

La charge de travail des agents de santé dans un contexte de gratuité des soins au Burkina Faso et au Niger*

Health staff workload in a context of user fees exemption policy for health care in Burkina Faso and Niger

L. Antarou · V. Ridde · S. Kouanda · L. Queuille

Reçu le 18 octobre 2012; accepté le 9 juillet 2013
© Société de pathologie exotique et Springer-Verlag France 2013

Résumé La mise en place des mécanismes de subvention ou de gratuité des soins appuyés par les ONG au Burkina Faso et au Niger a entraîné une hausse importante de l'utilisation des services de santé de première ligne. Face à l'augmentation de la charge de travail perçue par le personnel soignant, l'objectif de cette étude était de mesurer leur charge de travail effective et d'estimer si les agents de santé étaient en mesure de faire face à la hausse engendrée par cette augmentation. Nous avons utilisé la méthode WISN recommandé par l'OMS pour évaluer leur disponibilité en comparant, dans chaque pays, quatre centres de santé où intervient une ONG par rapport à quatre autres centres de santé où seule la politique de l'État est mise en place. Huit centres de centre ont été concernés par cette étude au niveau de chaque pays en 2011. Au Burkina Faso, l'effectif du personnel était supérieur ou égal à l'effectif requis dans les huit centres de santé. Au Niger, trois centres de santé sur quatre du district sanitaire de Keita (présence d'ONG) présentaient un effectif en personnel inférieur ou égal

à l'effectif requis (WISN ratio ≤ 1). Par contre, à Abalak (absence d'ONG), les centres de santé présentaient des effectifs supérieurs ou égaux aux effectifs requis (WISN ratio ≥ 1). Cette étude montre que l'effectif en ressources humaines ne s'est pas adapté au Niger dans le cadre de la gratuité des soins soutenue par une ONG. Au Burkina Faso, cet effectif est actuellement suffisant pour faire face à la gratuité totale.

Mots clés Charge de travail · Gratuité de soins · Agent de santé · Absentéisme · Dori · Gorom Gorom · Sebba · Keita · Abalak · Burkina Faso · Niger · Afrique intertropicale

Abstract User fees exemption policy supported by NGOs in Burkina Faso and Niger resulted in a higher utilization of health services in primary health care facilities. We conducted a survey in 2 health districts in Burkina Faso and Niger in 2011. The study objective was to assess whether the higher utilization associated with the user fees exemption policy, may result in an overload for health staff at the front line in health facilities. The WHO's recommended WISN method was used to compute a ratio of actual/required staff using a comparative study with 4 control facilities and 4 intervention sites where the user fees exemption policy was provided by local NGOs in both countries. Overall, 8 primary health facilities both in Burkina Faso and Niger were involved. In Burkina Faso, the ratio was ≥ 1 in all facilities both control and intervention, i.e. a sufficient staff in facilities. In Niger, 3 out of the 4 intervention facilities in Keita district were found to have a ratio ≤ 1 , i.e. understaffed. In the 4 control facilities, the staff was sufficient with a ratio ≥ 1 . In Burkina Faso, the actual number of staff in facilities appeared enough to face the higher utilization of health services that may follow the user fees exemption policy supported by local NGOs unlike Niger where we found that the actual number of staff was insufficient to face a possible higher utilization resulting from the same policy in intervention facilities.

L. Antarou · S. Kouanda
Département de santé publique et de biologie médicale,
Institut de recherche en sciences de la santé (IRSS),
03 BP 7192 Ouagadougou 03, Burkina Faso

V. Ridde (✉)
École de santé publique de l'université de Montréal,
Centre de recherche du Centre hospitalier
de l'Université de Montréal (CHUM),
3875 rue Saint-Urbain, Montréal, Québec, Canada (H2W 1V1)
e-mail : valery.ridde@umontreal.ca

L. Queuille
Centre de recherche du Centre hospitalier
de l'Université de Montréal (CHUM),
3875 rue Saint-Urbain, Montréal, Québec, Canada (H2W 1V1)

*Cet article est une version scientifique et développée d'une courte note publiée dans *Afrique Contemporaine*, note non révisée par les pairs et ne concernant que le Burkina Faso

Keywords Workload · User fees exemption · Health staff · Absenteeism · Dori · Gorom-Gorom · Sebba · Keita · Abalak · Burkina Faso · Niger · Sub-Saharan Africa

Contexte

Depuis quelques années, l'une des solutions envisagées pour améliorer l'accès aux soins, compris par certains comme une transition vers un accès universel, est de lever une partie de la barrière financière en supprimant le paiement direct [28]. Dans le but d'améliorer l'accès financier aux services de santé, plusieurs pays africains ont mis en place des mécanismes de subventions ou de gratuité des soins [1,26]. Ainsi en 2006, le Ministère de la santé du Burkina Faso subventionnait 80 % du prix des accouchements normaux dans les formations sanitaires [20]. On estime que le gain directement attribuable à cette politique est en moyenne de 15 à 30 % d'accouchements supplémentaires selon les districts par rapport au nombre d'accouchements le mois précédant la subvention [6]. D'autres initiatives sont prises en faveur d'autres cibles comme les enfants de moins de cinq ans.

En septembre 2008, dans deux districts sanitaires du Burkina Faso (Dori et Sebba), une ONG subventionnait à 100 % les soins pour les enfants de moins de cinq ans, les femmes allaitantes, les accouchements, complétant ainsi les 20 % restant, ainsi que les évacuations sanitaires. L'Union européenne et l'ONG qui financent cette exemption souhaitent en évaluer les effets et démontrer sa pertinence. L'État burkinabè vient de produire un document de politique qui permettrait d'étendre cette exemption à l'échelle du pays par un financement du budget national. Ces mesures d'exemption ont provoqué une hausse importante de l'utilisation des services de santé par les parturientes et les enfants de moins de cinq ans.

En 2007, le gouvernement du Niger a entrepris une politique de gratuité des soins ciblant les enfants de moins de cinq ans. Cette politique est entièrement financée (mais souvent sous-financée) par le budget national. Cette initiative fût appuyée par une ONG dans le district sanitaire de Keita. Les effets de cette politique sur l'utilisation des services de santé ont aussi été très importants [10] bien que leur pérennité soit remise en cause après quelques années [16].

Dans les pays où les politiques d'exemption sont effectives, on note souvent une augmentation perçue de la charge de travail par le personnel soignant, largement expliquée par la hausse de la demande [21]. Or, le succès des politiques d'exemption est aussi tributaire du bon fonctionnement des centres de santé avec un personnel suffisant en nombre et en qualité. Ces ressources humaines sont essentielles pour l'offre de soins, même si les infrastructures existent [9,17].

Dans ce contexte d'exemption, les agents de santé évoquent souvent le sentiment d'être surmenés, voire exploités face à la charge croissante du travail [16,19,25]. Au Ghana, ce constat, qui a été mesuré [4], montre une insuffisance de personnel médical pour faire face à l'augmentation du nombre d'accouchements [27]. Les infirmières interrogées en Afrique du Sud évoquent un certain nombre d'effets négatifs sur leur pratique, comme le manque de temps pour les consultations, ou l'impossibilité de remplir certaines de leurs fonctions [25]. D'autres études au Ghana [2], où les auteurs rapportent la disponibilité des sages-femmes, infirment ces tendances. S'il est essentiel de prendre en compte les perceptions des agents de santé sur leur charge de travail, rares ont été les études en mesure de les vérifier quantitativement. Ainsi, l'objectif de cette étude est de mesurer la charge de travail entraînée par l'exemption de paiement des soins au Burkina Faso et au Niger et de comprendre si le personnel soignant en place est en mesure de faire face à la hausse de la demande.

Méthodologie

Plusieurs méthodes existent pour mesurer la charge de travail. La plupart des planificateurs utilisent une combinaison des ratios agents de santé/population. Des analyses plus approfondies peuvent utiliser le calcul des effectifs et la composition de la charge de travail selon le profil, la théorie de l'attente, les fonctions de production, les normes de traitements de soins ou une combinaison de facteurs par une analyse de régression [7,8,11,14,23,24]. La méthode WISN (Workload Indicator of Staffing Need) utilisée dans ce travail a été développée par l'OMS pour calculer la répartition optimale et le déploiement du personnel [22]. C'est un outil de gestion des ressources humaines qui détermine combien de personnel est nécessaire pour faire face à la charge de travail d'un établissement de santé et évalue la pression de la charge de travail des agents de santé dans cet établissement. Elle prend en compte les données de volume annuel de travail, le temps de travail disponible pour un agent de santé, le temps qu'il met pour réaliser une activité. Elle permet de mesurer l'offre et la demande dans chaque structure de santé. Des approches similaires ont été réalisées en Tanzanie et au Kenya [14,15].

L'étude s'est déroulée dans quatre districts sanitaires du Burkina Faso et du Niger. Pour être en mesure de comparer la charge de travail dans un contexte où la présence d'une ONG renforce l'effectivité de la politique, un schéma de type cas-témoin a été utilisé. Dans chacun des deux pays, nous avons comparé quatre centres de santé dans un district d'intervention d'une ONG avec quatre centres situés dans le district de comparaison, où seule la politique nationale est mise en place. Au niveau de chaque district, un

échantillon de quatre centres de santé a été choisi de manière raisonnée afin de représenter la diversité des situations contextuelles des centres de santé de première ligne : disponibilité des données rétrospectives, diversité démographique, socio-culturelle et répartition géographique. À cause de la spécificité de la zone urbaine, le centre de santé urbain de chaque district a été inclus dans l'étude.

La collecte des données s'est déroulée durant un mois en 2011 dans chaque district sanitaire, soit une semaine par centre de santé. À l'aide d'un chronomètre, nous avons mesuré le temps moyen mis par les agents de santé pour réaliser les activités avec une grille d'observation (durée moyenne observée = DMO). De plus, à l'aide d'une grille d'entrevue semi-structurée, nous avons obtenu des agents de santé le temps moyen qu'ils estiment mettre pour les réaliser (durée moyenne déclarée = DMD). Nous avons donc utilisé ces deux types de temps pour calculer le besoin en personnel de santé de manière à pouvoir les comparer. Des données qualitatives ont été collectées auprès des agents de santé afin de mieux comprendre la situation du point de vue du personnel.

Analyse des données

Nous avons utilisé le logiciel EPI data pour la saisie, le logiciel SPSS 17 pour l'analyse quantitative et Microsoft Excel pour l'organisation des données qualitatives dont l'analyse a été réalisée selon les thèmes émergents des discours.

Pour le calcul du nombre de personnel requis pour chaque centre de santé, nous avons procédé de la manière suivante.

Le temps de travail disponible des agents de la santé a été obtenu en faisant la différence entre le nombre de jours de travail dans une année d'un agent de santé (= 52 semaines dans l'année multipliés par 5 jours ouvrables par semaine) et le nombre de jours auxquels il n'a pas travaillé dans l'année (congé annuel, jours fériés, congés de maladies, de formations et autres...).

Pour ce calcul, nous avons estimé que les agents de santé relèvent de la fonction publique et nous avons calculé le temps de travail au regard des normes horaires de travail d'un agent de la fonction publique. Ainsi, au Niger comme au Burkina Faso, elles sont de 5 jours de travail ouvrables dans la semaine et de 8 heures de travail par jour. Le nombre de jours fériés dans l'année est de 13 jours au Niger et de 14 jours au Burkina Faso. À défaut d'avoir les registres pour les autorisations d'absence, nous sommes partis du principe que les agents de santé ont droit à 10 jours d'autorisation d'absence en plus du congé annuel de 4 semaines.

Nous avons recherché les différentes activités qui composent la charge de travail des agents de la santé à travers notre guide d'entrevue semi-ouvert et notre guide d'observation. Le

temps mis par les agents de la santé pour réaliser l'activité en une année selon la DMO ou la DMD a été obtenu en multipliant la durée de l'activité (DMO ou DMD) par le nombre total de cette activité dans l'année. Pour déterminer les besoins en personnel (A) pour les activités de service, nous avons divisé le temps annuel de travail pour une activité selon la DMO ou la DMD dans le centre de santé pour chaque composante de la charge de travail (à partir des statistiques annuelles de janvier à décembre 2010) par le temps de travail disponible pour un agent de la santé dans l'année. On obtient le nombre d'agents de santé dont on a besoin pour l'activité selon la DMO ou la DMD qu'on appellera A1 pour la première activité. On fera la même chose pour les autres activités (A2, A3, An) qui composent la charge de travail. Alors A (pour toutes les activités) = A1+A2+A3+...An.

Pour les activités de soutien, c'est-à-dire les activités faites dans le centre par les agents de santé et pour lesquelles on ne dispose pas de données, le calcul du besoin en personnel s'effectue par la formule suivante (B) = $1 / [1 - (\text{total \% de temps des activités} / 100)]$. Il s'agit ici de convertir le temps des activités de soutien en pourcentage des activités totales et d'appliquer la formule. Dans notre cas, les activités de soutien constatées dans les centres de santé sont principalement les pansements et les injections. Le temps mis quotidiennement pour les réaliser varie entre une et deux heures selon les centres de santé. Alors que le temps de travail officiel pour un agent de santé est de huit heures par jour au Burkina Faso et au Niger, le pourcentage du temps mis pour ces activités varie ainsi de 12,5 % [$(1/8) \times 100$] à 25 % [$(2/8) \times 100$]. Ainsi B sera alors égal à $1 / [1 - (12,5 / 100)]$ ou $1 / [1 - (25 / 100)]$ selon le centre de santé.

Le nombre total de personnel requis est obtenu en multipliant le nombre de personnel requis pour les activités de service par le nombre de personnel requis pour les activités de soutien. C = A x B [22].

La synthèse des résultats a été présentée par la moyenne et le test de t. Les résultats de cette étude ont été présentés au Burkina Faso et au Niger auprès des parties prenantes lors d'ateliers organisés en 2012.

Résultats

L'enquête a concerné 26 agents de santé au Burkina Faso et 11 au Niger. Notre échantillon était composé de 65,4 % (n=17) d'hommes et de 34,6 % (n=9) de femmes au Burkina Faso ; de 58,3 % (n=7) d'hommes et de 41,7 % (n=5) de femmes au Niger. Les personnes enquêtées au Burkina Faso étaient constituées d'accoucheuses auxiliaires (n=5), d'agents itinérants de santé (n=3), d'infirmiers brevetés (n=3), d'infirmiers diplômés d'État (n=10), de maïeuticiens d'État (n=2), et de sages-femmes d'État (3). Ceux du Niger étaient composés d'infirmier certifié

(n=1), d'infirmiers brevetés (n=2), d'infirmiers d'État (n=7) et de sages-femmes d'état (n=2). Seulement deux agents de santé déclarent n'avoir aucun poste de responsabilité dans les centres de santé au Burkina Faso. Au Niger, tous les agents interviewés occupent des postes à responsabilité. L'ancienneté dans la profession varie d'un an à sept ans au Burkina Faso et d'un an à 31 ans au Niger. Parmi les agents de santé enquêtés, près de 50 % ont servi au moins trois ans dans le même centre de santé au Burkina Faso et 28 % sont restés au moins deux ans dans le même centre de santé au Niger

Temps consacré aux principales activités réalisées dans les centres de santé

Au Burkina Faso et au Niger, les agents de santé consacrent une grande partie de leur temps aux consultations curatives (Tableau 1). Cette activité occupe de 32 à 48 % de leur temps au Burkina Faso et de 53 à 58 % au Niger, selon les centres de santé. Les agents de santé consacrent de 14 à 28 % de leurs temps pour les consultations prénatales et 10 à 20 % pour les accouchements, sauf à Abalak (Niger) où cette activité était quasi inexistante au moment de notre collecte de données. Enfin, certaines activités comme l'information et les consultations postnatales occupent moins de 3 % du temps des agents de santé.

Durées moyennes des principales activités réalisées au niveau des centres de santé

Pour ce qui concerne les durées moyennes observées (DMO) des activités, les temps sont relativement semblables entre

les deux districts du Burkina Faso (Tableau 2). Ce même constat est fait au Niger. Ces durées observées reflètent le temps réel mis par les agents de santé pour effectuer l'activité. Les accouchements sont les activités les plus longues, plus d'une heure. Les consultations curatives durent entre 9 et 12 minutes au Burkina Faso avec un écart type de 5 minutes et entre 6 et 7 minutes au Niger avec un écart type de 4 minutes. La vaccination a été l'activité qui occupait le moins de temps, soit trois minutes par patient au Burkina Faso avec un écart type d'une minute et une minute au Niger avec un écart type de deux minutes. La durée moyenne des activités observées dans le district sanitaire de Dori (Burkina Faso) n'est pas significativement différente de celle observée à Gorom-Gorom (Burkina Faso) ($p = 0,532$). Par ailleurs, les agents de santé de Dori (Burkina Faso) passeraient plus de temps à réaliser une consultation curative (12 ± 5 mn) que ceux de Gorom-Gorom (Burkina Faso) (9 ± 4 mn). Cependant, la durée moyenne déclarée (DMD) par les agents de santé est pour la plupart des cas supérieure à la durée moyenne observée lors de l'enquête (Tableau 2). Le personnel soignant estime que c'est le temps requis s'il respectait les normes de qualité de chaque activité. Par ailleurs, le personnel estime ne pas pouvoir respecter à la lettre ces normes de qualité à cause du manque de matériels ou de la vétusté des infrastructures sanitaires.

Au Niger, certaines activités n'ont pas pu être observées à Abalak faute de fréquentation, soit l'accouchement et la vaccination. Pour ce qui est de la consultation curative, principale activité réalisée au Niger, nous n'avons pas noté de différence statistiquement significative ($p = 0,236$) dans sa durée de réalisation entre les deux districts, soit sept minutes à Keita et six minutes à Abalak.

Tableau 1 Pourcentage du temps consacré à chaque activité par les agents de santé / *Percentage of time devoted to each activity by health agents..*

Activités observées	Niger				Burkina Faso			
	n	% du temps consacré	n	% du temps consacré	n	% du temps consacré	n	% du temps consacré
Accouchement	9	10,6	0	0,0	11	14,3	10	20,2
Consultation curative	492	58,0	272	53,6	196	48,5	109	32
Consultation nourrisson	116	7,8	46	9,0	91	11,3	48	7,8
Consultation prénatale	103	13,8	80	28,9	45	14,0	78	28,0
Information- éducation-communication	2	0,3	1	0,4	3	2,2	2	0,5
Pansement	72	4,8	51	6,7	20	2,9	11	2,9
Vaccination	33	0,5	0	0,0	26	1,6	21	2,1
Consultation postnatale	1	0,1	4	0,8	2	0,4	2	0,9
Planning familial	40	4,0	3	0,5	16	5,0	13	5,5
Total	869	100	457	100	410	100	295	100

Tableau 2 Durée moyenne observée et déclarée (en minutes) par les agents de santé par activité dans les districts sanitaires du Burkina Faso et du Niger / *Average time observed and declared (in minutes) by the health agents per activity in the sanitary districts of Burkina Faso and Niger.*

Activités	Burkina		Niger				Burkina		Niger		Test t
	Dori	Gorom-Gorom	Keita	Abalak	Test t	DMO	DMD	DMO	DMD		
Accouchement	63	53	62	57	0,844	70	125	-	135	-	
Consultation curative	12	18	9	16	0,077	7	17	6	15	0,236	
Consultation nourrisson sain	6	15	5	10	0,16	4	13	6	16	0,000	
Consultation prénatale	15	14	11	21	0,106	8	39	11	24	0,000	
Information- éducation-communication	35	27	7	20	0,178	8	26	12	58	0,488	
Pansement	7	-	8	-	0,577	4	-	4	-	0,130	
Vaccination	3	10	3	9	0,662	1	9	-	11	-	
Consultation postnatale	9	21	15	16	0,455	7	20	6	21	0,808	
Planning familial	15	23	13	15	0,354	6	18	5	17	0,518	

DMO = Durée moyenne observée ; DMD = Durée moyenne déclarée.

Importance respective des différentes activités

Proportionnellement au temps mis pour réaliser l'activité et son volume lors d'une année, la consultation curative constitue la première activité à nécessiter le plus de ressources humaines au niveau des deux pays. Seul, le centre de santé 4 de Gorom-Gorom (Burkina Faso) où la vaccination était l'activité prédominante nécessitait 34 % (n = 16 606 enfants vaccinés en 2010) de l'effectif pour les activités de services. À l'opposé, certaines activités telle que la consultation postnatale et l'IEC étaient faiblement réalisées et pourtant nécessiteraient très peu d'effectif. C'est le cas des districts de Keita au Niger et Gorom-Gorom au Burkina Faso où les activités d'IEC ne constituent pas une activité principale dans plusieurs centres de santé (moins 1 % de l'effectif). À Dori (Burkina Faso), c'est la consultation postnatale qui est faiblement réalisée. Au centre de santé 3, cette activité nécessiterait 5 % (n = 12) de l'effectif requis pour les activités de service. Cette activité est quasi inexistante dans certains centres de santé (CSI) du district sanitaire d'Abalak (Niger) (n = 0).

Les pansements et injections constituaient les principales activités de soutien dans les centres de santé du Burkina Faso et du Niger. Ces activités sont réalisées tous les jours par les agents de santé sans utilisation de registres d'activités où elles seraient notées. Le temps mis pour les réaliser varie entre une heure et deux heures en moyenne par jour selon le centre de santé et le pourcentage du temps pour ces activités varie aussi de 12,5 % à 25 %.

Analyse de la situation du personnel de santé

Au Burkina Faso, l'effectif actuel du personnel est supérieur ou égal à l'effectif requis. Dans tous les centres de santé, le WISN ratio est supérieur ou égal à 1 selon que nous considérons la DMO ou la DMD. Autrement dit, le rapport entre les effectifs actuels et les effectifs requis est toujours supérieur ou égal à 1 (Fig. 1).

Au Niger, trois CSI de Keita présentent un effectif actuel en personnel inférieur ou égal à l'effectif requis (Wisn ratio ≤ 1) selon la DMD ou DMO. Si nous considérons la DMD par les agents de santé au Niger, nous constatons que tous les centres de santé du district sanitaire de Keita sont déficitaires en personnel de santé (Wisn ratio < 1). Par

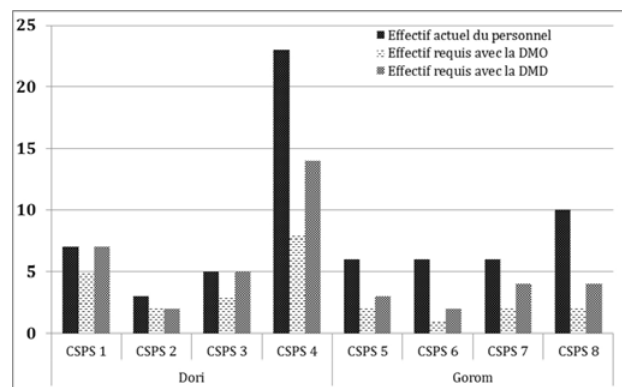


Fig. 1 Situation du personnel de santé au Burkina Faso / *Status of health staff in Burkina Faso*

contre à Abalak (Niger), les centres de santé présenteraient des effectifs supérieurs ou égaux aux effectifs requis (Wisn ratio ≥ 1) (Fig. 2).

Le personnel de santé estime que l'augmentation de la charge de travail liée aux exemptions est une surcharge.

Si les avis ne sont pas unanimes, la plupart des agents de santé de Dori (Burkina Faso) et de Keita (Niger) ont affirmé que leur charge de travail au niveau des consultations était trop élevée. Selon eux, l'exemption de paiement des soins a fait augmenter énormément la fréquentation des centres de santé et ils se trouvent débordés : « *Ah toi-même tu vois, on est débordé, ce que Help (l'ONG présente) a fait là c'est bien pour la population, mais pour nous on travaille trop.... Souvent on peut monter le matin, on descend [arrêter le travail] jusqu'à 15 h ou 16 h tellement que y a beaucoup de malades* » dit un infirmier du Burkina. Un autre infirmier du Niger ajoute « *Il y a l'affluence des malades. Le mois que la gratuité a commencé, la consultation a doublé* ».

Dans le district de Gorom-Gorom et celui d'Abalak où les ONG ne sont pas présentes, certains agents ont affirmé avoir aussi une charge de travail élevée qu'ils imputent à leur responsabilité ou à un manque d'effectif. Un agent de santé du Burkina Faso affirme : « *vraiment pour la charge, c'est trop actuellement. Comme je suis le responsable je gère presque toutes les activités, si y a quelque chose on fait toujours appel à moi, sinon on peut travailler toute la journée sans repos et le lendemain ne rien faire. Par exemple les lundi, jeudi et vendredi, on est très chargé...* » Celui du Niger ajoute « *Je pense qu'il y a beaucoup de travail. Il n'y a pas beaucoup de personnel ; nous sommes que deux pour le moment* ».

Ils constatent souvent une surcharge de travail lorsque l'effectif en personnel se réduit pour différents motifs (congés, maladies, réunions, etc.). Ainsi, le personnel de santé perçoit toute augmentation de son activité comme une surcharge de travail comme en atteste cet infirmier du Burkina Faso : « *Je dirai que c'est énorme. Enorme parce que quand tu es seul souvent à faire plusieurs tâches, c'est*

pas facile. En réalité c'est énorme quand l'effectif du personnel est très réduit à causes des absences ».

Au niveau de ces deux pays, les agents de santé ont beaucoup évoqué les conditions difficiles dans lesquelles ils travaillent au vu de l'augmentation de la fréquentation des centres de santé.

Discussion

Dans cette étude, le nombre de personnel requis dans chaque centre de santé a été calculé sans tenir compte des catégories professionnelles qui normalement devraient réaliser des actes différents. Or, nos observations empiriques ont montré que les agents de santé ne segmentaient pas leurs pratiques et se partageaient l'ensemble des actes, quelle que soit leur profession. Dans le cas du Niger, dans les centres de santé très peu fréquentés, un seul agent de santé s'occupe le plus souvent de la maternité et du dispensaire en même temps. Au Burkina Faso, on assiste souvent à une rotation du personnel de santé entre la maternité et le dispensaire. Nous n'avons considéré que le personnel officiel dans les calculs, ne prenant pas en compte les stagiaires ou autres bénévoles.

L'analyse des résultats obtenus sur le nombre de personnel requis par rapport aux effectifs actuels a montré que les centres de santé du Burkina Faso disposent d'un effectif suffisant en personnel de santé. Par contre au Niger, les résultats sont plutôt mitigés. Dans le district sanitaire de Keita appuyé par une ONG, deux CSI souffrent d'un manque en personnel soignant et un autre CSI disposerait d'un effectif assez juste, ce qui expliquerait les plaintes récurrentes des agents de santé sur la charge de travail. Cela contraste avec ce qu'une ONG mentionnait au début de la mise en œuvre de la politique, affirmant que la gratuité des soins n'a pas eu d'effets négatifs sur le bon fonctionnement du système sanitaire du Niger dans son ensemble et sur le cas précis des ressources humaines [13]. Toujours au Niger, à Abalak, l'effectif en place semble pour le moment suffisant pour faire face à la hausse de la demande engendrée par la gratuité.

Pendant, il faut noter que, malgré l'intervention de l'État dans ce district, les centres de santé sont moins fréquentés que celui de Keita. Une étude menée au Niger montre que les retards de remboursements handicaperaient fortement le fonctionnement de ces formations sanitaires [16]. Toujours selon cette étude, l'une des conséquences majeures de ces retards de remboursement est le manque de médicaments qui entraîne des pratiques fréquentes de renvoi des patients vers d'autres formations sanitaires.

L'écart en personnel entre les nombres actuels et requis est accentué au niveau des centres urbains du Burkina Faso et du Niger. Cela s'expliquerait par la forte concentration des agents de santé en milieu urbain. Une étude en Afrique du Sud avait montré qu'il y avait une grande disparité en

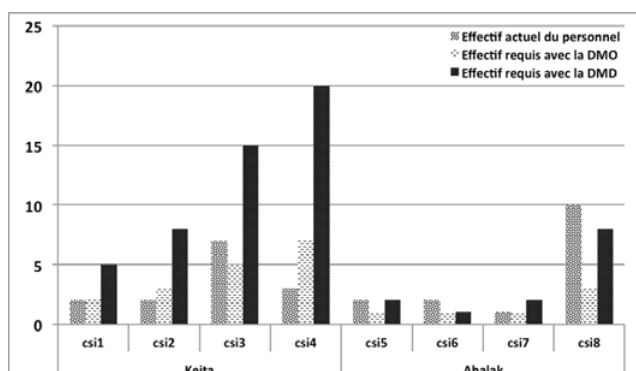


Fig. 2 Situation du personnel de santé au Niger / *Status of health staff in Niger*

ressources humaines entre les centres de santé urbains et ruraux [5]. Au Burkina Faso, la présence des agents de santé au niveau des formations sanitaires est surtout due à une politique volontariste de l'État, qui depuis 2003, a adopté un plan de régionalisation des agents de santé et de l'éducation. À Dori et à Gorom-Gorom (Burkina Faso), on comptait respectivement 139 agents de santé pour 18 centres de santé, soit une moyenne de 7,7 agents par centre de santé et 100 agents de santé pour 15 centres de santé, soit une moyenne de 6,7 agents de santé par centre de santé (calcul sur la base des données du ministère de la santé). Ces chiffres sont au-dessus des normes nationales du Burkina Faso qui sont de quatre agents de santé et un manœuvre par centre de santé, soit un infirmier d'État, un infirmier breveté, un agent itinérant de la santé et une accoucheuse auxiliaire. Cette politique a permis de disposer d'un effectif globalement plus important au niveau des centres de santé par rapport aux pays voisins que sont le Mali ou le Niger [18]. Au Niger, les effectifs en personnel sont moindres : à Keita et à Abalak (Niger), on notait une moyenne respective de 3,5 et 3,2 agents de santé par CSI pour les huit CSI de l'étude. Ces données localisées sont confirmées par les données nationales qui montrent que le Burkina Faso dispose de cinq fois plus d'infirmiers et de sages-femmes par habitants que le Niger [18].

La charge de travail dont se plaignent les agents de santé au Burkina Faso semble plus due à un problème d'organisation qu'à un manque d'effectif. Ce constat a d'ailleurs été mentionné par plusieurs acteurs du terrain lors de l'enquête. Il semblerait que les plaintes sur la charge de travail soient aussi une manière de réclamer une motivation financière. Selon les agents, si une motivation financière était fournie, ils ne parleraient pas de surcharge de travail. Pourtant, ils reçoivent bien toujours la prime officielle de 20 % du prix des actes dont les quantités ont très largement augmenté à la suite de l'exemption.

Pendant les jours de haute fréquentation (jours du marché, jours des consultations nourrissons sains), il arrive que certains agents de santé terminent leur travail vers 16h ou 17h, mais la journée de travail ne commence pas toujours très tôt. De plus, les autres journées ne sont que de cinq heures de travail et non de huit comme cela devrait être officiellement le cas. En effet, nos observations montrent que, bien souvent, les agents attendent que le nombre de patients soit suffisamment important pour commencer le travail du matin.

Nous constatons des différences considérables de temps au niveau de certaines activités entre le Burkina Faso et le Niger. Bien que cette différence n'ait pas fait l'objet d'une étude systématique de notre part, cela pourrait s'expliquer par les effectifs réduits en personnel de santé dont dispose le Niger par rapport au Burkina. En effet, au Niger, en plus des problèmes d'organisation constatés, vient s'ajouter le

manque d'effectif des agents de santé au niveau de certaines formations sanitaires.

Le problème qui pourrait jouer un rôle important est l'absentéisme du personnel de santé bien que nous ne disposions pas de données sur le sujet dans le contexte de cette étude. Au Burkina Faso, ce constat, mesuré il y a 15 ans dans plusieurs districts sanitaires, faisait état d'un taux d'absentéisme moyen de 37 % du personnel médical [3]. En Tanzanie, le taux d'absentéisme des infirmiers allait jusqu'à 49 % du personnel médical présent [12]. Ce qui a, sans doute possible, une grande influence sur la répartition de la charge de travail des agents de santé au niveau des centres de santé.

Dans le district de Keita (Niger) et celui de Gorom-Gorom (Burkina Faso), il y a une certaine convergence entre les résultats quantitatifs et qualitatifs concernant la charge de travail, importante à Keita et légère à Gorom-Gorom.

Conclusion

Cette étude montre que le fort recours dû à l'effet de la gratuité des soins soutenue par une ONG a entraîné une charge de travail très élevée pour le personnel de santé. L'effectif en ressources humaines ne s'est pas adapté à la situation pourtant prévue au Niger alors qu'au Burkina Faso, l'État a consenti (avant que la gratuité n'intervienne et sans lien avec cette dernière) de nombreux efforts pour recruter et déployer des ressources humaines qui ont été en mesure de faire face à la hausse engendrée par la gratuité des soins soutenus par une ONG. En revanche, dans le contexte d'un district mettant seul en place la politique de gratuité des soins à Abalak au Niger, avec toutes ses insuffisances et donc ses effets limités, le personnel en place semble pour le moment suffisant. Si l'État du Niger se donnait les moyens de mettre en place la gratuité des soins correctement, notamment en remboursant les centres de santé pour leur permettre de disposer de médicaments afin de maintenir un niveau élevé d'utilisation, il devrait assurément augmenter le nombre de personnel dans les CSI. Au Burkina Faso, cet effectif est pour l'instant suffisant pour faire face à la gratuité totale si l'État venait à l'instaurer dans le but d'atteindre la couverture universelle.

Remerciements Les auteurs remercient les autorités sanitaires des districts concernés pour leur collaboration dans la réalisation de cette étude. Nous remercions très chaleureusement les agents de santé pour leur accueil et pour la qualité des informations fournies. Au projet HELP et au centre de recherche LASDEL, merci pour le soutien matériel et technique que vous avez fourni. Un grand merci à Alice Bila qui a assuré le traitement de la partie qualitative de cette étude et à tous ceux qui ont participé à la réalisation de ce travail. Cette recherche a été financée par l'AFD et le CRDI dans le cadre d'un programme de recherches

coordonnés par le LASDEL (Niger) et l'Université de Montréal (CRCHUM). V. Riddle est New Investigator des IRSC.

Conflit d'intérêt : V. Riddle et L. Queuille réalisent des consultations pour des ONG qui mettent en oeuvre des projets d'exemption du paiement des soins. Cette recherche a été réalisée sans qu'aucune ONG ne puisse en influencer les résultats.

Références

1. Abdu Z, Mohammed Z, Bashier I, Eriksson B (2004) The impact of user fee exemption on service utilization and treatment seeking behaviour: the case of malaria in Sudan. *Int J Health Plann Manage* 19(Suppl 1):S95–106
2. Ansong-Tornui J, Armar-Klemesu M, Arhinful D, et al (2007) Hospital based maternity care in Ghana-findings of a confidential enquiry into maternal deaths. *Ghana Med J* 41(3):125–32
3. Bodart C, Servais G, Mohamed YL, Schmidt-Ehry B (2001) The influence of health sector reform and external assistance in Burkina Faso. *Health Policy Plan* 16(1):74–86
4. Bosu W, Bell JS, Armar-Klemesu M, Tornui JA (2007) Effect of delivery care user fee exemption policy on institutional maternal deaths in the Central and Volta regions of Ghana. *Ghana Med J* 41(3):118–24
5. Daviaud E, Chopra M (2008) How much is not enough? Human resources requirements for primary health care: a case study from South Africa. *Bull World Health Organ* 86(1):46–51
7. Haddad S, Ridde V, Bekele Y, Queuille L (2011) Plus les coûts sont subventionnés, plus les femmes du Burkina Faso accouchent dans les centres de santé. *UdeM/CRCHUM/HELP*, 4 pp
7. Hornby P, Mejia A, Ray D, Simeonov LA (1976) Trends in planning for health manpower. *WHO Chron* 30(11):447–54
8. Hurst K (2006) Primary and community care workforce planning and development. *J Adv Nurs* 55(6):757–69
9. Joint Learning Initiative (2004) *Human resources for health: overcoming the crisis*. Cambridge: Harvard University Press, 217 pp
10. Lagarde M, Barroy H, Palmer N (2012) Assessing the Effects of Removing User Fees in Zambia and Niger. *J Health Serv Res Policy* 17(1):30–6
11. Lipscomb J, Kilpatrick KE, Lee KL, Pieper KS (1995) Determining VA physician requirements through empirically based models. *Health Serv Res* 29(6):697–717
12. Manzi F, Schellenberg JA, Hutton G, et al (2012) Human resources for health care delivery in Tanzania: a multifaceted problem. *Hum Resour Health* 10:3
13. Médecins du Monde (2008) *L'accès gratuit aux soins de santé primaires, une stratégie payante : Appel du G8, Chapitre 2*, p 13
14. Musau P, Nyongesa P, Shikhule A, et al (2008) Workload Indicators of Staffing Need method in determining optimal staffing levels at Moi Teaching and Referral Hospital. *East Afr Med J* 85(5):232–9
15. Nyamtema AS, Urassa DP, Massawe S, et al (2008) Staffing needs for quality perinatal care in Tanzania. *Afr J Reprod Health* 12(3):113–24
16. Olivier de Sardan J-P, Ridde V (2012) *L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger*. *Afrique Contemporaine* 243(3):11–32
17. OMS (2006) *The world health report 2006: working together for health*. Geneva, 209 pp
18. OMS (2011) *World Health Statistics 2011*. Geneva, 170 pp
19. Ridde V, Morestin F (2011) A scoping review of the literature on the abolition of user fees in health care services in Africa. *Health Policy Plan* 26(1):1–11
20. Ridde V, Richard F, Bicaba A, et al (2011) The national subsidy for deliveries and emergency obstetric care in Burkina Faso. *Health Policy Plan*. 23(Suppl 2):ii30–40
21. Ridde V, Robert E, Meessen B (2012) A literature review of the disruptive effects of user fee exemption policies on health systems. *BMC Public Health* 12:289
22. Shipp J (1998) *Workload indicators of staffing need (WISN). A manual for implementation*. Geneva, World Health Organization, WHO/HRB/98.2
23. Schoo AM, A Boyce R, Ridoutt L, Santos T (2008). Workload capacity measures for estimating allied health staffing requirements. *Aust Health Rev* 32(3):548–58
24. Tucker JB, Barone JE, Cecere J, et al (1999) Using queueing theory to determine operating room staffing needs. *J Trauma* 46(1):71–9
25. Walker L, Gilson L (2004) 'We are bitter but we are satisfied': nurses as street-level bureaucrats in South Africa. *Soc Sci Med* 59(6):1251–61
26. Witter S, Arhinful DK, Kusi A, Zakariah-Akoto S (2007) The experience of Ghana in implementing a user fee exemption policy to provide free delivery care. *Reprod Health Matters* 15(30):61–71
27. Witter S, Kusi A, Aikins M (2007) Working practices and incomes of health workers: evidence from an evaluation of a delivery fee exemption scheme in Ghana. *Hum Resour Health* 5:2
28. Yates R (2009) Universal health care and the removal of user fees. *Lancet* 373(9680):2078–81