de salaire et j'étais en début de grossesse. Par la suite, j'ai eu un contrat avec le Fonds Mondial à travers la Division de Lutte contre le SIDA dans le cadre du Renforcement du Système de Santé (RSS) et j'ai été affectée au poste de santé de Médina Baffé qui est un poste très enclavé à 52 km de Saraya. En plus c'est une zone difficile d'accès, parce que pour y aller, on traverse des ravins, on monte sur des montagnes et des ponts et ce qui est plus grave je me déplace en moto, même quand j'étais en état de grossesse. Pendant l'hivernage, la zone est coupée du reste du District, personne ne peut quitter Médina Baffé et personne ne peut y entrer. Moi, en 2011 pendant l'hivernage, j'ai été obligée de traverser par la nage, alors que j'étais enceinte de sept mois, sinon j'allais

accoucher là-bas ; j'ai même chopé la bilharziose en traversant les ravins, c'est à Saraya qu'on m'a soignée.

AE133.2

Il ressort des études similaires réalisées dans les autres régions du monde des discours dont un relatif aux raisons du refus vous est proposé ci-dessous :

Jamais je n'aurais cru être une de ces infirmières qui partent. J'ai critiqué un grand nombre de mes collègues quand elles sont parties. Puis, j'ai bien dû constater que, pour nous autres qui étions restées, le travail devenait de plus en plus lourd. Dans mon hôpital, nous avons une infirmière pour 18 lits⁵ ; nous avons environ 500 patients dans les consultations externes par jour et seulement 14 infirmières dans ce service. Comment donner de bons soins dans de telles conditions ? Et en plus, les infirmières sont constamment harcelées et critiquées.

**INFIRMIERE D'AFRIQUE DU SUD QUI EST PARTIE POUR LES ETATS-UNIES ETUDE REALISEE PAR N. AIDOO
South Africa is losing hundreds of nurses each year. Natal Witness. Mai 2000.**

Durant la collecte des données de terrain, nous avons remarqué que malgré les mauvaises conditions de vie et de travail, certains personnels de soins qualifiés acceptent de rester travailler dans ces zones sans refus passif du travail. Il convient dès lors d'identifier les leviers sur lesquels ces agents ont pu s'appuyer pour réussir à s'adapter dans un environnement physique si hostile . C'est ce que l'on désigne par composantes de la valence⁶.

Les mauvaises conditions de vie et de travail attirent certains personnels de soins qui ont pris conscience que quelque chose leur manque et qu'ils peuvent aller trouver cela chez l'autre pour s'équilibrer. Etant dans une situation de contrainte, l'agent grandit vite sur le plan professionnel et mental ; il est confronté à des difficultés qui imposent de prendre des initiatives à des moments précis et dès fois, c'est presque comme s'il se

⁵ Au Sénégal, nous sommes à environ 1 infirmier pour 7 lits alors que les professionnels pensent à introduire une norme de 1 infirmier pour 5 lits pour la prochaine carte sanitaire.

⁶ La valence exprime la perception de l'agent dans l'importance que la population accorde à son travail ; ceci peut l'amener à endurer les pires difficultés contre un bas salaire juste pour atteindre son objectif. On peut citer en exemple les sapeurs-pompiers, les urgentistes et les missionnaires.

débattait pour des problèmes de survie. Dès lors, il apprend beaucoup et capitalise beaucoup d'expériences dans la zone.

Un extrait de discours est présenté pour confirmer la thèse :

Je connais l'exemple d'une personne qui s'est ajustée, tout dépend de la situation de la personne au moment où elle est installée au niveau d'un poste périphérique, de son éducation et de ses convictions personnelles. Je connais beaucoup de citoyens qui se sont très bien insérés en milieu rural, mais qui sont arrivés à un âge, ils se sont mariés dans la zone, mais ont été suffisamment performants pour être acceptés par la localité d'accueil. Les populations des zones rurales ont des valeurs humaines telles, qu'elles savent être reconnaissantes vis-à-vis des personnes qui leur rendent service. Elles vont tout faire pour créer les conditions qui feront que l'agent ne voudra plus quitter.

RNC 011.1

1.6. Présentation de l'étude quantitative BWS

L'étude qualitative a permis d'identifier 56 facteurs susceptibles d'influencer les décisions des professionnels de santé concernant l'exercice en zones difficiles. Cependant il est peu probable que ces différents facteurs aient la même influence ; certains peuvent être perçus comme étant plus importants par les personnels de soins, nous les qualifions de facteurs « prioritaires », et à l'inverse, d'autres facteurs peuvent être moins valorisés, nous les qualifions de facteurs « secondaires ».

1.6.1. Limites des échelles de notation

En pratique les échelles de notation sont fréquemment utilisées pour questionner les individus sur des listes de facteurs. Par exemple, dans les enquêtes de satisfaction en

milieu hospitalier, il est demandé aux patients de noter leur niveau de satisfaction pour différents aspects de la qualité des soins en utilisant une échelle de notation.

Exemple : « Que pensez-vous de la qualité de l'accueil ? » 1. *Très insatisfait* ; 2. *Plutôt insatisfait* ; 3. *Plutôt satisfait* ; 4. *Très satisfait*.

Dans le cadre de ce projet il était possible d'utiliser la même approche pour mesurer l'importance que les professionnels de santé accordent aux 14 facteurs.

Exemple : « Garantir l'accès aux médicaments vous inciterait-il à exercer en zones difficiles ? » 1. *Pas du tout d'accord* ; 2. *Pas d'accord* ; 3. *Ni en désaccord ni d'accord* ; 4. *D'accord* ; 5. *Tout a fait d'accord*.

Cependant l'utilisation des échelles de notation souffre de plusieurs limites pouvant remettre en question la qualité des résultats à savoir *la faible capacité de discrimination et la variabilité dans l'utilisation des niveaux*.

➤ ***Faible capacité de discrimination***

La faible capacité de discrimination fait référence au fait que les répondants ont la possibilité de noter tous les facteurs comme étant de la même importance (comme par exemple : Répondre « 5. Tout a fait d'accord » aux 14 facteurs). Ce type de réponses peut refléter ce que les répondants pensent réellement à propos des facteurs, mais peut aussi être la conséquence d'un manque d'engagement des répondants dans le questionnaire. ***Dans les deux cas, les données ne permettront pas de dégager un classement des facteurs en termes d'importance.***

➤ ***Variabilité dans l'utilisation des niveaux***

La variabilité dans l'utilisation des différents niveaux d'une échelle de notation fait référence au fait que différentes personnes vont avoir tendance à utiliser les différents niveaux (1. *Pas du tout d'accord* ; 2. *Pas d'accord* ; 3. *Ni en désaccord ni d'accord* ; 4. *D'accord* ; 5. *Tout a fait d'accord*) de différentes façons.

Par exemple, certains répondants ne vont jamais utiliser les niveaux extrêmes (1. *Pas du tout d'accord* ; 5. *Tout a fait d'accord*), alors que d'autres vont au contraire se focaliser sur ces niveaux et délaisser ceux intermédiaires (2. *Pas d'accord* ; 3. *Ni en désaccord ni d'accord* ; 4. *D'accord*). ***D'un point de vue méthodologique cela représente une limite majeure parce que deux individus peuvent accorder la***

même valeur à un facteur mais utiliser des niveaux différents de l'échelle de notation.

Il a donc fallu introduire un autre type de classement des politiques de fidélisation plus objectif et moins basé sur les émotions.

1.6.2. Classement du Meilleur au Pire

La méthode BWS a en partie été développée en réponse aux limites des échelles de notation. Elle demande aux participants, non pas de noter l'importance qu'ils accordent aux facteurs mais plutôt de choisir le facteur qu'ils considèrent comme étant « le plus important » (Meilleur) ainsi que celui qu'ils considèrent comme étant « le moins important » (Pire). Ce format de questions permet de diminuer voir de supprimer la variabilité dans l'utilisation des niveaux. Ce format permet également de générer des données appropriées pour identifier un classement des facteurs en termes d'importance. En effet, il est demandé aux répondants de choisir le « Meilleur » et le « Pire » facteur ; par conséquent les répondants ne peuvent par définition, pas accorder la même importance à tous les facteurs.

La méthode du Best-Worst-Scaling (BWS) a surtout été développée par Jordan J. Louvière, professeur de Marketing à l'Université de Technologie de Sydney en Australie qui a utilisé la méthode pour faire des investigations sur les industries alimentaires en 1992 avec Finn. A nos jours, beaucoup d'études ont été conduites par Auger, Louvière, Flynn, entre autres dans des domaines divers comme les perceptions et les préférences du public pour la réforme des soins de santé en Australie, les différents aspects de consultations dermatologiques, la coloscopie auprès des femmes, l'influence de la tarification dans l'utilisation des soins de santé maternelle, l'utilisation des modèles probabilistiques pour analyser les choix des individus.

➤ *Création des questions de Classement du Meilleur au Pire*

Les questions BWS sont générées à l'aide de méthodes expérimentales combinant les attributs de différentes manières. Pour cela le chercheur doit définir le nombre minimum et maximum de combinaisons de politiques de fidélisation à présenter aux répondants ainsi que le nombre minimum et maximum d'attributs à inclure dans chaque

combinaison de politiques. En effet, il est important de trouver un équilibre entre augmenter le nombre de questions BWS pour collecter suffisamment de données et diminuer le nombre de questions BWS afin de réduire le niveau de difficulté du questionnaire en vue de collecter des données de meilleure qualité.

Pour cela, l'équipe de recherche s'est référée à la littérature et aux suggestions du commanditaire. Dans le cadre de cette étude, les questionnaires sont construits sur la base de 14 combinaisons de 5 politiques de fidélisation (Figure 2).

Figure 02 : Première combinaison de politiques de fidélisation

Q 3.01		
Liste des politiques	MOINS déterminante	PLUS déterminante
Favoriser le recrutement des contractuels qui sont en ZD dans la Fonction publique	<input type="text"/>	<input type="text"/>
« 14 ». Offrir un soutien professionnel pour le développement des compétences des agents en ZD	<input type="text"/>	<input type="text"/>
« 2 ». Développer au niveau régional la gestion des ressources humaines et l'information professionnelle (par la nomination d'un point focal régional et l'amélioration du système d'information)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Assurer une discrimination positive à l'endroit des agents de santé en ZD lors de l'octroi des bourses de spécialisation notamment pour les médecins qui ont fait au moins 5 ans dans ces zones.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
« 4 ». Développer les échanges professionnels entre le niveau national et local	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Q 3.01.1. Au cas où la politique la plus déterminante est mise en place, combien d'années êtes-vous prêt à rester ici⁷ ?

En supplément des questions spécifiques au BWS, le questionnaire a inclus des variables sociodémographiques qui ont permis d'identifier l'existence de corrélations entre certaines d'entre elles et la décision de choisir telle ou telle politique de fidélisation, éventuellement le montant de la prime d'éloignement ou de spécialisation ainsi que la durée de maintien préconisée.

➤ **Echantillon de participants**

⁷ Au cas où l'agent de santé ne veut pas rester, noter « 0 »

La population d'enquête est tirée de la population globale des personnels de soins qualifiés en exercice dans les zones difficiles au niveau des régions de FK, KF, TC, KG, ZG, SD, KD et MT. L'échantillon aléatoire tiré de la base de sondage se présente comme suit :

Tableau N° 01 : Echantillonnage

Code de la Région	Nom de la Région	Population totale	Echantillon
09	Fatick	120	36
12	Kaffrine	40	12
05	Tambacounda	154	47
13	Kédougou	80	24
02	Ziguinchor	187	58
14	Sédhiou	61	18
10	Kolda	111	34
11	Matam	128	39
Total		881	268

Source : Recherche fondamentale faite par le Cabinet Lick Analysis Consult-Mars 2015

➤ **Collecte des données**

Trois équipes de deux Enquêteurs et d'un Superviseur ont été constituées et l'échantillon a été entièrement couvert. Les difficultés rencontrées sont :

- pendant la collecte, certains agents n'étaient pas disponibles au niveau des centres de santé; l'équipe a donc été obligée d'aller les interroger au niveau des postes de santé voire chez eux, ce qui a prolongé la collecte de 2 jours ;
- pendant la saisie des données sur Excel, plusieurs erreurs ont été faites et la correction a nécessité beaucoup de temps ;
- pendant l'analyse des résultats obtenus, l'équipe est bloquée par manque d'expérience sur la méthode BWS.

CE QU'IL FAUT RETENIR

Les fondamentaux de la non attractivité des zones difficiles poussent les agents expérimentés à préférer rester travailler dans les grandes villes. A ce jour, les mesures incitatives mises en œuvre pour assurer le maintien des personnels de soins qualifiés dans ces zones n'ont pas été concluantes. C'est pour combler ce vide, que le Réseau Vision Tokyo 2010 a commandité une étude dont les deux phases sont déjà exécutées.

Les résultats de l'étude qualitative laissent apparaître une féminisation du personnel de soins dans les zones difficiles et une relative jeunesse. La plupart de ces agents sont mariés et vivent séparément de leurs conjoints et de leurs enfants en âge de scolarisation. Par ailleurs, il a été constaté que la plupart des agents en exercice dans les zones difficiles ont encore envie de continuer à y travailler et ils pensent que tout agent de santé doit séjourner en zones difficiles avec une perception moindre chez les femmes. Parmi ceux qui ne veulent plus rester en zones difficiles et qui n'ont pas bénéficié d'une mutation, certains sont prêts à démissionner et d'autres affirment qu'ils vont rester travailler sans y mettre le cœur car ils n'ont pas le choix. Pourtant, malgré les conditions de vie hostiles, il y a quelques agents qui préfèrent rester travailler dans ces zones en s'appuyant sur des leviers dénommés composantes de la valence.

La réalisation de l'étude quantitative a nécessité la synthèse des 56 mesures incitatives et 14 attributs ont été retenus. Pour mesurer l'importance que les personnels de soins qualifiés accordent aux 14 attributs la nouvelle méthode du Best-Worst-Scaling a été utilisée à la place d'une échelle de notation qui présente des inconvénients du fait de la faible capacité de discrimination et de la variabilité dans l'utilisation des niveaux. A cet effet, 14 combinaisons de 5 attributs sont utilisées pour construire le questionnaire qui a été administré à un échantillon statistiquement représentatif de 268 personnels de soins qualifiés en exercice dans les zones difficiles.

Les difficultés relevées dans l'exécution de l'étude sont relatives à l'indisponibilité de certains agents pendant la collecte, des problèmes de report et de saisie des données et la non maîtrise de la méthode du BWS pendant l'analyse des résultats.

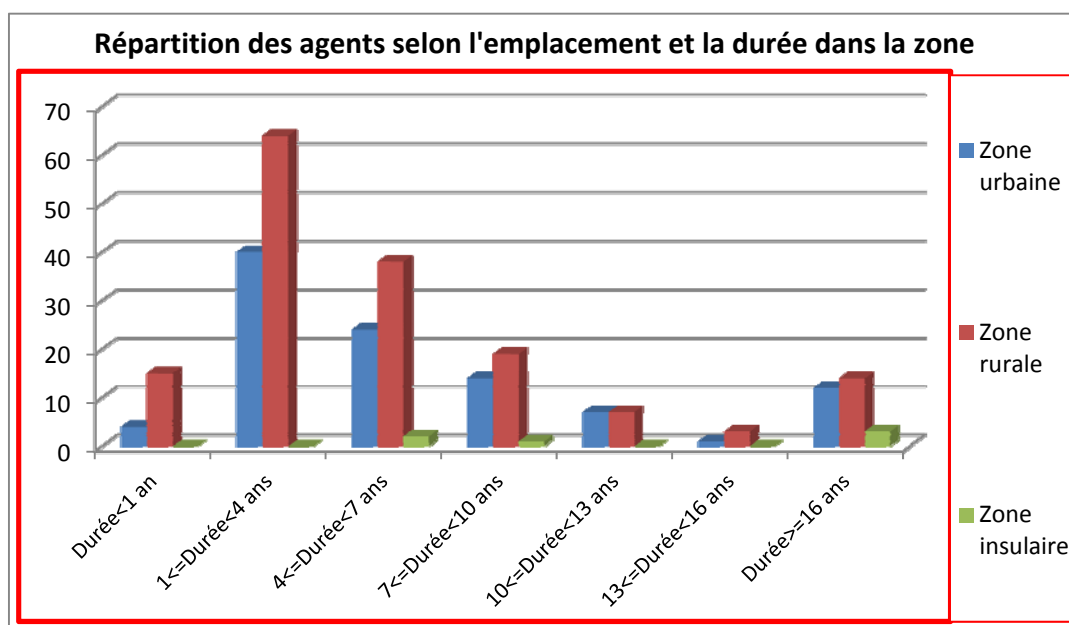
PARTIE 2 : ANALYSE DES RESULTATS OBTENUS

2.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Après identification de quelques requêtes par le croisement des variables liées à l'identification, à la Formation initiale et au parcours professionnel, le traitement avec le logiciel SPSS a permis de sortir quelques tableaux présentés en annexe.

La répartition des agents enquêtés selon l'emplacement de la structure sanitaire d'exercice informe que 59,7% d'entre eux sont en milieu rural contre 38,1% en zone urbaine et 2,2% en zone insulaire, ce qui est conforme avec l'environnement retenu pour la présente étude.

Graphique N° 01: Répartition des agents selon la zone d'emplacement et la durée de séjour



Source : Etude sur les zones difficiles-BWS- Cabinet Lick Analysis Consult-Mars 2015

Du point de vue de la structure sanitaire, 38,8% sont dans les postes de santé contre 35,1% dans les centres de santé et 24,6% dans les hôpitaux. Il faut noter que 97% des agents en exercice dans les hôpitaux sont en zone urbaine. La durée modale du séjour se trouve dans la classe 1 à 4 ans.

Du point de vue de la CSP, les médecins qui font 10,4% de l'échantillon se retrouvent au niveau des hôpitaux et des centres de santé ; les paramédicaux (IDE et SFE) se retrouvent à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; seulement 37,7% sont dans les postes de santé contre 44,9% dans les centres de santé, ce qui peut constituer un obstacle pour l'atteinte des OMD 4 et 5 en milieu rural.

Concernant l'évolution du statut de l'agent dans le poste actuel, près de la moitié des agents enquêtés sont des fonctionnaires dès le démarrage de leur carrière et ils ont fait au moins 4 ans dans leur poste actuel ; il en est de même des contractuels du MSAS et des EPS. Par contre, les contractuels des comités de santé et des collectivités locales ne durent pas dans ce statut certainement du fait d'une autre opportunité ailleurs ou d'une fin de contrat. Les contractuels du MSAS peuvent rester dans leur structure pendant 4 à 7ans certainement du fait des contraintes du « Plan Cobra ». Les EPS également peuvent conserver leurs contractuels pendant longtemps du fait de leur autonomie de gestion. La spécificité c'est qu'on a une bonne partie du personnel qui est bénévole dans l'espoir d'obtenir un contrat.

La répartition par âge informe qu'il s'agit donc d'une population relativement jeune avec un âge moyen de 37,5 ans ; les paramédicaux sont âgés de moins de 40 ans tandis que les médecins spécialistes, âgés de plus de 44 ans, sont en fin de carrière.

La répartition par sexe laisse apparaître une féminisation de la population d'enquête car le rapport de masculinité est de 95,6%. L'analyse selon la région d'enquête révèle une discrimination plus forte au niveau des régions de Kolda (65%), Kédougou (63%), Ziguinchor (55%), Sédhiou (61%) et Fatick (56%).

Du point de vue de l'ethnie, les Wolofs ne font que 3,4% à Ziguinchor contre 14,8% de Sérères et 15,8% de Mandingues ; ceci peut s'expliquer par les conséquences de la rébellion qui fait que les Wolofs sont rejetés par la population locale. Les Mandingues

et les Diolas sont tous traditionnellement originaires de la Casamance tandis que les Sérères constituent une ethnie intouchable⁸ pour les Diolas.

Les Poulars se retrouvent surtout à Kolda, Matam et Tambacounda. La spécificité d'envergure concerne l'ethnie Diola qu'on retrouve essentiellement à Ziguinchor à hauteur de 61,3%.

En vue de mesurer la fidélisation des agents enquêtés dans leur région d'exercice, l'équipe a tenté de voir la distribution des agents selon leur région d'origine et leur région d'exercice. Globalement, il n'y a que 65 agents de l'échantillon qui travaillent dans leur région d'origine ; c'est dire que les professionnels migrants « durée de vie » sont au nombre de 203 soit 76% de l'échantillon.

Tableau N° 02: Répartition des agents enquêtés selon la région d'enquête et la région d'origine

Région d'origine de l'agent	Région d'enquête de l'agent														
	DK	ZG	DL	SL	TC	KL	TH	LG	FK	KD	MT	KF	KG	SD	Total
Dakar		17%			32%				28%	18%	31%	8%	46%	28%	26%
Ziguinchor		66%			11%				8%	15%	5%	0%	8%	17%	22%
Diourbel		0%			0%				8%	3%	3%	0%	0%	6%	2%
Saint-Louis		3%			4%				0%	0%	13%	17%	0%	0%	4%
Tambacounda		0%			13%				3%	3%	5%	0%	8%	0%	4%
Kaolack		3%			9%				17%	6%	8%	33%	0%	0%	8%
Thiès		3%			19%				14%	26%	13%	17%	25%	11%	15%
Louga		0%			2%				3%	0%	5%	8%	0%	6%	2%
Fatick		5%			2%				14%	6%	5%	17%	8%	11%	7%
Kolda		2%			2%				3%	24%	0%	0%	0%	0%	4%
Matam		0%			0%				0%	0%	8%	0%	0%	0%	1%
Kaffrine		0%			0%				0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Kédougou		0%			6%				0%	0%	0%	0%	4%	0%	1%
Sédhiou		0%			0%				3%	0%	5%	0%	0%	22%	3%
Total		100%			100%				100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source : Etude sur les zones difficiles-BWS- Cabinet Lick Analysis Consult-Mars 2015

Parmi les 160 agents enquêtés dans des structures sanitaires implantées en zone rurale, ceux qui habitaient en zone urbaine dans leur région d'origine font 44,4% contre 55% qui proviennent d'une zone rurale et 0,6% d'une zone insulaire.

⁸ L'analyse sociologique des "KALS" dans la société sénégalaise fait que certaines ethnies ne se feront jamais mal entre elles.

La répartition par situation matrimoniale informe que 79% des agents enquêtés sont mariés contre 19% de célibataires et 2% de divorcés. C'est à Ziguinchor et à Kolda où on retrouve le moins de mariés avec respectivement 69% et 74%.

2.2. Perception du maintien en zone difficile

Cette partie traite de la perception qu'ont les enquêtés sur leur envie de continuer à travailler dans la zone et de la nécessité pour tout agent de santé à séjourner en zones difficiles ainsi que la durée envisagée. Globalement, 62% des agents enquêtés ont encore envie de rester travailler dans la zone difficile et 76% d'entre eux sont prêts à rester pour une durée maximale de quatre (04 ans). Pour approfondir l'analyse, l'équipe de recherche a tenté de mesurer la différence de comportement qu'il y a entre les différents groupes indépendants du fait des variables socio démographiques par rapport à ces deux variables expliquées. Le test de cohérence de Beauvais-Pearson a été utilisé à cet effet.

➤ Analyse de l'envie de continuer le séjour en zones difficiles

L'exploitation des données sur la question révèle que globalement moins de 11% des variances des variables socio démographiques expliquent des changements de comportement dans l'envie de continuer à séjourner en zones difficiles ; la signification de l'hypothèse bilatérale supérieure à 0,05 permet de conclure qu'au sein des populations indépendantes du fait des structures sanitaires, de leur emplacement, de l'ethnie et de la région d'origine, il n'y a pas de différence de comportement dans l'envie de rester ou pas en ZD avec moins de 5% de risque d'erreur.

Concernant le rapprochement conjugal et la prise en charge des enfants mineurs en scolarisation, des différences de comportement existent mais de façon mitigée ; en effet, les agents de santé enquêtés privilégient la situation d'emploi de leur conjoint, la situation scolaire de leurs enfants à leur envie de quitter. C'est ainsi que sur les 121 agents qui ne vivent pas avec leur conjoint 52% ont envie de rester travailler contre 48% qui veulent quitter. Parmi les 59 agents qui ne vivent pas avec tous leurs enfants en scolarisation 48% ont envie de rester travailler contre 52% qui veulent quitter.

Le croisement avec la CSP révèle des divergences chez les médecins spécialistes où 62,5% d'entre eux n'ont pas envie de continuer à travailler en ZD ; ceci peut s'expliquer par le manque d'équipement adapté et l'absence de structure privée où ils peuvent faire des vacations en ZD.

Concernant le personnel para médical 68,9% des IDE déclarent vouloir rester travailler dans la zone ; ceci peut s'expliquer par le fait que la plupart des IDE enquêtés sont des Chefs de postes qui bénéficient donc de certains avantages ; en outre, l'étude qualitative a révélé que la plupart des SFE ont des liens sociologiques assez poussés avec leurs patientes et ne veulent pas les abandonner.

Tableau N° 03: Répartition des agents selon la CSP et l'envie de rester en ZD

Catégorie socio professionnelle de l'agent	Avez-vous encore envie de continuer à travailler ici?		
	Oui	Non	Total
Médecin généraliste	58%	42%	4%
Médecin spécialiste	38%	63%	6%
IDE	69%	31%	61%
SFE	55%	45%	26%
TS A/R	43%	57%	3%
Total	62%	38%	100%

Source : Etude sur les zones difficiles-BWS- Cabinet Lick Analysis Consult-Mars 2015

Le croisement par sexe révèle que 68,7% des hommes enquêtés veulent continuer à travailler en ZD contre 56,2% des femmes de l'échantillon. L'analyse du coefficient de corrélation de Pearson révèle que 12,8% des variances dans le sexe expliquent des variances dans l'envie des agents à vouloir rester travailler en ZD. La signification de l'hypothèse bilatérale qui est égale à 0,035 autorise à conclure qu'au sein des populations indépendantes du fait du sexe, il y a une différence de comportement sur le plan de l'envie de rester travailler en ZD avec moins de 5% de risque d'erreur.

Le croisement par tranche d'âge révèle qu'à partir de 45 ans 81,5% des agents ont plutôt tendance à se sédentariser contrairement aux plus jeunes dont près de la moitié veulent aller renforcer leurs compétences en d'autres lieux ou acquérir d'autres expériences. Hormis le déviant constitué par la tranche d'âge inférieure à 25 ans, 19%

des variances dans l'âge⁹ expliquent des variances dans l'envie des agents à vouloir rester travailler en ZD. Par ailleurs, la signification de l'hypothèse bilatérale qui est égale à 0,002 permet de conclure qu'au sein des populations indépendantes du fait de l'âge, il y a une différence de comportement entre les groupes d'âge sur le plan de l'envie de rester travailler en ZD avec moins de 1% de risque d'erreur.

Tableau N° 04: Répartition des agents selon la tranche d'âge et l'envie de rester en ZD

Tranches d'âge	Avez-vous encore envie de continuer à travailler ici?		
	Oui	Non	Total
Inférieur à 25 ans	100%	0%	0%
25 à 29 ans	59%	41%	15%
30 à 34 ans	55%	45%	35%
35 à 39 ans	62%	38%	22%
40 à 44 ans	52%	48%	8%
45 à 49 ans	69%	31%	5%
50 à 54 ans	75%	25%	4%
55 ans et plus	90%	10%	11%
Total	62%	38%	100%

Source : Etude sur les zones difficiles-BWS- Cabinet Lick Analysis Consult-Mars 2015

Tableau N° 05: Corrélation entre la tranche d'âge et l'envie de rester en ZD

Variables du test	Envie de continuer à travailler en ZD par tranches d'âge	
	Corrélation de Pearson	1
Sig. (bilatérale)		,002
Effectif	268	268
** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).		

Source : Etude sur les zones difficiles-BWS- Cabinet Lick Analysis Consult-Mars 2015

⁹ Le coefficient de corrélation de Pearson est de - 0,187.

L'analyse des résultats sur les **propositions de durée du séjour** dans la zone révèle que globalement, la tranche de durée modale déclarée par les agents enquêtés est de 1 à 4 ans avec 61,1% des répondants avec quelques spécificités différentielles.

Le croisement avec l'emplacement de la structure révèle qu'aucun agent des sites insulaires ne veut faire plus de quatre (04) ans contrairement à ceux qui sont dans la zone rurale dont 27% veulent rester jusqu'à sept (07) ans et 5% sont prêts à y rester encore pour une durée supérieure à seize (16) ans.

Concernant la CSP, les propositions de durée du séjour en ZD déclarées par les médecins sont concentrées au niveau des tranches de période de 1 à 4 ans pour plus de 80%. Aucun médecin n'a envie de continuer à travailler dans sa zone d'exercice au-delà de 7 ans ; le phénomène est plus accentué chez les médecins spécialistes dont les 63% veulent juste faire encore un an dans la zone. Ceci peut s'expliquer par le fait que les médecins ont toujours besoin d'aller suivre des formations spécialisées ou aller monnayer leurs compétences avec des activités parallèles dans le privé. Les paramédicaux sont prêts à faire plus de 10 ans si les conditions sont améliorées.

Le croisement avec la variable âge donne des résultats assez spécifiques en ce sens que 66% des jeunes veulent rester pour une période de 1 à 4 ans et 20% seulement pour une période de 4 à 7 ans; ceci peut s'expliquer par l'envie d'aller dérouler leur plan de carrière. Par contre, à partir de 50 ans, les agents préfèrent rester dans leur zone ou retourner dans leur région d'origine et attendre calmement leur retraite.

Le croisement avec le sexe révèle que 66% des femmes veulent rester pour une durée de 1 à 4 ans et 18% seulement proposent une période de 4 à 7 ans contrairement aux hommes dont 28% proposent une période de 4 à 7 ans.

Le croisement avec l'ethnie révèle que 64% des Wolofs sont prêts à rester dans leur zone d'exercice pour une période de 1 à 4 ans contre 72% parmi les Sérères et 66% parmi les Diolas.

Le croisement avec la région d'origine révèle que les agents enquêtés en provenance des régions non difficiles ne veulent pas rester longtemps dans les zones difficiles et

plus on avance dans les tranches de durée longue, moins on a de déclarants qui veulent rester contrairement aux agents enquêtés originaires des régions difficiles.

Il convient de noter qu'au-delà de la troisième tranche de durée (4 à 7 ans) l'effet des petits nombres constitue un biais dans l'analyse. On peut analyser l'acceptation des agents originaires de certaines régions à rester plus longtemps par le fait qu'il y a parmi eux beaucoup de contractuels du Plan Cobra. Il s'agit de Dakar pour 27%, Ziguinchor pour 23%, Thiès pour 17% et Fatick pour 11%.

La région d'origine constitue donc une variable déterminante dans la proposition de durée du maintien en zones difficiles car l'analyse statistique a montré que 15,8% des variances dans la région d'origine entraîne des variances dans la proposition de durée avec un risque d'erreur de 1% ; il en est de même pour la zone d'habitation dans la région d'origine.

Le croisement avec la situation matrimoniale informe que 58,3% des mariés proposent une période de 1 à 4 ans 22,7% de 4 à 7 ans. Les non mariés ne veulent pas rester plus de 4 ans certainement parce qu'ils veulent construire une famille ailleurs ; il en est de même pour les mariés qui ne vivent pas avec leur conjoint.

Parmi les agents qui ont des enfants mineurs en scolarisation et qui veulent continuer à travailler en zones difficiles les résultats du croisement des variables renseigne que 55% d'entre eux proposent une durée de 1 à 4 ans. Parmi ceux qui ne vivent pas avec tous leurs enfants mineurs en scolarisation 28,6% seulement sont prêts à rester pour une période supérieure à 4 ans.

➤ ***Analyse de la nécessité pour tout agent de séjourner en zones difficiles***

Les résultats de l'enquête révèlent que 86% des enquêtés pensent que tout agent de santé doit séjourner en zone difficile. Le test de corrélation de Pearson révèle qu'il y a peu de différence de comportement des sous-groupes de population identifiés par rapport à certaines variables socio démographiques du fait de la nécessité pour tout agent de séjourner en zones difficiles. Il n'y a que les agents enquêtés originaires de Louga qui ont des avis mitigés sur la question ; c'est certainement dû à l'effet des petits

effectifs. Les rares spécificités qui peuvent être observées avec quelques caractéristiques socio démographiques sont juste dues à des erreurs d'échantillonnage. L'analyse des résultats sur **la durée du séjour proposée** révèle qu'il n'y a pas de différence de comportement entre les agents sauf pour les variables emplacement de la structure, tranche d'âge et sexe.

2.3. Formation initiale et parcours professionnel

L'étude qualitative a montré que les agents formés dans leur région d'origine et qui y exercent ont plus de facilité d'adaptation dans leur milieu professionnel. Malheureusement, ce n'est qu'à Tambacounda où on a une bonne partie des agents formés sur place.

Tableau N° 06 : Répartition des agents selon la région d'enquête et le site de formation initiale

Région d'enquête	Site de formation initiale													
	DK	ZG	DL	SL	TC	KL	TH	LG	FK	KD	MT	Autre pays africain	Pays européen	Total
KD	22	0	0	2	2	1	4	0	0	2	0	0	1	34
MT	21	1	0	6	0	1	3	0	1	0	5	0	1	39
KF	6	0	0	0	0	5	1	0	0	0	0	0	0	12
KG	14	1	0	1	3	3	2	0	0	0	0	0	0	24
SD	11	2	1	0	1	0	2	1	0	0	0	0	0	18
ZG	41	4	0	4	2	3	3	0	0	1	0	0	0	58
TC	25	0	0	2	12	3	3	0	0	0	0	2	0	47
FK	21	1	1	4	1	7	1	0	0	0	0	0	0	36
Total	161	9	2	19	21	23	19	1	1	3	5	2	2	268

Source : Etude sur les zones difficiles-BWS- Cabinet Lick Analysis Consult-Mars 2015

Dans la première région d'exercice des agents, il est constaté que 41% des mariés n'ont pas vécu avec leur conjoint et 20% de ceux qui ont des enfants mineurs en scolarisation n'ont pas vécu avec eux tous durant cette période. Par ailleurs, les trois principales raisons de départ sont les démissions, les fins de contrat et les mutations. La fréquence de ces raisons diminue du 1^{er} séjour aux séjours suivants.

Tableau N° 07 : Raisons du départ selon le statut professionnel à la fin du 1er séjour

Raisons du départ à la fin du 1er séjour	Statut professionnel au moment de l'emploi (Fin 1er séjour)								
	1ère Région d'exercice = Poste actuel	Fonctionnaire	Contractuel					Bénévole	Total
			MSAS	EPS	Comité de santé	Collectivité locale	Autre employeur		
1ère Région d'exercice = Poste actuel	54	0	0	0	0	0	0	1	55
Démission	0	0	1	7	13	5	6	72	104
Formation	0	1	1	0	0	0	0	0	2
Fin de contrat	0	0	2	8	15	0	8	0	33
Mutation	0	54	18	0	0	0	0	0	72
Nomination	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Rapprochement de conjoint	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Total	54	57	22	15	28	5	14	73	268

Source : Etude sur les zones difficiles-BWS- Cabinet Lick Analysis Consult-Mars 2015

La mesure de l'impact du statut professionnel sur les raisons du départ renseigne que les agents de l'Etat (Fonctionnaires et Contractuels du MSAS) bougent surtout du fait des mutations ; les Contractuels des EPS et des Comités de Santé quittent par fin de contrat ou démission. Les bénévoles par contre, quittent essentiellement par démission pour aller chercher ailleurs.

CE QU'IL FAUT RETENIR

L'exploitation de la revue de littérature renseigne que la méthode du BWS a été expérimentée dans plusieurs pays développés sur les questions éthiques et sociales, le tabagisme des adolescents et l'amélioration de la santé maternelle.

L'analyse des résultats sur les caractéristiques socio démographiques informe que 59,7% des agents enquêtés sont en milieu rural contre 38,1% en zone urbaine et 2,2% en zone insulaire. La durée modale du séjour se trouve dans la classe 1 à 4 ans.

La population d'enquête est relativement jeune avec un âge moyen de 37,5 ans avec une féminisation car le rapport de masculinité est de 95,6%.

Les professionnels migrants « durée de vie » font 76% de l'échantillon et les Diolas se retrouvent essentiellement à Ziguinchor à hauteur de 61,3%.

Les agents mariés font 79% et parmi eux 57,3% ne vivent pas avec leur conjoint. Les agents qui ont des enfants en âge de scolarisation sont au nombre de 139 et 42,4% d'entre eux ne vivent pas avec eux tous. le phénomène est surtout accentué à Kédougou, Kaffrine et Fatick.

Globalement, 62% des agents enquêtés ont encore envie de rester travailler dans la zone difficile pour une durée maximale de quatre (04 ans).

Pour l'essentiel des variables, il n'y a pas de différence de comportement dans l'envie de rester ou pas en ZD hormis le rapprochement conjugal, la prise en charge des enfants mineurs en scolarisation, la catégorie socio professionnelle, l'âge et le sexe. Par ailleurs, 86% des enquêtés pensent que tout agent de santé doit séjourner en zone difficile pour une période de 4 ans. Les trois principales raisons de départ sont les démissions, les fins de contrat et les mutations.

PARTIE 3 : COMBINAISON ET CHOIX DES POLITIQUES AVEC BWS

La méthode du BWS repose sur l'hypothèse que les préférences sont ordinales par nature. Elle modélise le processus cognitif dans lequel les répondants choisissent à plusieurs reprises les deux questions dans les combinaisons retenues et a permis une première classification des politiques selon la plus déterminante et la moins déterminante au maintien des agents en ZD.

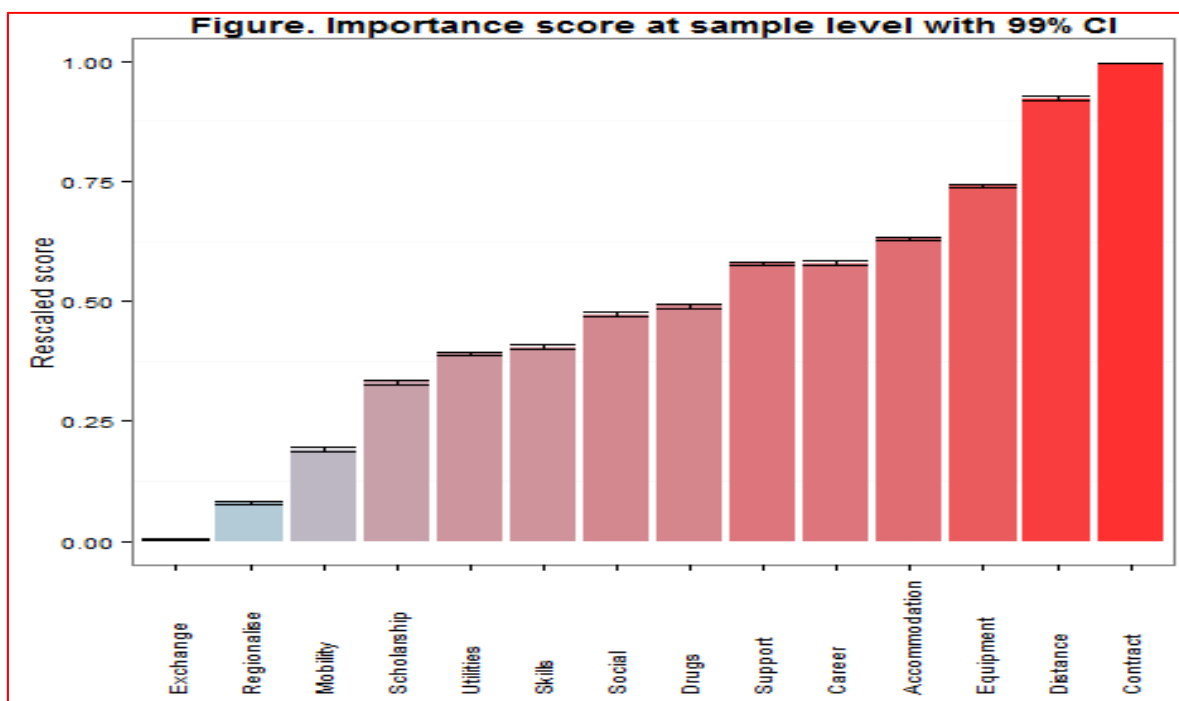
3.1. Classification des politiques de fidélisation selon les Scores

Les données collectées à l'aide de la méthode BWS peuvent être analysées avec des scores mesurant l'importance des facteurs les uns par rapport aux autres. Ces scores calculés au niveau de l'échantillon et au niveau individuel peuvent ensuite être utilisés avec des approches permettant d'identifier des groupes de répondants avec des points de vue similaires concernant l'importance des 14 politiques de fidélisations.

Tableau 2 : Calculs des Scores logarithmiques en cascades

Politiques	Pi Plus	Pi Moins	$R_i = \frac{P_i \text{ Plus}}{P_i \text{ Moins}}$	$S_i = \sqrt{R_i}$	$L_i = \ln(\sqrt{R_i})$	Li ajustée 1	Li ajustée 2
Contract	598	128	4,672	2,161	0,771	1,607	1,000
Distance	647	177	3,655	1,912	0,648	1,484	0,924
Equipment	345	173	1,994	1,412	0,345	1,181	0,735
Accommodation	321	222	1,446	1,202	0,184	1,020	0,635
Career	259	215	1,205	1,098	0,093	0,929	0,578
Support	275	230	1,196	1,093	0,089	0,925	0,576
Drugs	143	154	0,929	0,964	-0,037	0,799	0,497
Social	251	298	0,842	0,918	-0,086	0,750	0,467
Skills	273	406	0,672	0,820	-0,198	0,638	0,397
Utilities	147	224	0,656	0,810	-0,211	0,626	0,389
Scholarship	199	370	0,538	0,733	-0,310	0,526	0,327
Mobility	126	367	0,343	0,586	-0,535	0,302	0,188
Regionalise	97	410	0,237	0,486	-0,721	0,115	0,072
Exchange	71	378	0,188	0,433	-0,836	0,000	0,000

Source : Contribution de la partie britannique- Krucien Nicolas - UK-Mars 2015
 Graphique 02 : Classification des politiques de fidélisation avec les Scores logarithmiques



Source : Contribution de la partie britannique- Krucien Nicolas - UK-Mars 2015

L'analyse des données BWS au niveau de l'échantillon permet d'identifier quatre grands groupes:

1) **Deux politiques sont fortement déterminantes ou prioritaires :**

« Accorder une prime d'éloignement en fonction du poste pour les agents en exercice dans les ZD (Distance **P8**) » et « Favoriser le recrutement des contractuels qui sont en ZD dans la Fonction publique (Contract **P6**) ».

La politique **P8** a toujours été choisie comme politique la plus déterminante au niveau des cinq combinaisons où elle est proposée. Ceci n'est pas étonnant en ce sens qu'il s'agit d'une politique qui intéresse directement l'agent et ils y sont tous éligibles.

La politique relative au recrutement des contractuels qui sont en zones difficiles dans la Fonction publique est choisie comme Pi Plus dans trois combinaisons parmi les cinq où elle figure. Il s'agit là d'une politique qui intéresse uniquement les agents qui ne sont pas encore titularisés dans la Fonction publique. Elle permet de résoudre les difficultés liées à la précarité de l'emploi.

2) **Deux politiques sont moyennement déterminantes moyennement intermédiaires** : il s'agit des politiques **P11** et **P10**.

*« Fournir l'équipement médical et la logistique roulante nécessaire aux structures sanitaires dans les ZD (Equipment **P11**) » et « Mettre un logement à la disposition des agents de santé en exercice dans les ZD (Accommodation **P10**) »*

La politique **P11** relative au relèvement du plateau technique des structures sanitaires implantées dans les zones difficiles est choisie comme Pi Plus dans deux combinaisons parmi les cinq où elle est proposée. Il s'agit d'une politique qui impacte les conditions de travail de l'agent mais pas ses conditions de séjour. Cette politique est essentiellement choisie par les médecins et les responsables des structures sanitaires.

La politique **P10** relative à l'octroi d'un logement aux personnels de soins qualifiés qui sont dans les zones difficiles est choisie comme Pi Plus dans trois combinaisons parmi les cinq où elle est proposée. Elle constitue une astreinte au travail surtout pour les SFE.

3) **Deux politiques sont très faiblement déterminantes ou secondaires** :

*« Développer au niveau régional la gestion des ressources humaines et l'information professionnelle (Regionalise **P2**) » et « Développer les échanges professionnels entre le niveau national et local (Exchange **P4**) ».*

Les politiques **P2** et **P4** n'ont jamais été plus déterminantes au niveau des cinq combinaisons où elles sont proposées. Il s'agit là de politiques de fidélisation qui n'impactent pas directement les conditions de vie de l'agent.

4) **Les huit autres politiques sont intermédiaires**

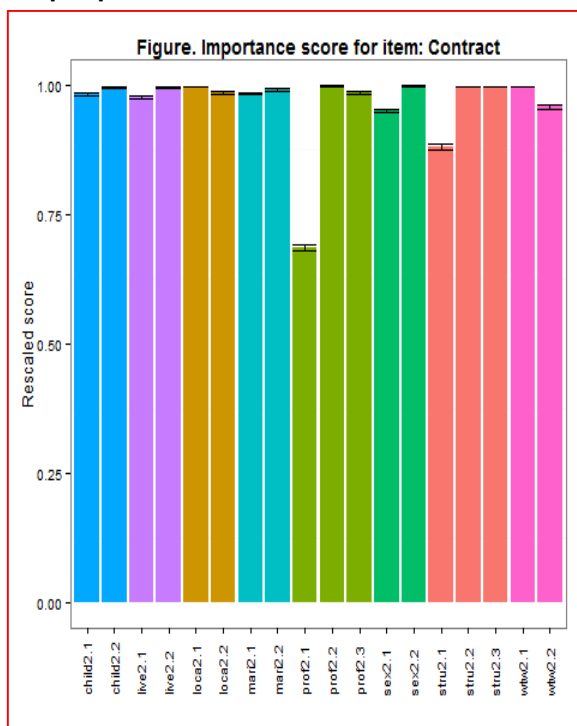
3.2. Effets des caractéristiques personnelles par facteur

L'analyse précédente a été répétée pour différents sous-groupes de répondants identifiés à partir de leurs caractéristiques individuelles. Par exemple, l'analyse a été répétée séparément pour le groupe de répondants « Femme » et celui « Homme ».

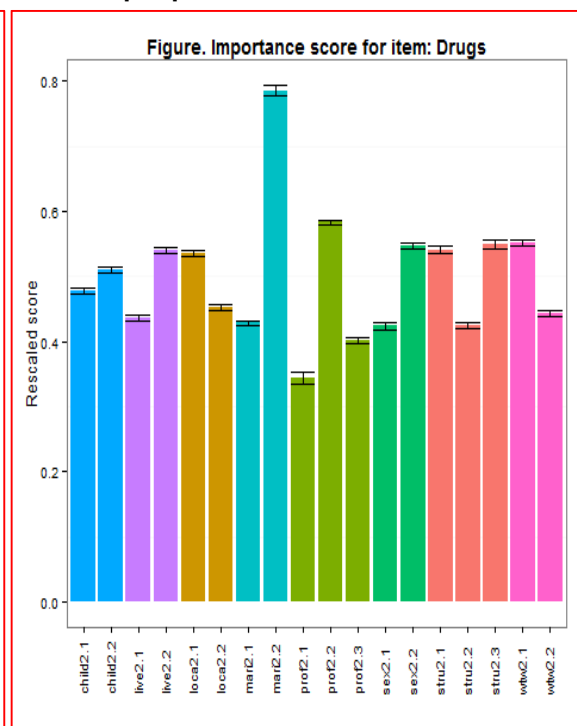
L'analyse des données pour les différents sous-groupes a été conduite pour chaque facteur séparément, produisant ainsi 14 graphiques (1 par facteur).

Chaque graphique indique les niveaux d'importance pour les différents sous-groupes de répondants. Cette approche permet une comparaison des résultats entre les sous-groupes définis par la même caractéristique individuelle. Par exemple il est possible de comparer le score d'importance entre le sous-groupe des « Homme » et celui des « Femme ». Par contre il convient de ne pas comparer les résultats entre sous-groupes définis par différentes caractéristiques individuelles (Exemple : « Homme » vs. « Infirmier »).

Graphique 03 : Recrutement



Graphique 04 : Médicaments

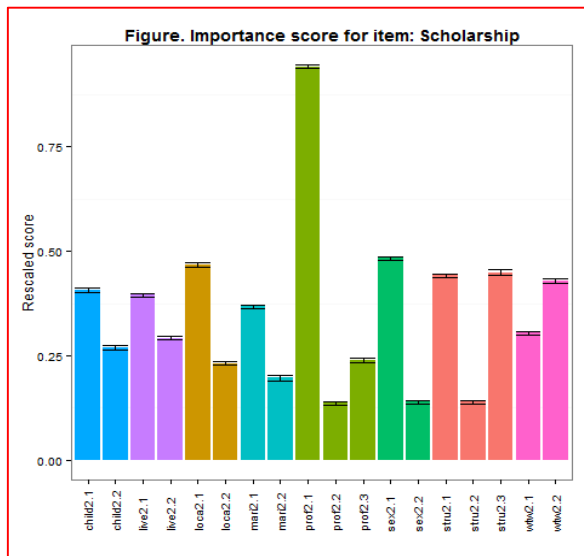


Source : Contribution de la partie britannique- Krucien Nicolas - UK-Mars 2015

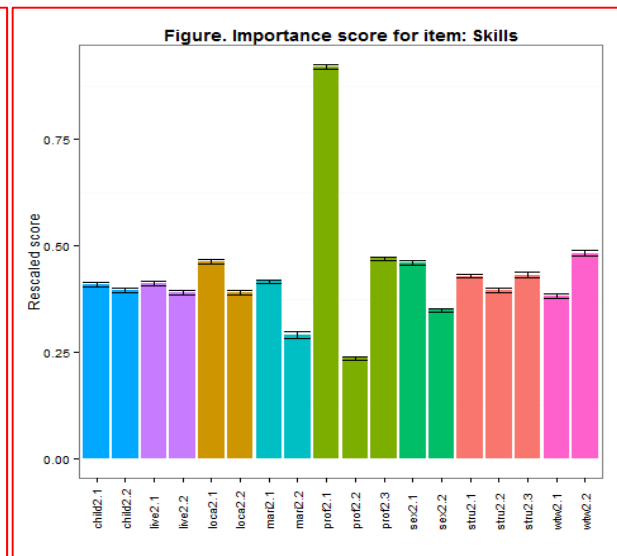
L'importance relative des scores sur l'histogramme « Recrutement » révèle que la politique relative au recrutement des contractuels dans la Fonction publique est appréciée dans plus de 90% de cas. Ce n'est que pour la catégorie des médecins qu'on descend en dessous de 70%. Pour les autres politiques il n'y a pas de différence significative de comportement selon les caractéristiques socio démographiques.

Globalement, l'analyse des résultats indique un consensus concernant l'importance des facteurs « prioritaires ».

Graphique 05 : Bourses (Scholarship)



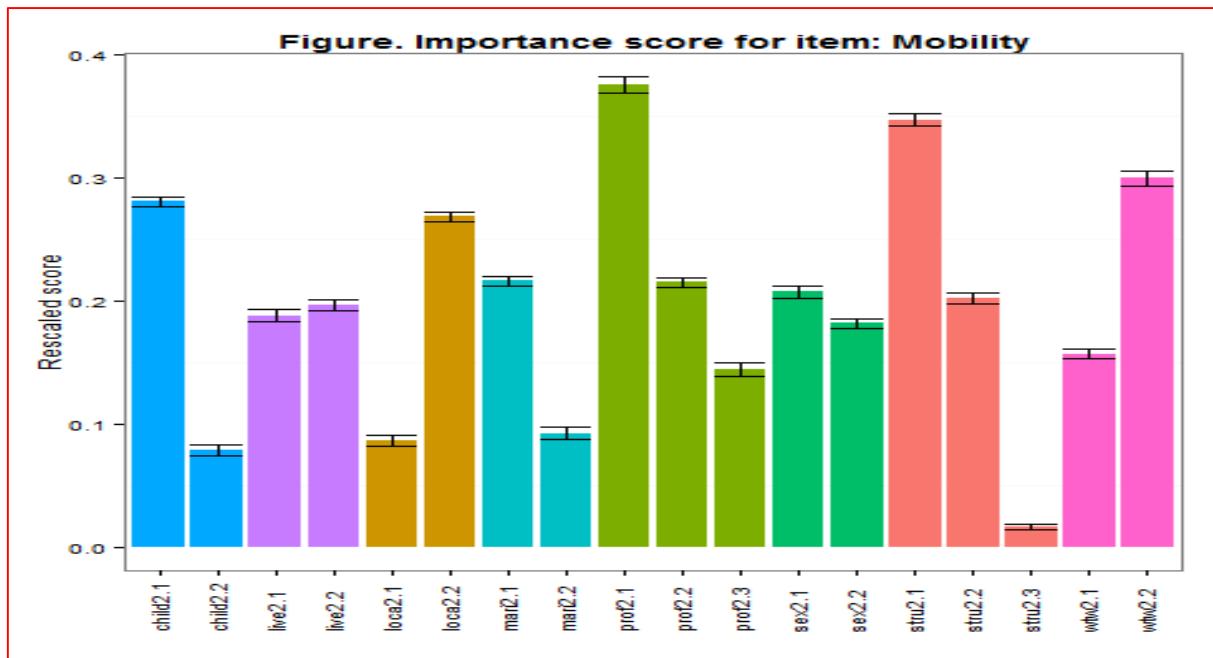
Graphique 06 : Prime de spécialisation (Skills)



Source : Contribution de la partie britannique- Krucien Nicolas - UK-Mars 2015

L'importance relative des scores sur l'histogramme « Scholarship » et « Skills » révèle que ce sont des politiques qui intéressent surtout les médecins.

Graphique 07 : Influence des caractéristiques individuelles sur la Mobilité

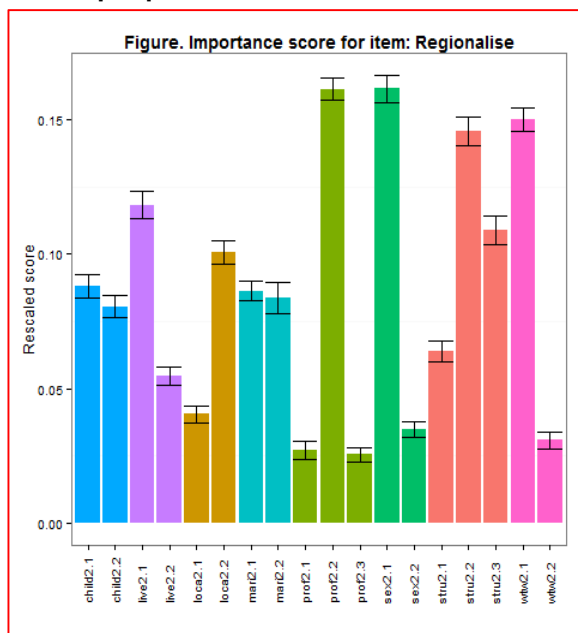


Source : Contribution de la partie britannique- Krucien Nicolas - UK-Mars 2015

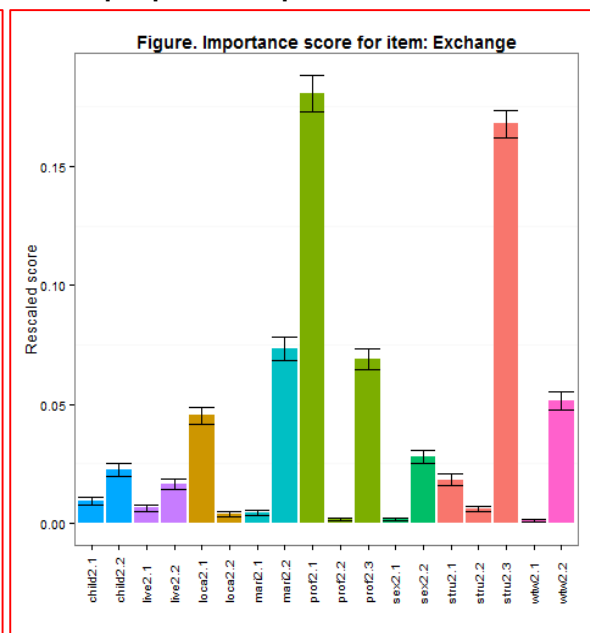
La politique relative à l'amélioration du système de gestion de la mobilité fait partie des politiques à choix intermédiaires avec un score inférieur à 40%.

Ici, l'influence des variables socio démographiques présente des différences significatives sur le choix de cette politique comme Pi Plus par les agents. Ainsi, du point de vue de la catégorie socio professionnelle les mariés et les agents qui ont des enfants mineurs en âge de scolarisation sont les plus intéressés ; au niveau des zones d'implantation des structures ce sont surtout ceux qui exercent en zone rurale qui ont mis l'accent sur cette politique. Concernant la CSP les médecins ont le plus gros score en matière de choix de cette politique ; au niveau du type de structure, ce sont surtout les agents des centres de santé qui veulent bouger contrairement à ceux des postes de santé ; les agents qui n'ont plus envie de travailler en zones difficiles ont naturellement choisi cette politique.

Graphique 08 : Décentralisation GRH



Graphique 09 : Supervision



Source : Contribution de la partie britannique- Krucien Nicolas - UK-Mars 2015

A l'opposé des politiques « prioritaires », celles « secondaires » (Décentralisation de la GRH et Supervision formative) ont un score très faible inférieur à 15% et montrent une plus grande variabilité des scores d'importance entre les sous-groupes.

Regionalize : ceux qui n'ont pas envie de continuer à travailler en ZD ne sont pas intéressés par cette politique avec un score d'environ 2% contre 15% pour ceux qui veulent continuer à travailler en ZD.

Exchange : les agents de santé en exercice dans les zones difficiles se sentent importants quand ils reçoivent une mission du niveau central qui vient partager avec eux sur certains aspects.

Tableau 3 : Caractéristiques individuelles utilisées dans l'analyse des données BWS

Caractéristique	Modalité	Eff.
Stru2 : Type de structure sanitaire		
	Stru2.1: Centre de santé	94
	Stru2.2: Poste de santé	104
	Stru2.3: Hôpital	66
	Stru2.4 : RM ; DS	04
Loca2: Zone géographique de la structure sanitaire		
	Loca2.1: Urbaine	102
	Loca2.2: Rurale/Insulaire	166
Prof2: Catégorie socioprofessionnelle		
	Prof2.1 : Médecin (généraliste/spécialiste)	28
	Prof2.2 : Infirmier	164
	Prof2.3: Sage-femme/TS AR	76
Sex2: Sexe		
	Sex2.1 : Homme	131
	Sex2.2 : Femme	137
Mari2: Situation matrimoniale		
	Mari2.1 : Marie	211
	Mari2.2 : Célibataire	57
Child2: Nombre d'enfants		
	Child2.1 : Avec enfant	139
	Child2.2 : Sans enfant	129
Live2: Situation familiale		
	Live2.1 : Vivre accompagnée (conjoint et/ou enfant)	107
	Live2.2 : Vivre seul	154
Wtw2: Attitude à l'égard de l'exercice en zones difficiles		
	Wtw2.1 : Prêt à exercer en ZD	167
	Wtw2.2 : Pas prêt à exercer en ZD	101

Source : Contribution de la partie britannique- Krucien Nicolas - UK-Mars 2015

3.3. Analyse des données BWS au niveau individuel

L'analyse des données BWS au niveau individuel a permis d'identifier 3 groupes de répondants avec des points de vue différents.

- Avec un Score de + 0,566 le groupe « Cluster 1 » accorde la plus grande importance à une politique intermédiaire **«Garantir un accès aux médicaments au niveau des structures en ZD (Drugs P12) »**.
- Avec un Score de + 0,99 une partie du groupe « Cluster 2 » valorise la politique **« Développer au niveau régional la gestion des ressources humaines et l'information professionnelle (Regionalize P2) »** ; avec un Score de + 0,651 une autre partie du groupe « Cluster 2 » a opté pour la politique **« Développer les échanges professionnels entre le niveau national et local (Exchange P4) »** ; il s'agit là de deux politiques très faiblement déterminantes ou secondaires.
- Finalement, le groupe « Cluster 3 » serait composé de répondants accordant une grande importance aux incitations financières en général.

Avec un Score de + 1,075 une partie du groupe « Cluster 3 » valorise la politique **« Accorder une prime de spécialisation liée au poste pour les médecins spécialistes et les TSS en exercice dans les ZD (Skills P9) »**.

Avec un Score de + 0,646 une autre partie du groupe « Cluster 3 » a opté pour la politique **« Assurer une discrimination positive à l'endroit des agents de santé en ZD lors de l'octroi des bourses de spécialisation notamment pour les médecins qui ont fait au moins 5 ans dans ces zones (Scholarship P5)»**; ces politiques intéressent surtout les médecins. Avec un score de 0,528 une autre partie du groupe « Cluster 3 » accorde une grande importance à la politique **« Accorder une prime d'éloignement en fonction du poste dans les ZD (Distance P8) »**.

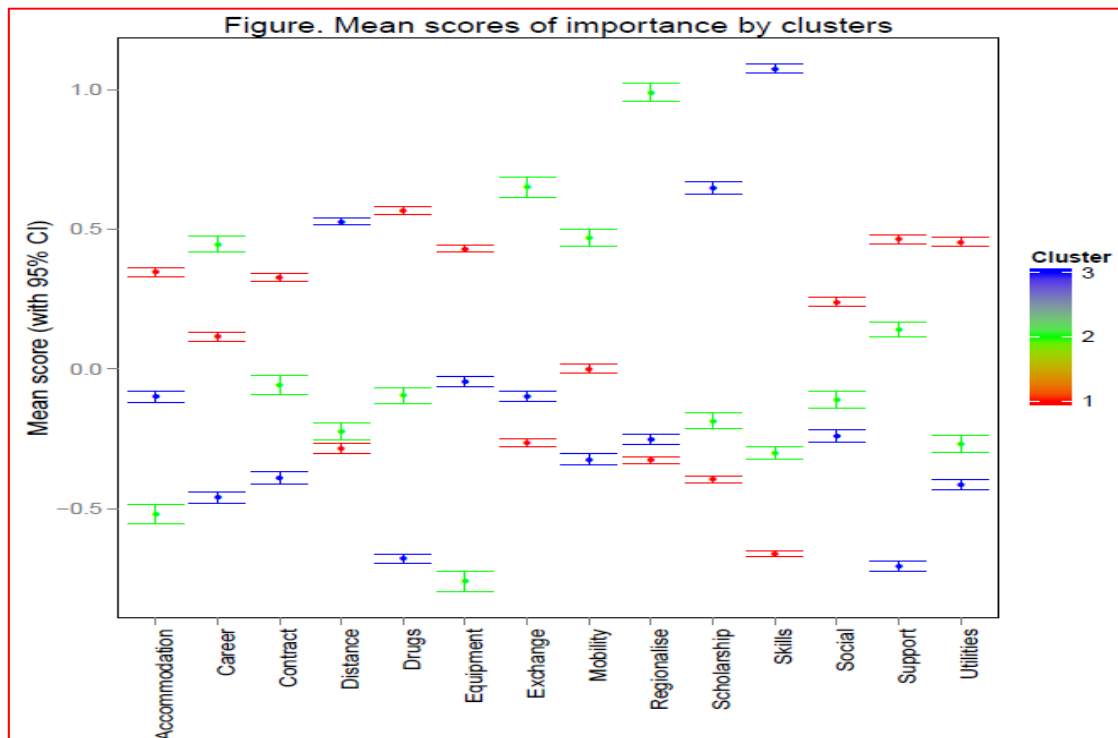
Par comparaison les deux autres groupes de répondants, «Cluster 1» et «Cluster 2», valorisent relativement peu ces facteurs ; il y a certainement beaucoup plus d'infirmiers et de sages femmes dans ce groupe. Les scores d'importance peuvent être comparés au sein et entre les groupes.

Tableau 4: Analyse des scores au niveau individuel

Item	Cluster 1 (Mean + SD)	Cluster 2 (Mean + SD)	Cluster 3 (Mean + SD)
Help to get scholarship	-0.395 (0.799)	-0.185 (0.857)	0.646 (1.013)
Develop inter-professional exchanges	-0.265 (0.851)	0.651 (1.127)	-0.098 (0.897)
Guarantee access to utilities	0.454 (0.932)	-0.268 (0.935)	-0.413 (0.886)
Guarantee access to medical equipment	0.43 (0.766)	-0.76 (1.109)	-0.045 (0.873)
Help to get public contract	0.328 (0.831)	-0.059 (1.073)	-0.39 (1.014)
Support career development	0.117 (0.986)	0.447 (0.866)	-0.46 (0.928)
Manage human resources at regional level	-0.325 (0.735)	0.99 (1.024)	-0.251 (0.845)
Provide accommodation	0.347 (0.908)	-0.52 (1.06)	-0.099 (0.901)
Guarantee access to drugs	0.566 (0.851)	-0.095 (0.89)	-0.679 (0.794)
Improve professional mobility	0.001 (1.02)	0.469 (0.964)	-0.323 (0.871)
Financial incentive (based on distance)	-0.285 (1.132)	-0.224 (0.988)	0.528 (0.494)
Financial incentive (based on skills)	-0.662 (0.578)	-0.299 (0.703)	1.075 (0.657)
Promote participation to social events	0.24 (1.026)	-0.111 (0.948)	-0.239 (0.938)
Provide professional support	0.463 (0.877)	0.141 (0.854)	-0.706 (0.842)

Source : Contribution de la partie britannique- Krucien Nicolas - UK-Mars 2015

Graphique 10 : Importance des scores des groupes par politique de fidélisation



Source : Contribution de la partie britannique- Krucien Nicolas - UK-Mars 2015

En prolongement de la précédente analyse, il est possible d'utiliser les caractéristiques personnelles des répondants pour prédire leur probabilité d'appartenir aux différents groupes (*Cluster 1:3*). Seule la catégorie socio-professionnelle du répondant semble avoir un effet statistiquement significatif sur la répartition dans les groupes. Les répondants « Infirmier » ont moins de chance que ceux « Médecin » d'appartenir au groupe « cluster 3 » par rapport au groupe « cluster 1 » (ou inversement les répondants « Infirmier » ont une plus grande chance que ceux « Médecin » d'appartenir au groupe « cluster 1 »). Il en est de même pour les répondants « sage-femme ».

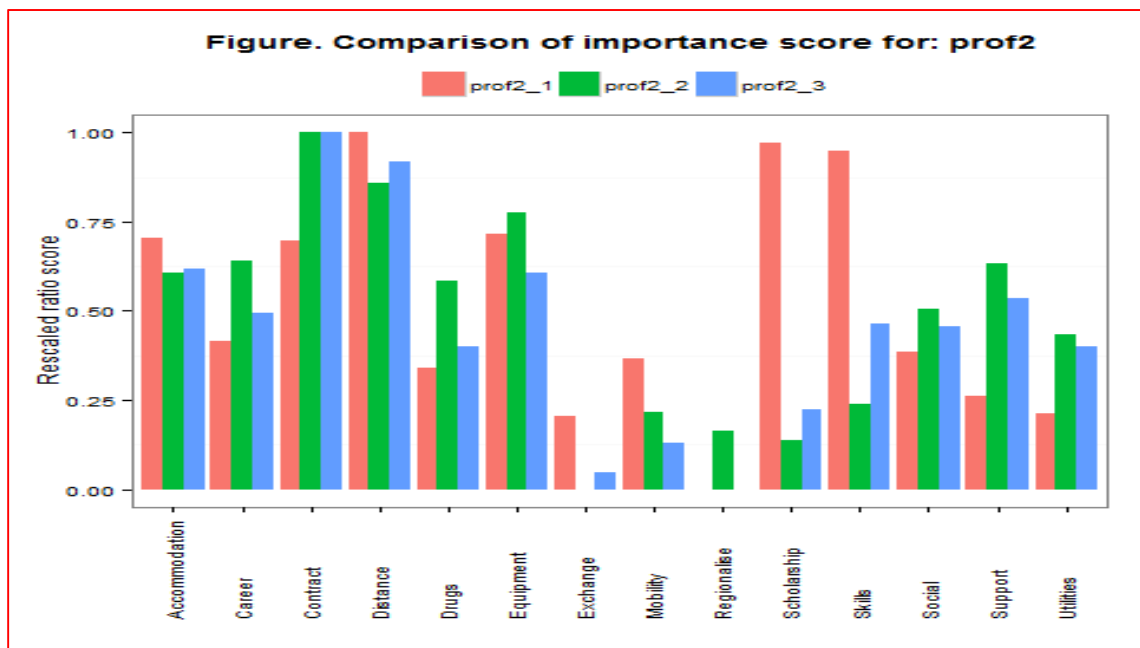
3.4. Ebauche de modélisation

Un modèle consiste en la représentation d'idées en vue de théoriser sur un phénomène sociologique ; c'est donc un compromis entre une simplicité incomplète et un réalisme reflétant la complexité du comportement de l'homme face à son environnement.

La construction de modèles robustes requiert les préalables suivants :

- entreprendre une démarche rigoureuse et scientifique ;
- s'assurer de sa faisabilité technique et financière
- s'assurer de l'affirmation d'une volonté politique.

Graphique 10 : Comparaison des scores logarithmiques selon la CSP



Source : Contribution de la partie britannique- Krucien Nicolas - UK-Mars 2015

Il ressort de cet histogramme que les médecins sont très intéressés par la prime d'éloignement, la prime de spécialisation et les bourses de formation (Score Ξ 1) ; le relèvement du plateau technique et l'octroi d'un logement sont également évoqués.

Les infirmiers sont surtout intéressés par le recrutement des contractuels dans la Fonction publique (Score Ξ 1) ; la prime d'éloignement, le relèvement du plateau technique, les relations de soutien professionnel et l'octroi d'un logement sont également évoqués. Les sage-femmes sont surtout intéressées par le recrutement des contractuels dans la Fonction publique et la prime d'éloignement (Score Ξ 1) ; l'octroi d'un logement, le relèvement du plateau technique et les relations de soutien professionnel sont également évoqués.

L'analyse de l'histogramme permet de dégager des axes pour l'identification des politiques de fidélisation pouvant mener vers l'élaboration des modèles. C'est ainsi que nous pouvons retenir les propositions suivantes qu'il va falloir approfondir avec la Méthode des Choix Discrets qui sera utilisée dans la troisième phase de l'étude.

Médecins : Distance, Equipment, Accomodation, Skills.

Infirmiers : Contract, Distance, Equipment, Career.

Sage-femme d'Etat : Contract, Distance, Accomodation, Equipment.

La valeur modale de la tranche de prime de spécialisation sollicitée par les médecins se situe entre 50 000 et 100 000 f ; il en est de même pour la prime d'éloignement.

La valeur modale de la tranche de durée de maintien se situe entre 1 et 4 ans.

CE QU'IL FAUT RETENIR

La méthode du BWS modélise le processus cognitif dans lequel les répondants choisissent à plusieurs reprises les deux questions dans les combinaisons retenues.

Les réponses obtenues du BWS croisées avec les variables de la section Identification informent qu'il y a une influence significative de l'âge, du sexe, de la catégorie socio professionnelle et de statut sur le choix des agents.

Les médecins généralistes ont plutôt choisi l'octroi des bourses de spécialisation comme politique la plus déterminante contrairement aux IDE et aux SFE qui préfèrent le recrutement des contractuels des zones difficiles dans la Fonction publique ou la prime d'éloignement.

Du point de vue du sexe, les résultats de l'exploitation renseignent que les femmes sont prêtes à renoncer aux bourses de spécialisation pour d'autres politiques.

Les données collectées à l'aide de la méthode BWS ont été analysées avec des scores mesurant l'importance relative des politiques de fidélisation qui ont pu être classées en quatre grands groupes : les prioritaires, les moyennement prioritaires, les secondaires et les intermédiaires.

Deux politiques sont prioritaires : le recrutement des contractuels dans la Fonction publique qui vient solutionner la précarité de l'emploi et la prime d'éloignement qui règle beaucoup de problèmes financiers.

La politique relative à l'amélioration du système de gestion de la mobilité fait partie des politiques intermédiaires. Ici, l'influence des variables socio démographiques présente des différences significatives sur le choix de cette politique comme Pi Plus par les agents.

A l'opposé des politiques « prioritaires », celles « secondaires ont un score très faible mais les variances sur les caractéristiques individuelles induisent beaucoup de changement de comportement quant au choix de ces politiques.

L'analyse des scores logarithmiques par CSP a permis une ébauche à la modélisation.

Médecins : Distance, Equipment, Scholarship, Skills.

Infirmiers : Contract, Distance, Equipment, Career.

Sage-femme d'Etat: Contract, Distance, Accomodation, Equipment.

Ces aspects seront développés dans la troisième phase avec la méthode du DCE.

PARTIE 4 : LIMITES DE L'ETUDE ET RECOMMANDATIONS

4.1. Limites de l'étude

Comme toute opération de recherche, l'étude souffre de quelques faiblesses dans son aspect fondamental, ce qui limite la généralisation des résultats.

Nous nous sommes limités aux huit régions définies comme difficiles alors que certaines autres peuvent renfermer des poches difficiles d'accès avec des conditions de séjour très rudes et où les structures sanitaires sont faiblement équipées. En outre, certaines questions n'ont pas pu être abordées notamment l'existence de structures pour la formation continue, d'écoles adaptées pour la scolarisation des enfants, de sites d'épanouissement en dehors des heures de travail.

Il n'est pas inutile de rappeler que le secteur de la Santé est caractérisé par des mouvements sociaux et la présence de beaucoup d'associations professionnelles ; l'étude n'a pas pu déterminer comment la dynamique de groupe pourrait éventuellement affecter ou réorienter les préférences des agents de santé.

Une autre limite majeure de la présente étude réside dans le fait qu'on s'est surtout intéressé aux préférences déclarées plutôt que réels. En effet, nous nous sommes limités aux comportements hypothétiques des agents enquêtés et non aux preuves factuelles. Un des plus grands défis de la méthode BWS sera d'établir leur validité externe. La troisième phase DCE pourrait y apporter des ébauches de solutions.

Les études ultérieures vont pouvoir aborder ces aspects.

Seulement, malgré ces limitations, nous avons trouvé des résultats cohérents qui ont démontré que les valeurs d'échelle provenant de BWS sont celles qui répondent le mieux à une théorie sur la manière dont les individus font leurs préférences. Les travaux futurs pourront explorer de nouveaux axes de recherche incluant des variables de valence (prix à payer pour soutenir une cause noble), de comportement socio culturel (dimension religieuse et politique) ou technique avec des échantillons plus représentatifs (qualitativement et quantitativement).

4.2. Recommandations

Parallèlement à ces mesures individuelles qui agissent directement sur les agents de santé, il faut assurer l'exécution effective des **recommandations** formulées dont la plupart font appel à la multisectorialité et impactent l'environnement de travail de l'agent. Il s'agit entre autres de :

- améliorer le dispositif sécuritaire des agents de santé ;
- réhabiliter les routes pour le désenclavement des structures sanitaires;
- améliorer l'accès aux sites insulaires;
- introduire des modules de formation en instruction civique et en géographie ;
- sensibiliser les collectivités locales à contribuer à l'amélioration des conditions de séjour des personnels de soins qualifiés en exercice dans les zones difficiles ;
- développer des stratégies pour l'utilisation du personnel communautaire en vue de résorber progressivement le chômage des personnels de santé qualifiés ;
- réintroduire le système de service obligatoire de trois à cinq ans à n'importe quel lieu d'affectation pour les médecins ;
- expérimenter une stratégie communautaire bien développée au Japon et consistant à exploiter les relations de soutien professionnel en soins obstétricaux non seulement dans l'axe « Gynécologue → Sage-femme », mais également dans l'axe « Sage-femme → Matrone¹⁰ » ;
- construire des écoles adaptées pour les enfants des agents en zones difficiles ;
- faciliter la disponibilité de structures bancaires pour éviter les longs déplacements et les absences répétées perturbant la continuité des soins ;
- faciliter la mise en place de cadres de concertation fonctionnels au niveau des structures sanitaires ;
- accorder des crédits d'installation remboursables et sans intérêts ;
- respecter autant que possible le choix des agents si la mutation demandée est pour les zones difficiles.

¹⁰ En milieu rural, les matrones s'occupent d'une grande partie des soins obstétricaux ;

CE QU'IL FAUT RETENIR

Certaines faiblesses de l'étude limitent la généralisation des résultats. Il s'agit entre autres du premier degré de l'échantillonnage qui met de côté certaines régions qui peuvent contenir des poches de zone difficile ; la dynamique de groupe pourrait induire des changements de comportements dans le choix des politiques de fidélisation. Les travaux futurs devront introduire d'autres variables de valence, de comportement socio culturel et de représentativité statistique.

Les recommandations formulées font, pour la plupart, appel à la multisectorialité et impactent l'environnement de travail de l'agent. Il s'agit entre autres d'améliorer le dispositif sécuritaire des agents de santé, d'assurer le désenclavement des structures sanitaires par la réhabilitation des routes, d'améliorer l'accès aux sites insulaires. Du point de vue de la formation, il faudra introduire des modules en instruction et en géographie.

Les autorités compétentes devront également sensibiliser les collectivités locales à contribuer à l'amélioration des conditions de séjour des personnels de soins qualifiés en exercice dans les zones difficiles, développer des stratégies pour l'utilisation du personnel communautaire, réintroduire le système de service obligatoire et développer les relations de soutien professionnel au niveau communautaire.

Enfin, les autorités devront construire des écoles adaptées pour les enfants des agents en zones difficiles, faciliter la mise en place de cadres de concertation fonctionnels au niveau des structures sanitaires, accorder des crédits d'installation remboursables et sans intérêts et respecter autant que possible le choix des agents si la mutation demandée est pour les zones difficiles.

ANNEXES

Annexe 1 : Echantillonnage

Annexe 2 : Questionnaire Identification Section 1

Annexe 3 : Questionnaire Formation initiale et Parcours professionnel Section 2

Annexe 4 : Questionnaire BWS Section 3

Annexe 1 :Echantillonnage

Anexe 1 : Echantillonnage

La population d'enquête est tirée de la population globale des personnels de soins qualifiés en exercice dans les zones difficiles au niveau des régions de FK, KF, TC, KG, ZG, SD, KD et MT. Il s'agit d'un échantillon aléatoire tiré d'une base de sondage dont le volume est inférieur à 10 000 unités statistiques. La formule applicable se présente comme suit :

$$t_a = t_0 / (1 + t_0/T)$$

Avec

t_a = taille de l'échantillon ajustée à la base de sondage

t₀ = taille primaire de l'échantillon

T = Effectif total de la strate dans la base de sondage

La taille primaire de l'échantillon **t₀** s'obtient ainsi :

$$t_0 = (\delta^2 \times p \times q) / i^2$$

Avec

δ = écart réduit correspondant au risque consenti ; selon la loi normale centrée réduite $\mathcal{N}(0,1)$ et pour une erreur d'échantillonnage de 5% sa valeur est de 1,96.

p = probabilité d'un sujet d'être tiré

q = probabilité d'un sujet de ne pas être tiré = 1 – p

Ici nous retiendrons que p = 0,5 donc q = 1 – p = 0,5

i = 5% = 0,05

$$t_0 = ((1,96^2 \times 0,5 \times 0,5) / 0,05^2) = 384$$

Annexe 1 :Echantillonnage

En appliquant ces formules sur les strates régionales considérées comme des populations autonomes nous obtenons les échantillons associés suivants :

Code de la Région	Nom de la Région	Population totale	Echantillon
09	Fatick	120	36
12	Kaffrine	40	12
05	Tambacounda	154	47
13	Kédougou	80	24
02	Ziguinchor	187	58
14	Sédhiou	61	18
10	Kolda	111	34
11	Matam	128	39
Total		881	268

Source : Recherche fondamentale faite par le Cabinet Lick Analysis Consult-Mars 2015

Annexe 2 : Questionnaire Identification Section 1

Annexe 2.1 : Questionnaire Identification Section 1

Cabinet Lick Analysis Consult

Téléphone : 77 554 44 84

Email : sallamalick52@gmail.com

N° Questionnaire :/...../.....



ETUDE QUANTITATIVE INTEGREE SUR LA PROBLEMATIQUE DU MAINTIEN DES PERSONNELS DE SOINS QUALIFIES DANS LES ZONES DIFFICILES DU SENEGAL

QUESTIONNAIRE

Tout agent de santé est certes tenu de rejoindre son poste d'affectation où qu'il se trouve ; seulement on remarque que la plupart d'entre eux refusent d'aller dans les zones déshéritées ou d'y rester du fait des mauvaises conditions de vie et de travail.

Ce questionnaire, destiné aux personnels de soins en exercice dans les zones difficiles, a pour but de construire des modèles composites qui leur seront proposés par la suite.

Ces modèles, construites à partir d'une méthode récente dénommée « Classement du Meilleur au Pire (*Best-Worst Scaling*) », aideront à la formulation de politiques de fidélisation des personnels de soins qualifiés dans les zones difficiles. Elles seront soumises à l'appréciation des autorités pour validation et mise en oeuvre.

Validation du questionnaire

Prénoms et Nom	Date	Signature
Agent enquêteur		
Superviseur		
Agent de saisie		

Annexe 2 : Questionnaire Identification Section 1

1. IDENTIFICATION DE L'AGENT ENQUETE

Q 1.01. Code de l'enquêté :

Région

Base de Sondage

Echantillon régional

- « 01 » Dakar
- « 02 » Ziguinchor
- « 03 » Diourbel
- « 04 » Saint-Louis
- « 05 » Tambacounda
- « 06 » Kaolack
- « 07 » Thiès
- « 08 » Louga
- « 09 » Fatick
- « 10 » Kolda
- « 11 » Matam
- « 12 » Kaffrine
- « 13 » Kédougou
- « 14 » Sédhiou

Q 1.02. District sanitaire :

Q 1.03. Nom de la Structure sanitaire :

- « 1 » Région médicale
- « 2 » District sanitaire
- « 3 » Centre de santé
- « 4 » Poste de santé
- « 5 » Hôpital

Q 1.04. Emplacement de la structure :

- « 1 » Zone urbaine (Commune)
- « 2 » Zone rurale (Départements)
- « 3 » Zone insulaire

Q 1.05. Durée du séjour dans la structure en années :

Q 1.06. Catégorie socioprofessionnelle de l'agent :

- « 1 » Médecin généraliste
- « 2 » Médecin spécialiste
- « 3 » IDE
- « 4 » SFE
- « 5 » TS A/R

Q 1.07. Fonction de l'agent de santé :

Annexe 2 : Questionnaire Identification Section 1

Q 1.08. Evolution du statut de l'agent dans ce poste:

N° d'ordre	Statut de l'agent	Durée en années dans ce statut
	« 1 » Fonctionnaire « 2 » Contractuel du MSAS « 3 » Contractuel d'un EPS « 4 » Contractuel avec un Comité de santé « 5 » Contractuel d'une Collectivité locale « 6 » Bénévolat « 9 » Autres employeurs	
	Q 1.08.1	Q 1.08.2
1)		
2)		
3)		
4)		

Q 1.09. Age de l'agent : (en années révolues)

Q 1.10. Sexe de l'agent :

- « 1 » Masculin
- « 2 » Féminin

Q 1.11. Ethnie de l'agent :

- « 1 » Wolof
- « 2 » Poular
- « 3 » Sérère
- « 4 » Mandingue
- « 5 » Diola
- « 9 » Autres ethnies

Q 1.12. Zone d'habitation :

- « 1 » Zone urbaine (Commune)
- « 2 » Zone rurale (Départements)
- « 3 » Zone insulaire

Annexe 2 : Questionnaire Identification Section 1

Q 1.13. Région d'origine de l'agent :

- « 01 » Dakar
- « 02 » Ziguinchor
- « 03 » Diourbel
- « 04 » Saint-Louis
- « 05 » Tambacounda
- « 06 » Kaolack
- « 07 » Thiès
- « 08 » Louga
- « 09 » Fatick
- « 10 » Kolda
- « 11 » Matam
- « 12 » Kaffrine
- « 13 » Kédougou
- « 14 » Sédhiou

Q 1.14. Zone d'habitation de la région d'origine :

- « 1 » Zone urbaine (Commune)
- « 2 » Zone rurale (Départements)
- « 3 » Zone insulaire

Q 1.15. Situation matrimoniale de l'agent :

- « 1 » Marié (e)
- « 2 » Célibataire
- « 3 » Veuf (ve)
- « 4 » Divorcé (e)

(Si réponse = « 2 », « 3 » ou « 4 » passer à Q 1.17)

Q 1.16. Si marié (e), est-ce vous vivez ensemble avec votre conjoint ?

- « 1 » OUI
- « 2 » NON

Q 1.17. Est-ce vous avez des enfants mineurs en scolarisation ?

- « 1 » OUI
- « 2 » NON

(Si réponse = NON (2) passer à Q 1.19)

Annexe 2 : Questionnaire Identification Section 1

Q 1.18. Est-ce que vous vivez ensemble avec tous ces enfants ?

« 1 » OUI
« 2 » NON

Q 1.19. Avez-vous encore envie de continuer à travailler ici ?

« 1 » OUI
« 2 » NON

(Si réponse = NON (2) passer à Q 1.21)

Q 1.20. Si Oui pour combien d'années ?

Q 1.21. Pensez-vous que tout agent doit séjourner en zones difficiles ?

« 1 » OUI
« 2 » NON

(Si réponse = NON (2) passer à la section 2)

Q 1.22. Si Oui, pour combien d'années ?

Annexe 3 : Questionnaire Formation initiale et Parcours professionnel Section 2

Annexe 2.2 : Questionnaire Formation initiale et Parcours professionnel Section 2

2. EDUCATION ET ITINERAIRE PROFESSIONNEL

Q 2.01. Dans quelle région avez-vous fait votre formation professionnelle initiale?

- « 01 » Dakar
- « 02 » Ziguinchor
- « 03 » Diourbel
- « 04 » Saint-Louis
- « 05 » Tambacounda
- « 06 » Kaolack
- « 07 » Thiès
- « 08 » Louga
- « 09 » Fatick
- « 10 » Kolda
- « 11 » Matam
- « 12 » Kaffrine
- « 13 » Kédougou
- « 14 » Sédhiou
- « 15 » Autre pays africain
- « 16 » Pays européen

Annexe 3 : Questionnaire Formation initiale et Parcours professionnel Section 2

Q 2.02. Présentez votre itinéraire professionnel avant votre poste actuel comme suit :

Chronologie des régions d'exercice	Région d'exercice 01: DK 02: ZG 03: DL 04: SL 05: TC 06: KL 07: TH 08: LG 09: FK 10: KD 11: MT 12: KF 13: KG 14: SD	Zone d'exercice 1: Zone urbaine 2: Zone rurale 3: Zone insulaire	Durée en années	ZD ¹¹ ? 1: oui 2: non	Zone d'habitation 1: Zone urbaine 2: Zone rurale 3: Zone insulaire	Statut au moment de l'emploi		Situation matrimoniale au moment de l'emploi 1: Marié (e) 2: Célibataire 3: Veuf (ve) 4: Divorcé (e) Si réponse = 2, 3, 4 Aller à Q2.02.10	Est-ce que vous avez vécu avec votre épouse durant toute cette période ? 1: oui 2: non	Est-ce que vous aviez des enfants mineurs en scolarisation durant la période ? 1: oui 2: non Si réponse = 2 Aller à Q2.02.12	Est-ce que vous avez vécu avec tous vos enfants durant toute cette période ? 1: oui 2: non	Raisons du départ
						Début séjour	Fin séjour					
	Q2.02.01	Q2.02.02	Q2.02.03	Q2.02.04	Q2.02.05	Q2.02.06	Q2.02.07	Q2.02.08	Q2.02.09	Q2.02.10	Q2.02.11	Q2.02.12
1)												
2)												
3)												
4)												
5)												
6)												
7)												
8)												

¹¹ Selon la DRH, on entend par ZD les régions de ZG, SD, KD, TC, KG, MT ; les départements de la région de FK et ceux de Kaffrine sauf Kougheul.

3. COMBINAISON DES ATTRIBUTS ET BWS

Les résultats de l'analyse qualitative ont fait ressortir certaines observations surprenantes en ce sens que les comportements des agents de santé ne sont pas toujours en accord avec la rationalité. C'est pour cela que la méthode récente dénommée « Classement du Meilleur au Pire (*Best-Worst Scaling*) », est utilisée pour collecter des informations pertinentes en vue d'améliorer la compréhension du comportement de l'agent de santé face à une telle situation.

L'analyse sociologique révèle que souvent, l'individu ne connaît qu'imparfaitement ses préférences qui débouchent toutes sur un vecteur de probabilités de choix. Afin de réduire au maximum les biais qui peuvent perturber l'élaboration d'une échelle des préférences déclarées, la méthode BWS consiste à poser la même question sous différents angles d'attaques.

Pour les besoins de l'étude, l'équipe de recherche propose quatorze combinaisons pertinentes par groupe de cinq attributs.

Il vous est demandé, pour chaque combinaison d'attributs, de donner selon vous, l'attribut le plus déterminant et celui le moins déterminant à votre maintien en zones difficiles. Il faudra cocher une seule fois pour le plus déterminant et une seule fois également pour le moins déterminant dans chaque combinaison.

L'équipe de recherche est à votre disposition pour vous fournir tout l'éclairage nécessaire pour le meilleur remplissage du questionnaire.

Q 3.01		
Liste des politiques	MOINS déterminante	PLUS déterminante
Favoriser le recrutement des contractuels qui sont en ZD dans la Fonction publique	<input type="text"/>	<input type="text"/>
« 14 ». Offrir un soutien professionnel pour le développement des compétences des agents en ZD	<input type="text"/>	<input type="text"/>
« 2 ». Développer au niveau régional la gestion des ressources humaines et l'information professionnelle (par la nomination d'un point focal régional et l'amélioration du système d'information)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Assurer une discrimination positive à l'endroit des agents de santé en ZD lors de l'octroi des bourses de spécialisation notamment pour les médecins qui ont fait au moins 5 ans dans ces zones.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
« 4 ». Développer les échanges professionnels entre le niveau national et local	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Q 3.01.1. Au cas où la politique la plus déterminante est mise en place, combien d'années êtes-vous prêt à rester ici ?¹²

Q 3.02		
Liste des politiques	MOINS déterminante	PLUS déterminante
« 2 ». Développer au niveau régional la gestion des ressources humaines et l'information professionnelle (par la nomination d'un point focal régional et l'amélioration du système d'information)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Garantir un accès en eau et électricité pour les structures sanitaires en ZD	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Garantir l'accès aux médicaments au niveau des structures sanitaires en ZD	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Assister les agents de santé en exercice dans les ZD quand ils tombent malades du point de vue des consultations et de la référence.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Accorder une prime de spécialisation liée au poste pour les médecins spécialistes et les TSS en exercice dans les ZD	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si l'agent de santé a choisi la prime de spécialisation comme politique la plus déterminante :

Q 3.02.1. Quel montant mensuel (en francs CFA) sollicitez-vous ?

Q 3.02.2. Au cas où la politique la plus déterminante est mise en place, combien d'années êtes-vous prêt à rester

¹² Si l'agent de santé veut quitter quelle que soit la politique mise en œuvre, noter « 0 »

ici¹³ ?

Q 3.03		
Liste des politiques	MOINS déterminante	PLUS déterminante
« 14 ». Offrir un soutien professionnel pour le développement des compétences des agents en ZD	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mettre un logement à la disposition des agents de santé en exercice dans les ZD	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Garantir un accès en eau et électricité pour les structures sanitaires en ZD	<input type="text"/>	<input type="text"/>
« 1 ». Améliorer le système de gestion de la mobilité des personnels de santé	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Favoriser les agents de santé en ZD pour la participation aux commissions de pèlerinage aux lieux saints, lors des choix des décorations des plus méritants et des célébrations des départs à la retraite.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Q 3.03.1. Au cas où la politique la plus déterminante est mise en place, combien d'années êtes-vous prêt à rester ici ?

Q 3.04		
Liste des politiques	MOINS déterminante	PLUS déterminante
« 4 ». Développer les échanges professionnels entre le niveau national et local	<input type="text"/>	<input type="text"/>
« 1 ». Améliorer le système de gestion de la mobilité des personnels de santé	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Garantir l'accès aux médicaments au niveau des structures sanitaires en ZD	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Favoriser le recrutement des contractuels qui sont en ZD dans la Fonction publique	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Accorder une prime d'éloignement en fonction du poste dans les ZD	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si l'agent de santé a choisi la prime d'éloignement comme politique la plus déterminante :

Q 3.04.1. Quel montant mensuel (en francs CFA) sollicitez-vous ?

Q 3.04.2. Au cas où la politique la plus déterminante est mise en place, combien d'années êtes-vous prêt à rester ici ?

¹³ La question Q 3.02.2. doit être posée à tous les agents de santé

Q 3.05		
Liste des politiques	MOINS déterminante	PLUS déterminante
Assurer une discrimination positive à l'endroit des agents de santé en ZD lors de l'octroi des bourses de spécialisation notamment pour les médecins qui ont fait au moins 5 ans dans ces zones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
« 1 ». Améliorer le système de gestion de la mobilité des personnels de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Favoriser le recrutement des contractuels qui sont en ZD dans la Fonction publique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accorder une prime de spécialisation liée au poste pour les médecins spécialistes et les TSS en exercice dans les ZD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garantir un accès en eau et électricité pour les structures sanitaires en ZD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si l'agent de santé a choisi la prime de spécialisation comme politique la plus déterminante :

Q 3.05.1. Quel montant mensuel (en francs CFA) sollicitez-vous ?

Q 3.05.2. Au cas où la politique la plus déterminante est mise en place, combien d'années êtes-vous prêt à rester ici ?

Q 3.06		
Liste des politiques	MOINS déterminante	PLUS déterminante
Garantir l'accès aux médicaments au niveau des structures sanitaires en ZD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mettre un logement à la disposition des agents de santé en exercice dans les ZD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assister les agents de santé en exercice dans les ZD quand ils tombent malades du point de vue des consultations et de la référence.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
« 14 ». Offrir un soutien professionnel pour le développement des compétences des agents en ZD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurer une discrimination positive à l'endroit des agents de santé en ZD lors de l'octroi des bourses de spécialisation notamment pour les médecins qui ont fait au moins 5 ans dans ces zones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q 3.06.1. Au cas où la politique la plus déterminante est mise en place, combien d'années êtes-vous prêt à rester ici ?

Q 3.7		
Liste des politiques	MOINS déterminante	PLUS déterminante
Accorder une prime de spécialisation liée au poste pour les médecins spécialistes et les TSS en exercice dans les ZD	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Assister les agents de santé en exercice dans les ZD quand ils tombent malades du point de vue des consultations et de la référence.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
« 4 ». Développer les échanges professionnels entre le niveau national et local	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fournir l'équipement médical et la logistique roulante nécessaires aux structures sanitaires dans les ZD	<input type="text"/>	<input type="text"/>
« 14 ». Offrir un soutien professionnel pour le développement des compétences des agents en ZD	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si l'agent de santé a choisi la prime de spécialisation comme politique la plus déterminante :

Q 3.07.1. Quel montant mensuel (en francs CFA) sollicitez-vous ?

Q 3.07.2. Au cas où la politique la plus déterminante est mise en place, combien d'années êtes-vous prêt à rester ici ?

Q 3.8		
Liste des politiques	MOINS déterminante	PLUS déterminante
Garantir un accès en eau et électricité pour les structures sanitaires en ZD	<input type="text"/>	<input type="text"/>
« 2 ». Développer au niveau régional la gestion des ressources humaines et l'information professionnelle (par la nomination d'un point focal régional et l'amélioration du système d'information)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
« 4 ». Développer les échanges professionnels entre le niveau national et local	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Accorder une prime d'éloignement en fonction du poste dans les ZD	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mettre un logement à la disposition des agents de santé en exercice dans les ZD	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si l'agent de santé a choisi la prime d'éloignement comme politique la plus déterminante :

Q 3.08.1. Quel montant mensuel (en francs CFA) sollicitez-vous ?

Q 3.08.2. Au cas où la politique la plus déterminante est

mise en place, combien d'années êtes-vous prêt à rester ici ?

Q 3.9		
Liste des politiques	MOINS déterminante	PLUS déterminante
Mettre un logement à la disposition des agents de santé en exercice dans les ZD	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Accorder une prime de spécialisation liée au poste pour les médecins spécialistes et les TSS en exercice dans les ZD	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fournir l'équipement médical et la logistique roulante nécessaires aux structures sanitaires dans les ZD	<input type="text"/>	<input type="text"/>
« 2 ». Développer au niveau régional la gestion des ressources humaines et l'information professionnelle (par la nomination d'un point focal régional et l'amélioration du système d'information)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
« 1 ». Améliorer le système de gestion de la mobilité des personnels de santé	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si l'agent de santé a choisi la prime de spécialisation comme politique la plus déterminante :

Q 3.09.1. Quel montant mensuel (en francs CFA) sollicitez-vous ?

Q 3.09.2. Au cas où la politique la plus déterminante est mise en place, combien d'années êtes-vous prêt à rester ici ?

Q 3.10		
Liste des politiques	MOINS déterminante	PLUS déterminante
« 1 ». Améliorer le système de gestion de la mobilité des personnels de santé	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Assurer une discrimination positive à l'endroit des agents de santé en ZD lors de l'octroi des bourses de spécialisation notamment pour les médecins qui ont fait au moins 5 ans dans ces zones	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Accorder une prime d'éloignement en fonction du poste dans les ZD	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Favoriser les agents de santé en ZD pour la participation aux commissions de pèlerinage aux lieux saints, lors des choix des décorations des plus méritants et des célébrations des départs à la retraite	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Assister les agents de santé en exercice dans les ZD quand ils tombent malades du point de vue des consultations et de la référence.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si l'agent de santé a choisi la prime d'éloignement comme politique la plus déterminante :

Q 3.10.1. Quel montant mensuel (en francs CFA) sollicitez-vous ?

Q 3.10.2. Au cas où la politique la plus déterminante est mise en place, combien d'années êtes-vous prêt à rester ici ?

Q 3.11		
Liste des politiques	MOINS déterminante	PLUS déterminante
Favoriser les agents de santé en ZD pour la participation aux commissions de pèlerinage aux lieux saints, lors des choix des décorations des plus méritants et des célébrations des départs à la retraite	<input type="text"/>	<input type="text"/>
« 4 ». Développer les échanges professionnels entre le niveau national et local	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Assurer une discrimination positive à l'endroit des agents de santé en ZD lors de l'octroi des bourses de spécialisation notamment pour les médecins qui ont fait au moins 5 ans dans ces zones	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Garantir un accès en eau et électricité pour les structures sanitaires en ZD	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fournir l'équipement médical et la logistique roulante nécessaires aux structures sanitaires dans les ZD	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Q 3.11.1. Au cas où la politique la plus déterminante est mise en place, combien d'années êtes-vous prêt à rester ici ?

Q 3.12		
Liste des politiques	MOINS déterminante	PLUS déterminante
Accorder une prime de spécialisation liée au poste pour les médecins spécialistes et les TSS en exercice dans les ZD	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Garantir l'accès aux médicaments au niveau des structures sanitaires en ZD	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Favoriser les agents de santé en ZD pour la participation aux commissions de pèlerinage aux lieux saints, lors des choix des décorations des plus méritants et des célébrations des départs à la retraite	<input type="text"/>	<input type="text"/>
« 14 ». Offrir un soutien professionnel pour le développement des compétences des agents en ZD	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Accorder une prime d'éloignement en fonction du poste dans les ZD	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si l'agent de santé a choisi la prime de spécialisation comme politique la plus déterminante :

Q 3.12.1. Quel montant mensuel (en francs CFA) sollicitez-vous ?

Si l'agent de santé a choisi la prime d'éloignement comme politique la plus déterminante :

Q 3.12.2. Quel montant mensuel (en francs CFA) sollicitez-vous ?

Q 3.12.3. Au cas où la politique la plus déterminante est mise en place, combien d'années êtes-vous prêt à rester ici ?

Q 3.13		
Liste des politiques	MOINS déterminante	PLUS déterminante
Fournir l'équipement médical et la logistique roulante nécessaires aux structures sanitaires dans les ZD	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Favoriser le recrutement des contractuels qui sont en ZD dans la Fonction publique	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Favoriser les agents de santé en ZD pour la participation aux commissions de pèlerinage aux lieux saints, lors des choix des décorations des plus méritants et des célébrations des départs à la retraite	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Garantir l'accès aux médicaments au niveau des structures sanitaires en ZD	<input type="text"/>	<input type="text"/>
« 2 ». Développer au niveau régional la gestion des ressources humaines et l'information professionnelle (par la nomination d'un point focal régional et l'amélioration du système d'information)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Q 3.13.1. Au cas où la politique la plus déterminante est mise en place, combien d'années êtes-vous prêt à rester ici ?

Q 3.14		
Liste des politiques	MOINS déterminante	PLUS déterminante
Favoriser le recrutement des contractuels qui sont en ZD dans la Fonction publique	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Accorder une prime d'éloignement en fonction du poste dans les ZD	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fournir l'équipement médical et la logistique roulante nécessaires aux structures sanitaires dans les ZD	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mettre un logement à la disposition des agents de santé en exercice dans les ZD	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Assister les agents de santé en exercice dans les ZD quand ils tombent malades du point de vue des consultations et de la référence.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si l'agent de santé a choisi la prime d'éloignement comme politique la plus déterminante :

Q 3.14.1. Quel montant mensuel (en francs CFA) sollicitez-vous ?

Q 3.14.2. Au cas où la politique la plus déterminante est mise en place, combien d'années êtes-vous prêt à rester ici ?



RESEAU VISION TOKYO 2010
Pour le Développement des Ressources
Humaines de Santé en Afrique