

Conférence nationale pour le renforcement de la gratuité des soins au Niger

“Au Niger, l’exemption du paiement des soins a entraîné une charge de travail très élevée pour les agents de santé d’un district soutenu par une ONG”

Antarou Ly (antarly@yahoo.fr), Valéry Ridde et Seni Kouanda



Aide humanitaire et Protection civile

Cette note a été préparée pour la conférence nationale sur la gratuité des soins au Niger (mars 2012) dans le cadre d'un projet régional sur l'accessibilité financière en Afrique de l'Ouest conduit par l'université de Montréal (financement ONG HELP/ECHO).

Messages clés

L'étude porte sur la charge de travail des agents de santé en situation de gratuité de certains soins au Niger.

Les points à retenir sont les suivants :

- Les durées moyennes de travail par activité déclarées par les agents de santé sont toujours supérieures aux durées moyennes de travail observées.
- Le personnel soignant en poste n'est pas suffisant lorsque la gratuité est correctement mise en œuvre.
- La charge de travail ne semble pas avoir de conséquence sur le temps pris pour réaliser les consultations curatives.

Mars 2012



Introduction

Entre 2005 et 2007, le gouvernement du Niger a mis en place plusieurs exemptions ciblées du paiement des soins notamment les césariennes en 2005, les soins aux enfants de moins de cinq ans, les contraceptifs et les consultations prénatales en 2006 ainsi que les cancers féminins en 2007. L'ONG Médecins du monde (MDM) apporte son appui technique et matériel à cette initiative dans le district sanitaire (DS) de Keita. Cette intervention a eu pour effet immédiat une augmentation significative du niveau d'utilisation des services dans les centres de santé intégrés (CSI)¹. Dans les pays où les politiques d'exemption sont effectives, on note partout cette augmentation de la fréquentation des services et donc de la charge de travail. Cette dernière est souvent perçue par le personnel soignant comme une surcharge [1].

L'objectif de cette étude est de mesurer la charge de travail du personnel soignant dans les conditions de « gratuité des soins » précédemment décrites et leur capacité à y faire face.

Méthode

Au Niger, la « gratuité des soins » souffre notamment de certaines insuffisances de financement et de retard de remboursement [2], faisant en sorte que les districts soutenus par les ONG font moins difficilement face à ces carences. Ainsi, la hausse de fréquentation et les mesures d'accompagnement de la « politique » peuvent engendrer des charges de travail différentes selon que les districts soient soutenus ou non par une ONG. Nous avons donc aussi choisi de comparer la situation dans le DS d'Abalak où seul l'Etat intervient avec celui de Keita soutenu par l'ONG MDM. L'étude a porté sur un échantillon de huit CSI représentatifs de la diversité des situations, quatre du DS d'Abalak et quatre de DS de Keita.

Nous avons utilisé la méthode WISN (*Workload Indicator of staffing Need*) recommandée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour mesurer la charge de travail [3]. Elle nous a permis de mesurer l'offre (les activités réalisées de juin 2010 à mai 2011) et la demande (l'utilisation des services) à l'aide des rapports mensuels d'activités et d'observations (en chronométrant le temps que met un agent de santé (AS) pour offrir une prestation à un patient lorsque nécessaire). Cette collecte a été complétée par des entretiens auprès des AS (n=12).

Résultats

La durée moyenne des principales activités réalisées dans les CSI

Le tableau 1 présente les différentes activités effectuées dans un CSI ainsi que les durées moyennes observées (chronométrées) et déclarées par les AS pour les réaliser. La durée moyenne déclarée (DMD) est toujours supérieure à celle observée (DMO). Le personnel soignant estime que c'est le temps requis s'il respectait les normes de qualité. Néanmoins, il considère ne pas pouvoir respecter rigoureusement ces normes à cause du manque de matériel et/ou de la vétusté des infrastructures sanitaires. La vaccination est l'activité qui occupe le moins de temps, soit une minute par patient. Deux activités n'ont pas pu être observées dans le DS d'Abalak, faute de fréquentation au moment de notre enquête, soit l'accouchement et la vaccination. Les pansements et les injections étant des activités de support, le temps mis pour réaliser ces activités a été calculé par jour et non par individu ; il varie d'une heure dans les CSI les moins fréquentés à deux heures dans les plus fréquentés.

Tableau 1: activités et durées moyennes (en minute) observées et déclarées dans les deux districts étudiés (2011).

Activités	DS de Keita		DS d'Abalak	
	DMO	DMD	DMO	DMD
Accouchement	70	125	-	135
Consultation curative	7	17	6	15
Consultation nourrisson sain	4	13	6	16
Consultation prénatale	8	39	11	24
Information-Education-Communication	8	26	12	58
Vaccination	1	9	-	11
Consultation postnatale	7	20	6	21
Planification familiale	6	18	5	17

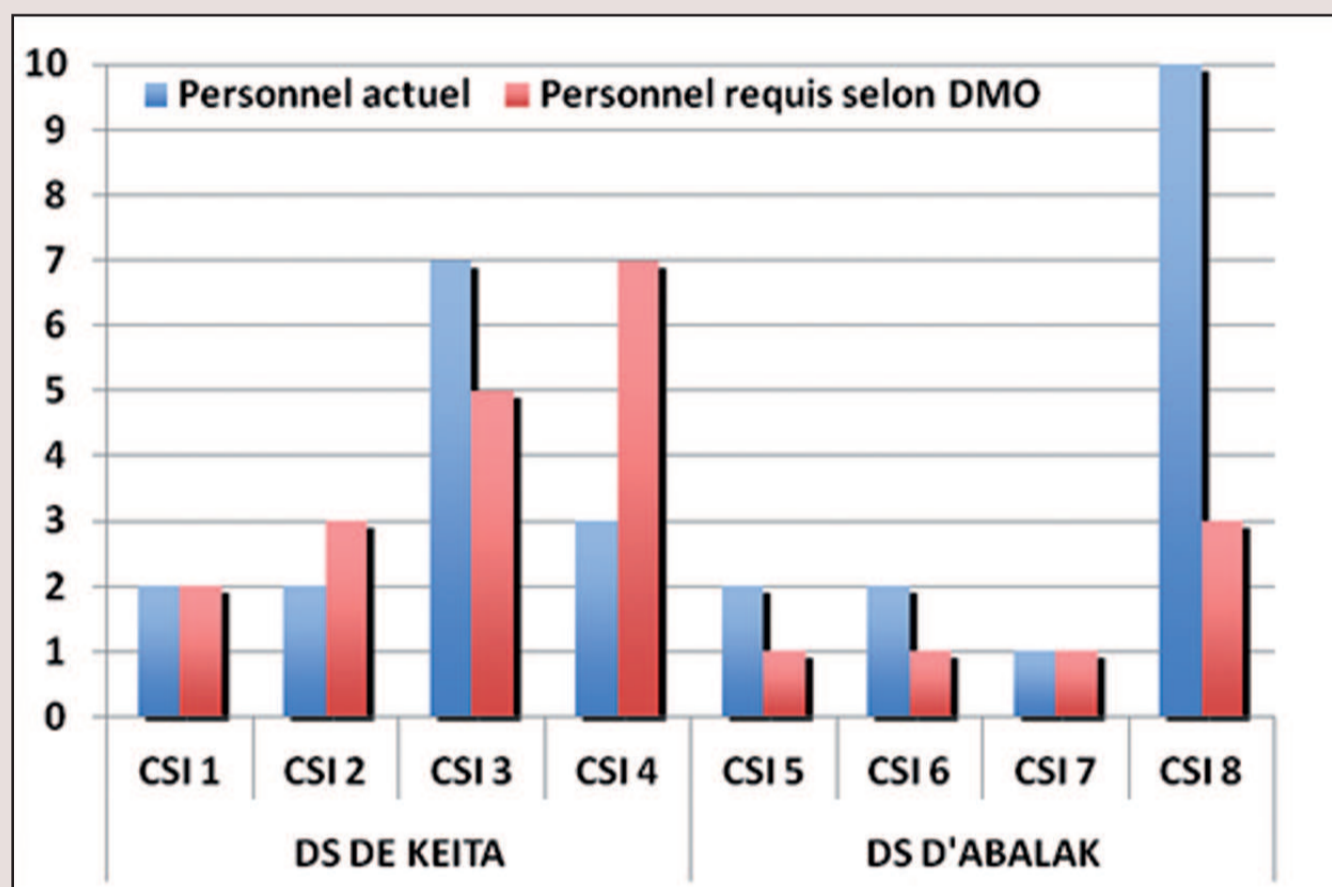
¹ Données tirées du SNIS, disponible sur <http://www.snis.cermes.net>.



Le personnel de santé pour faire face à la fréquentation

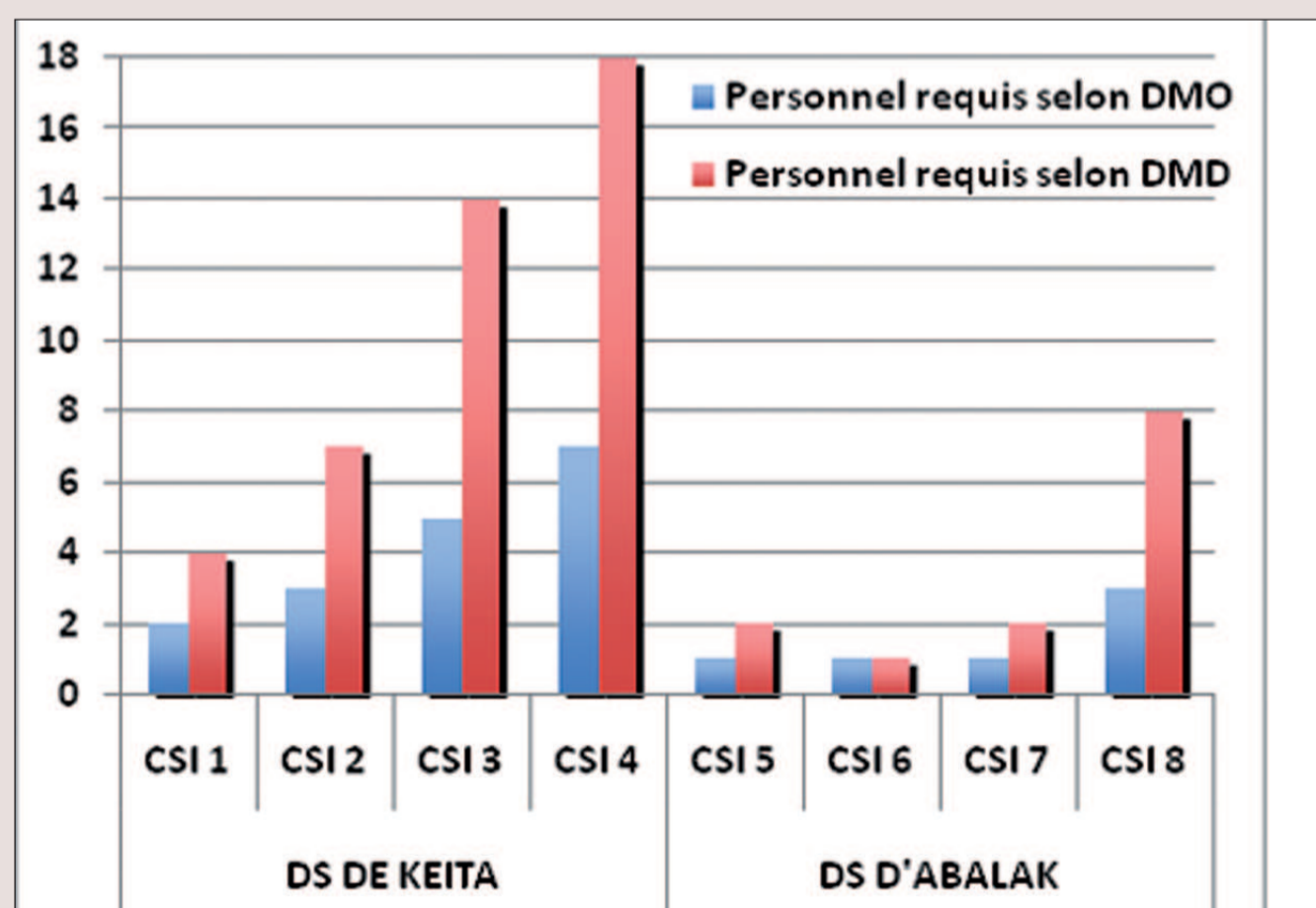
La figure 1 montre que dans le DS de Keita, un seul CSI dispose du personnel requis suffisant pour faire face à la fréquentation des services de santé dans le contexte de gratuité des soins en faveur des enfants soutenu par une ONG. En revanche, dans le DS d'Abalak où aucune ONG ne soutient la « gratuité des soins », le personnel actuel est suffisant dans trois CSI sur quatre pour assurer les activités demandées. La consultation curative constitue la plus grosse activité réalisée par les AS, de l'ordre de 60% des activités dans les deux districts. Nous n'avons pas noté de différence statistiquement significative ($p > 0,05$) dans la durée de réalisation des consultations curatives entre les deux districts étudiés. Autrement dit, la charge de travail ne semble pas avoir de conséquence sur le temps pris pour réaliser les consultations curatives.

Figure 1 : comparaison du personnel actuel avec le personnel requis selon les durées moyennes observées dans les deux districts étudiés (2011).



La figure 2 montre que le personnel requis selon la durée moyenne déclarée (DMD) par les AS est nettement supérieur au personnel requis selon la durée moyenne observée (DMO) dans les deux districts, sauf dans un CSI du DS d'Abalak.

Figure 2 : comparaison du personnel requis selon les durées moyennes observées et déclarées par les AS dans les deux districts étudiés (2011).



Conclusion

Cette étude montre que le fort recours aux soins dus à l'effet de la gratuité soutenue par une ONG a entraîné une charge de travail très élevée pour le personnel de santé. L'effectif en ressources humaines n'a pas été adapté à la situation pourtant prévue. Cette situation est différente de celle du Burkina Faso où ces dernières années l'État a consenti 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 dans les districts sanitaires subventionnés et soutenus par une ONG [4]. En revanche, dans le contexte d'un district mettant seul en place la « politique » de gratuité des soins (DS d'Abalak), avec toutes ses insuffisances et donc ses effets limités, le personnel en place semble pour le moment suffisant. Il faut donc retenir de cette étude que si l'État se donnait les moyens de mettre en place la gratuité des soins correctement, notamment en remboursant les CSI pour leur permettre de disposer de médicaments pour maintenir un niveau élevé d'utilisation, il devra assurément augmenter le personnel dans les CSI.

Cette note et d'autres documents concernant l'accessibilité financière aux soins de santé en Afrique de l'Ouest sont disponibles sur les sites de l'ONG HELP (www.help-ev.de), de la communauté de pratique HHA « Accès financier aux services de santé » (<http://www.hha-online.org/hso/financing/knowledge>), de l'Université de Montréal (<http://www.medsp.umontreal.ca/vesa-tc/ressrc.htm>) et du Lasdel (www.lasdel.net).

Les auteurs remercient V. Ridde et L. Queuille du CRCHUM (Canada) pour leur lecture critique des versions intérimaires de ce document.

Références

- 1- Olivier de Sardan JP, Ridde V. (2011). Une comparaison provisoire des politiques d'exemption de paiement dans trois pays sahéliens (Burkina Faso, Mali, Niger). Niamey: LASDEL. Etudes & travaux n°89.
- 2- Kafando Y., Mazou B., Kouanda S., Ridde, V. 2011. « Les retards de remboursement liés à la politique de gratuité des soins au Niger ont des effets néfastes sur la capacité financière des formations sanitaires ». LASDEL, Etudes & Travaux n°99.
- 3- Shipp P. Workload indicators of staffing need (WISN). A manual for implementation. Geneva, World Health Organization, 1998 (WHO/HRB/98.2).
- 4- Ly A, Ridde V, Kouanda S. Rapport de l'étude sur les effets de la gratuité de soins sur la charge de travail des agents de santé dans le district sanitaire de Dori - Burkina Faso. Ouagadougou : IRSS/CRCHUM/HELP ; 2011.

