

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE ET DE L'INNOVATION

Burkina Faso  
Unité-Progrès-Justice

-----  
SECRETARIAT GENERAL

-----  
DIRECTION GENERALE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR



**MEMOIRE DE MASTER EN SCIENCE INFIRMIERE :  
OPTION MANAGEMENT DES SERVICES DE SANTE**

**THEME :**

**CHARGE DE TRAVAIL DU PERSONNEL  
SOIGNANT DANS UN CONTEXTE DE  
GRATUITE DES SOINS : CAS DU DISTRICT  
SANTAIRE DE BOGODOGO AU BURKINA**

**Présenté par :**

M. SAWADOGO Nikiema  
*Elève Conseiller de Santé*

**Sous la direction de :**

Dr YAMEOGO Saint Pierre

Dr SOUBEIGA Dieudonné, Ph.D

**1<sup>ère</sup> Promotion  
2015- 2017**

## RESUME

---

---

La stratégie de recouvrement des coûts prônée par l'Initiative de Bamako, adoptée à la fin des années 80 a progressivement entraîné une exclusion sanitaire des populations les plus pauvres. Face à cette situation, le gouvernement du Burkina Faso a adopté en 2016 une politique de gratuité des soins en faveur des femmes et les enfants de moins de 5ans.

Cette mesure a entraîné une forte demande en soins de santé par les populations. La hausse de l'utilisation des services de santé par les populations a engendré à son tour une augmentation de la charge de travail du personnel de santé. Le but de notre étude consistait à faire comprendre la charge de travail du personnel de santé dans le district sanitaire de Bogodogo, impliqué dans la gratuité des soins, et d'analyser l'adéquation entre la dotation en personnel de santé et la charge de travail effective de ce personnel.

L'étude a été réalisée dans 11 centres de santé et de promotion sociale (CSPS), situés en milieu urbain (n=4), péri urbain (n=2) et rural (n=5) du district sanitaire de Bogodogo. La méthode WISN a été utilisée dans le cadre de cette étude. Le logiciel WISN a été utilisé pour l'analyse des données. Nous avons regroupé le personnel soignant en deux catégories professionnelles (infirmier et sage-femme) en fonction du type d'organisation de la formation sanitaire. Trois techniques ont été utilisées pour récolter les données à savoir : une revue documentaire, l'observation et l'entrevue.

Les formations sanitaires situées en milieu urbain et péri urbain avaient des effectifs disponibles supérieurs aux effectifs requis (ratio de WISN  $\geq 1$ ). Par contre, en milieu rural deux formations sanitaires ont éprouvé des difficultés pour faire face à la charge de travail (ratio de WISN  $< 1$ ). L'étude a aussi révélé que les formations sanitaires en ville comme en milieu rural disposaient d'un nombre insuffisant en personnel qualifié.

Cette étude a montré une pénurie de personnel dans deux formations sanitaires situées en milieu rural. Par contre en milieu urbain et péri urbain les effectifs disponibles dépassent largement les effectifs requis. Les résultats de cette étude montrent une inadéquation dans la répartition des ressources humaines entre le milieu urbain, péri urbain et rural.

**Mots-clés:** Workload Indicators of Staffing Need (WISN), gratuité des soins, charge de travail, district sanitaire de Bogodogo, Burkina Faso.

**ABSTRACT**

---

---

The cost recovery strategy claimed by the Bamako Initiative, adopted in the late 1980s, has gradually led to a health care exit to the poorest populations. Before this situation, the Government of Burkina Faso adopted in 2016 a free care policy for women and children under five. This situation raised the need of health care has by the population. The enhancement in the use of health services by populations turned to increase the workload of health personnel. The aim of our study was to understand the actual workload of health personnel in the health district of Bogodogo, involved in free care policy, and to analyze the adequacy between the health staff care workload and the real work of the staff.

The study was conducted in 11 health and social promotion centers (CSPS), located in urban (n = 4), periurban (n = 2) and rural (n = 5) areas of the Bogodogo Health District. The WISN method was used in this study. WISN software was used for data analysis. We grouped the nursing staff into two professional categories (nurse and midwife) according to the type of organization of the health facility. Three techniques were used to collect the data namely: a literature review, observation and interview.

Health facilities located in urban and peri-urban areas had more staff than were required (WISN ratio  $\geq 1$ ). On the other hand, in rural areas, two health facilities had difficulty coping with the workload (WISN ratio  $<1$ ). The study also revealed that both urban and rural health facilities lacked qualified staff.

This study showed a shortage of staff in two health facilities in rural areas. On the other hand, in urban and peri-urban areas, the number of available staff far exceeds the number of staff required. This study showed an inadequacy of human resources dispatching between the urban, peri-urban and rural areas

Keywords: Workload Indicators of Staffing Need (WISN), free health care, workload, health district, Burkina Faso,

## TABLE DES MATIERES

<b>RESUME</b> .....	i
<b>ABSTRACT</b> .....	ii
<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	iii
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	v
<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....	vii
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	ix
<b>DEDICACE</b> .....	x
<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>CHAPITRE 1 : CADRE THORIQUE</b> .....	3
<b>1.1. PROBLEMATIQUE</b> .....	3
<b>1.1.1. Enoncé du problème</b> .....	3
<b>1.1.2. BUT DE L'ETUDE</b> .....	5
<b>1.1.3. Question de recherche</b> .....	5
<b>1.2.2. Concept et approche d'appréciation de la charge de travail</b> .....	13
<b>2.2.2. Profil sanitaire du district</b> .....	32
<b>2.2.3. Mécanismes mis en place pour améliorer l'accessibilité financière dans les formations sanitaires</b> .....	33
<b>CHAPITRE 3 : LA MÉTHODOLOGIE</b> .....	35
<b>3.1. TYPE D'ETUDE</b> .....	35
<b>3.2. POPULATION DE L'ETUDE</b> .....	35
<b>3.3. METHODE D'ECHANTILLONNAGE</b> .....	35
<b>3.4. TECHNIQUES ET OUTILS/INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNEES</b> 38	
<b>3.4.1. Technique de collecte des données</b> .....	38
<b>3.4.2. Outils/instruments de collecte de données</b> .....	39
<b>3.5. METHODE ET OUTIL</b> .....	40
<b>3.7. PLAN D'ANALYSE ET INTERPRETATION DES DONNEES</b> .....	41
<b>3.8. CONSIDERATIONS ETHIQUES</b> .....	41
<b>CHAPITRE 4 : PRESENTATION DES RÉSULTATS</b> .....	43
<b>4.1. TYPE D'ETABLISSEMENT ET CATEGORIE PROFESSIONNELLE</b> .....	43
<b>4.2. L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTE</b> .....	44
<b>4.3. UTILISATION DES SERVICES DE SANTE</b> .....	45
<b>4.4. VOLUME DES ACTIVITES ET TEMPS CONSACRE AUX ACTIVITES</b> ....	46

<b>4.5. ANALYSE DES BESOINS EN PERSONNEL DANS LES FORMATIONS SANITAIRES.</b> .....	47
<b>4.5.1. CSPPS de la Trame d'accueil du secteur 30</b> .....	48
<b>4.5.2. CSPPS de Wemtenga</b> .....	50
<b>4.5.3. CSPPS du secteur 30</b> .....	53
<b>4.5.4. CSPPS du Dassasgho</b> .....	56
<b>4.5.5. CSPPS de Dagnongo</b> .....	59
<b>4.5.6. CSPPS de Yamtenga</b> .....	62
<b>4.5.7. CSPPS de Koubri</b> .....	64
<b>4.5.8. CSPPS de Boudtenga</b> .....	67
<b>4.5.9. CSPPS de Gampela</b> .....	69
<b>4.5.10. CSPPS de Gonsé</b> .....	71
<b>4.5.11. CSPPS de Tanlarghin</b> .....	73
<b>4.5.12. Situation des effectifs du personnel selon la zone géographique</b> .....	76
<b>4.7. COUTS SALARIAUX</b> .....	78
<b>4.8. ESTIMATION DES BESOINS EN PERSONNEL QUALIFIE</b> .....	79
<b>CHAPITRE 5 : DISCUSSION DES RESULTATS</b> .....	83
<b>5.1. LES FORCES ET LES LIMITES DE L'ÉTUDE</b> .....	83
<b>5.2. DISCUSSION DES RESULTATS</b> .....	84
<b>5.2.1. L'organisation des services de santé</b> .....	84
<b>5.2.2. Utilisation des services</b> .....	85
<b>5.2.3. Le temps consacré aux activités.</b> .....	86
<b>5.2.4. La disponibilité du personnel</b> .....	86
<b>5.2.5. La pression de la charge de travail du personnel</b> .....	87
<b>CONCLUSION</b> .....	89
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	92
<b>APPENDICE A</b> .....	103
<b>APPENDICE B</b> .....	107
<b>APPENDICE C</b> .....	110
<b>APPENDICE D</b> .....	111
<b>APPENDICE E</b> .....	114
<b>APPENDICE H : AUTORISATION D'ENQUETE</b> .....	124
<b>APPENDICE I : AVIS DU COMITE D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE EN SANTE</b> .....	125

---

## LISTE DES TABLEAUX

---

Tableau I: Situation du personnel du DS au 31 mars 2017 .....	34
Tableau II Répartition des CSPPS selon la zone d'urbanisation.....	36
Tableau III: Liste des formations sanitaires tirées de façon aléatoire .....	38
Tableau IV: Situation du personnel dans les formations sanitaires .....	44
Tableau V : Type d'organisation.....	45
Tableau VI : volume et temps consacré aux activités de service .....	46
Tableau VII: temps consacré aux activités d'appui et additionnelles .....	47
Tableau VIII: Situation du personnel infirmier et sage-femme au CSPPS de la Trame d'accueil .....	48
Tableau IX: Situation du personnel infirmier et sage-femme au CSPPS de Wemtenga.....	51
Tableau X: situation du personnel infirmier et sage-femme au CSPPS du secteur 30.....	54
Tableau XI: Situation du personnel infirmier et sage-femme au CSPPS de Dassasgho .....	56
Tableau XII :Situation du personnel infirmier et sage-femme au CSPPS de Dagnongo .....	59
Tableau XIII : Situation du personnel infirmier et sage-femme au CSPPS de Yamtenga .....	62
Tableau XIV: Situation du personnel infirmier et sage-femme au CSPPS de Koubri.....	65
Tableau XV: Situation du personnel infirmier et sage-femme au CSPPS de Boudtenga .....	68
Tableau XVI: Situation du personnel infirmier et sage-femme au CSPPS de Gampela.....	70
Tableau XVII : Situation du personnel infirmier et sage-femme au CSPPS de Gonsé.....	72
Tableau XVIII : Situation du personnel infirmier et sage-femme au CSPPS de Tanlarchin .....	74
Tableau XIX : analyse des effectifs et de la pression de la charge de travail du personnel....	78
Tableau XX : coûts salariaux du personnel soignant .....	79

LISTE DES FIGURES

Figure I: Modèle de la charge de travail .....	14
Figure II : cadre d'analyse de la charge de travail du personnel de santé .....	21
Figure III : Carte sanitaire du district sanitaire de Bogodogo .....	32
Figure IV: plan d'échantillonnage des formations sanitaires .....	37
Figure V: Evolution des consultations curatives dans les formations sanitaires entre 2013 et 2016.....	45
Figure VI : situation du personnel infirmier dans les formations sanitaires .....	75
Figure VII: situation des effectifs du personnel sage-femme dans les formations sanitaires ..	76
Figure VIII: répartition des ressources humaines selon la zone géographique.....	77
Figure IX: Estimation des besoins en personnel infirmier qualifié par formation sanitaire ....	79
Figure X: Estimation des besoins en personnel sage-femme qualifiée par formation sanitaire .....	80
Figure XI: Estimation des besoins en personnel infirmier qualifié selon la zone géographique .....	80
Figure XII: Estimation des besoins en personnel qualifié sage-femme selon la zone géographique .....	81

## LISTE DES ABREVIATIONS

---

---

AA	: Accoucheuse Auxiliaire
AB	: Accoucheuse Breveté
AIS	: Agent Itinérant de Santé
CEDEAO	: Communauté Economique des Etats de l’Afrique de l’Ouest
CSPS	: Centre de Santé et de Promotion Sociale
DRS	: Direction Régionale de la Santé
DS	: District Sanitaire
ECD	: Equipe Cadre de District
ENSP	: Ecole Nationale de Santé Publique
ESPS	: Etablissements Sanitaires Privés de Soins
FAC	: Facteur d’Allocation de la Catégorie
FAI	: Facteur d’Allocation Individuelle
FS	: Formation Sanitaire
IB	: Infirmier Breveté
ICP	: Infirmier Chef de Poste
IDE	: Infirmier Diplômé d’Etat
IEC	: Information, Education, et Communication
INSD	: Institut National de la Statistique et de la Démographie
INSSA	: Institut National des Sciences de la Santé
SFE	: Sage-Femme d’Etat
ME	: Maïeuticien d’Etat
MS	: Ministère de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernemental
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PMA	: Paquet Minimum d’Activités



PNDS	: Programme National de Développement Sanitaire
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
RHS	: Ressources Humaines en Santé
RMA	: Rapport mensuel d'Activité
UCAO	: Université Catholique de l'Afrique de l'Ouest
USTA	: Université Saint Thomas d'Aquin
SIDA	: Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
TLHO	: Télégramme Lettre Hebdomadaire Officiel
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
WISN	: Workload Indicators Staffing Need

## REMERCIEMENTS

---

---

Je désire exprimer ma reconnaissance à toutes les personnes qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Des remerciements sincères sont offerts à Dr Saint Pierre YAMEOGO, pour la direction de ce mémoire. Merci pour le temps si précieux que vous avez consacré à ce projet ainsi que les nombreux conseils.

Merci à Dr Dieudonné Soubeiga, en tant que co-directeur, pour vos idées avant-gardistes. Votre contribution a fait de ce mémoire un document unique au sein des sciences infirmières.

Merci à l'Equipe Cadre du District, aux Infirmiers Chefs de Poste et à l'ensemble du personnel du district sanitaire de Bogodogo, qui ont si généreusement accepté de me rencontrer et de partager leur expérience. L'accomplissement de ce projet n'aurait été possible sans vous.

Merci à Monsieur FOFANA Adama, pour son appui dans la collecte des données. Votre soutien a été d'un grand apport dans la réalisation de ce projet.

Finalement, merci à mes amis et ma famille qui m'ont supporté et encouragé durant ces deux années de dure labour. Votre soutien de tous les instants a été des plus précieux. Je vous aime.

**DEDICACE**

---

---

*A ma mère Ouédraogo Tibo, qui m'a transmis la persévérance,  
le courage, la patience et la détermination*

## INTRODUCTION

---

La santé et le bien-être des populations dans le monde dépendent étroitement de la performance de leurs systèmes de santé (OMS, 2000). L'objectif qui était assigné à l'initiative de Bamako (IB) était de répondre à la dégradation des services de santé des pays en développement et de relancer la politique des soins de santé primaires (Deschamps, 2000). Malheureusement, le système de recouvrement des coûts, prôné par l'Initiative de Bamako aura d'année en année entraîné une exclusion sanitaire des plus pauvres (Gilson et al., 2000). Face aux problèmes d'accès aux soins liés au recouvrement des coûts, de plus en plus de voix s'élèvent en faveur d'une couverture universelle permettant à tous un accès équitable aux soins de santé modernes sans barrière financière (OMS, 2010).

Pour favoriser un meilleur accès des services de santé aux populations, le Gouvernement du Burkina Faso à travers son Plan de Développement Sanitaire (2011-2020), a adopté des mesures dont les plus saillants sont : le développement des ressources humaines pour la santé ; le développement des infrastructures ; des équipements et des produits de santé ; l'accroissement du financement de la santé et l'amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé (Ministère de la Santé du Burkina Faso, 2011)

Dans le souci de lever la barrière financière de l'accès aux services de santé, l'Etat burkinabè a déclaré en mars 2016 une politique de gratuité des soins en faveur des femmes et les enfants de moins de 5ans. Débuté en phase pilote dans 3 régions (le Sahel, les Hauts Bassins, et le Centre), ce programme gouvernemental s'est par la suite étendu à l'ensemble du territoire national dès juin 2016.

Cette politique de gratuité des soins de santé a apporté des améliorations spectaculaires quant à la demande des soins de santé. Le recours aux services de santé par les femmes et les enfants a donc augmenté depuis que ces mesures de gratuité des soins de santé ont été mises en œuvre. Selon le Ministère de la Santé (2016), 6 218 521 soins ont été délivrés à la population en seulement 4 mois après la mise en œuvre de la gratuité des soins.

Cependant, la hausse de l'utilisation des services de santé par les populations constitue une source d'inquiétude pour les gestionnaires des districts et surtout pour le personnel

soignant qui pense que la charge de travail est trop élevée (Ministère de la Santé du Burkina Faso, 2016)

Le district sanitaire de Bogodogo dans la Région du Centre, qui fut l'un des premiers districts à appliquer la mesure de gratuité en tant que site pilote n'est pas en reste par rapport à cette situation. La forte demande en soins a engendré une augmentation de la charge de travail des agents de santé dans un district déjà confronté à des problèmes de gestion des ressources humaines (District sanitaire de Bogodogo, 2016) .

L'objectif de cette étude est de mettre à la disposition des autorités sanitaires du district sanitaire de Bogodogo quelques informations nécessaires pouvant lui permettre d'élaborer une bonne politique de planification des ressources humaines.

Plus spécifiquement, elle vise à :

- ✓ Déterminer le niveau de la pression de la charge de travail du personnel soignant du district sanitaire de Bogodogo.
- ✓ Déterminer si la charge de travail engendrée par la gratuité des soins relève d'une charge de travail normale ou d'une surcharge de travail.
- ✓ Relever le niveau d'adéquation de la dotation en ressources humaines des formations sanitaires.

Pour cela, cette présente étude s'articule autour de cinq (5) chapitres:

Dans le premier chapitre, il s'agit de la présentation du cadre théorique de l'étude à travers une problématique et une revue de la littérature qui aborde les politiques de gratuité des soins et leur impact sur les systèmes de santé, puis du concept de la charge de travail à l'issue duquel, un cadre conceptuel a été élaboré. Le deuxième chapitre traite d'abord du cadre de l'étude à travers une présentation des aspects physiques, démographiques, socio-économiques et socio-sanitaires du Burkina Faso, puis, il aborde le champ d'étude par une présentation du district sanitaire de Bogodogo. Le troisième chapitre présente la méthodologie de l'étude. Le quatrième chapitre s'emploie à la présentation des résultats de l'étude et enfin, le cinquième et dernier chapitre aborde la discussion des résultats

## CHAPITRE 1 : CADRE THORIQUE

---

Ce chapitre présente la problématique de l'étude dans un premier temps et ensuite dans un second temps il aborde les études portant sur la gratuité des soins. Le concept et les approches d'appréciation de la charge de travail complètent le chapitre.

### 1.1. PROBLEMATIQUE

#### 1.1.1. Enoncé du problème

Des progrès ont été réalisés dans les domaines variés afin de permettre aux populations d'être dans un état de complet bien-être physique, mental et social. On peut citer entre autres, la vaccination, le développement de moyens diagnostiques et thérapeutiques, l'utilisation des TIC dans la médecine etc.

Pourtant, la santé dans le monde ne s'en porte pas mieux dans plusieurs pays de l'Afrique subsaharienne (OMS, 2000). Malgré des progrès enregistrés ces dernières années dans le domaine économique à la faveur de l'augmentation des coûts mondiaux des matières premières, l'Afrique subsaharienne cumule encore et toujours les indicateurs de développement parmi les plus faibles. Le rapport 2016 du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) classe 18 pays africains au dernier rang mondial selon l'indice de développement humain. L'extrême pauvreté en 2015 a été estimée à 35,2% de la population de l'Afrique subsaharienne (Banque Mondiale, 2015).

Les systèmes de santé dans cette région continuent de faire face à des défis majeurs. Les pays d'Afrique subsaharienne sont ceux qui supportent la plus lourde charge de morbidité et de mortalité. Entre 1990 et 2011, l'Afrique a dû faire face à l'épidémie la plus dévastatrice de l'histoire de l'humanité, l'épidémie due au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) (OMS, 2015). Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) continue à dévaster l'Afrique qui compte 11 % de la population mondiale mais 60 % des personnes vivant avec le VIH. En outre, le paludisme continue de ravager les populations en Afrique subsaharienne ; plus de 90 % des 300 à 500 millions des cas de paludisme qui surviennent chaque année dans le monde selon les estimations touchent des africains, principalement des enfants de moins de 5 ans (OMS, 2006). A cela s'ajoutent les maladies chroniques (diabète, cancer, maladies cardio-vasculaires) qui ne cessent de progresser.

La situation sanitaire du Burkina Faso, malgré une amélioration certaine, reste caractérisée par des taux de morbidité et de mortalité générale et spécifique élevés. Les enquêtes font apparaître un taux brut de mortalité élevé au sein de la population de l'ordre de 11,8‰ en 2006 et un taux de morbidité de 8,4% (Ministère de la Santé, 2012). La mère et l'enfant constituent les groupes les plus vulnérables. Le ratio de mortalité infantile est de 82 décès pour 1000 naissances vivantes et celui de la mortalité maternelle est de 330 décès pour 100 000 naissances vivantes (INSD, 2012).

Aussi, la stratégie de recouvrement des coûts prônée par l'Initiative de Bamako a progressivement entraîné une exclusion sanitaire des populations les plus pauvres entraînant une faible utilisation des services de santé. En effet, 54,7% du premier quintile ne consultent pas de services de santé ou de personnel de santé en cas de problème de santé et 71,7% des femmes de 15-49 ans déclarent un problème d'argent pour accéder aux soins (ibid. 2015). Selon le Ministère de la Santé, (2016, citant CNS 2015), les dispositifs de couverture du risque maladie sont encore au stade embryonnaire, avec une couverture de moins de 1 % de la population.

Face à cette situation préoccupante, le Gouvernement du Burkina Faso, a déclaré en 2016 une politique de gratuité des soins de santé au profit des femmes et des enfants de moins de cinq (5) ans. La gratuité des soins de santé consiste à fournir des prestations de soins de santé à la population cible, sans qu'elle ne participe au paiement direct de ces prestations. Cette disposition concerne le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus; les soins pour les enfants de moins de 5 ans ; les césariennes ; les accouchements; la gratuité des soins pour les femmes enceintes. La mise en œuvre de cette nouvelle politique s'est organisée au sein d'un système de santé fragile où subsistent encore de nombreux dysfonctionnements, tels l'insuffisance des ressources humaines, la faiblesse du Système d'Information Sanitaire (SIS) et de la chaîne d'approvisionnement en intrants.

Le district sanitaire de bogodogo dans la région du centre fut l'un des premiers districts à appliquer la mesure de gratuité dans toute l'aire sanitaire en tant que site pilote. Cependant, en dépit de la volonté manifeste des autorités d'améliorer l'accès des populations aux services de santé, certaines formations sanitaires notamment celles du milieu rural ne répondent pas aux normes en personnel (District sanitaire de Bogodogo, 2016).

En plus, la forte demande en soins de santé par les populations en rapport avec la gratuité a entraîné une augmentation de la charge de travail des agents de santé accentuant ainsi la pénurie du personnel. Si la gratuité des soins a fait sauter le verrou de la barrière financière, en revanche, les ressources humaines sont l'un des piliers centraux de l'accès universel aux soins. Le succès des politiques de santé est largement tributaire du bon fonctionnement des centres de santé avec un personnel suffisant en nombre et en qualité. En effet, une preuve scientifique indique une association possible entre la densité du personnel infirmier et la mortalité maternelle, la mortalité infantile et les taux de vaccination (Crisp, Gawanas, & Sharp, 2008).

Dans un contexte caractérisé par une pénurie permanente des ressources humaines et une constante sollicitation des agents de santé, le souci des responsables aux niveaux national et local est de trouver les voies et moyens de gérer efficacement la précieuse ressource de façon à mieux équilibrer la charge de travail et à obtenir une meilleure productivité. En tant qu'élément essentiel pour la planification, la charge de travail permet de définir les besoins, ainsi que les mesures de compensation nécessaires (Martin J. Trotter, Larsen, Tait, & Wright, 2009).

Au niveau national, peu d'études se sont intéressées à la charge de travail du personnel de santé notamment dans le contexte de la gratuité des soins. C'est pourquoi, nous nous proposons à travers une étude quantitative basée sur la méthode WISN, d'analyser la charge de travail du personnel soignant du district sanitaire de Bogodogo et d'entrevoir si les effectifs disponibles sont à mesure de faire face à la charge de travail dans un contexte de la gratuité des soins. Les résultats d'une telle analyse pourraient servir de base aux autorités sanitaires pour une meilleure gestion des ressources humaines en santé.

### **1.1.2. BUT DE L'ETUDE**

Le but de ce travail est de mesurer la pression de la charge de travail du personnel de santé et d'analyser l'adéquation entre les effectifs disponibles dans les formations sanitaires par rapport aux effectifs requis.

### **1.1.3. Question de recherche**

Cette étude vise à répondre aux deux questions suivantes soit:



1) quel est le niveau de la charge de travail du personnel soignant du district sanitaire de Bogodogo dans le contexte de la gratuité des soins?

2) au vu de leurs effectifs dans les formations sanitaires, les agents de santé sont-ils en mesure de faire face à la hausse de demande de soins induite par la mesure de la gratuité des soins?

Les hypothèses suivantes nous guideront dans notre quête de réponses aux questions ci-dessus formulées.

#### **1.1.4. Hypothèses**

1) Dans le district sanitaire de Bogodogo, plus les soins sont gratuits plus l'utilisation des services de santé par les populations est élevée.

2) Plus les Centres de Santé et de Promotion sociale sont situés en milieu rural, plus la dotation en ressources humaines est faible.

3) Plus la charge de travail est élevée, plus les centres de santé et de promotion sociale du district font face à une pénurie de personnel qualifié.

### **1.2. LA REVUE DE LA LITTERATURE**

#### **1.2.1. Etudes sur les politiques de gratuité des soins en Afrique**

Les études ayant abordé la gratuité des soins en Afrique de façon plus globale mettent clairement en évidence deux aspects de cette politique : le mode de mise en place des politiques de gratuité et leurs effets sur les systèmes de santé.

##### **✓ Mode de mise en place**

L'objectif de l'abolition des frais aux usagers dans les services de santé est de faire sauter le verrou que constitue le paiement direct considéré comme un des facteurs bloquants à l'accès aux soins des plus pauvres (Nabyonga, 2005). Sa mise en place est marquée par une certaine hétérogénéité tant dans sa formulation que dans sa mise en œuvre (Ridde & Morestin, 2011). Dans la plupart des cas, il est le fait des gouvernements, soutenus dans certains cas par des ONG internationales comme au Niger et au Burkina Faso.

En ce qui concerne l'émergence de ces politiques, les écrits montrent que la décision de supprimer le paiement direct des soins a été généralement prise par les gouvernements.

Cependant, dans la plupart des cas, la décision a été prise de manière précipitée avant ou après une échéance électorale comme en Ouganda (en pleine campagne électorale) ou à Madagascar (à la suite des troubles postélectorales) (ibid. 2011)

Pour ce qui est de la formulation de ces politiques, on peut noter que si certains pays anglophones ont opté pour des politiques de gratuité universelle comme c'est le cas du Ghana, l'Ouganda ou l'Afrique du Sud, les politiques de gratuité sélectives semblent être dominantes dans les pays francophones de la CEDEAO (Meessen et al., 2011). Elles concernent dans ces pays les catégories de la population considérées comme les plus vulnérables notamment les femmes enceintes (Ghana, Côte d'Ivoire, Bénin, Guinée, Mali Niger, Sénégal, Burkina Faso, Soudan), les enfants de moins de cinq ans (Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Ghana, Niger, Sierra Leone, Soudan, Burkina Faso) ou les personnes âgées (Sénégal, Afrique du Sud et le Ghana dans le cadre de l'assurance maladie). Il existe d'autres gratuités dans ces pays ciblant certaines maladies négligées comme la lèpre (Bénin, Burkina Faso, Guinée Bissau, Mali), ou certains traitements spécifiques comme les antirétroviraux ou le traitement de la tuberculose (Robert & Samb, 2012).

✓ **Les effets des politiques d'exemption de paiement sur les systèmes de santé**

➤ **Prestation des services de santé**

• **Utilisation des services**

Les effets des politiques d'exemption au plan de l'utilisation des services sont considérés comme positifs par la plupart des écrits (Lagarde & Palmer, 2011). De manière globale, l'utilisation des services de santé devenus gratuits a augmenté après la mise en place des politiques d'exemption : de plus 17% à Madagascar (Fafchamps & Minten, 2007) , et jusqu'à plus 80% en Ouganda pour les consultations en 1ère ligne ( Yates, 2009). Par exemple au Ghana, une étude montre qu'elle a permis une augmentation significative des accouchements dans les structures sanitaires et des accouchements assistés par du personnel qualifié dans des régions où habituellement les femmes accouchaient à la maison (Penfold, Harrison, Bell, Fitzmaurice, & others, 2007).

La mesure a profité particulièrement aux plus pauvres (Dzakpasu et al., 2012). Cependant, il est probable que d'autres facteurs que la politique aient agi concomitamment dans l'accroissement du taux d'utilisation des services de soins (ibid. 2012).

Les résultats d'une étude longitudinale en Ouganda ont montré que le taux d'utilisation des services a augmenté de 26 % en 2001, un an après la mise en place de la politique à 55% en 2002 avec un bénéfice net en faveur des pauvres (Nabyonga, 2005). La suppression des frais a augmenté de 40% l'utilisation des services pour les moins de 5 ans au Burundi (McPake, B., Schmidt, A., Araujo, E., & Kirunga-Tashobya, C, 2008). Elle a également augmenté l'utilisation des services en Afrique du Sud, particulièrement pour les services curatifs (David Wilkinson, Gouws, Sach, & Karim, 2001). Au Mali, 84 % des personnes interrogées affirment que les politiques de gratuité des soins ont augmenté l'utilisation des services et 92 % soulignent qu'elles bénéficient aussi aux plus pauvres. (Touré, 2012).

Au Burkina, la première évaluation d'impact de la SONU menée dans le district sanitaire de Nouna montre une augmentation significative de l'utilisation des services maternels par les Femmes (De Allegri et al., 2012). Ce que Ridde (2014) confirme lors d'une étude récente menée dans le même contexte et qui estime que le nombre d'accouchements assistés est passé entre 2006 et 2011 de 48.9 % à 90,3%.

On note toutefois des tendances mitigées : en Afrique du Sud où l'extension de l'exemption à l'ensemble de la population en 1996 n'a eu que peu d'effets sur le nombre de consultations qui avaient pourtant augmenté après la 1ère mesure d'exemption pour les enfants et les femmes enceintes (David Wilkinson et al., 2001). Au Kenya, l'augmentation du nombre de consultations n'a pas rattrapé le niveau d'utilisation précédent la mise en place des paiements directs (Mwabu & Wang'ombe, 1997). Concernant les services maternels, on remarque que les femmes enceintes s'enregistrent plus tôt pour l'accouchement en Afrique du Sud (Wilkinson, Sach, & Karim, 1997), et que le nombre d'accouchements institutionnels augmentent au Ghana (Penfold et al., 2007). En revanche, les résultats des études réalisées en Ouganda sont discordants. Deininger (2005), mentionne une augmentation de 28% du nombre d'accouchement en milieu de soins, alors que Yates (2006) indique une baisse du nombre total d'accouchements en établissement de 23 à 20%.

- **Dépenses de santé**

La gratuité des soins a généralement une incidence positive sur les dépenses de santé des ménages notamment les plus démunis. Au Ghana, l'incidence des dépenses catastrophiques sur le budget des ménages a par exemple baissé (Asante, Chikwama, Daniels, & Armar-Klemesu, 2007).

Au Burkina Faso, une étude récente qui a testé l'hypothèse d'équité inverse concernant les SONU a montré qu'elle a conduit à une réduction significative et durable des dépenses de santé des ménages tout en profitant à toutes les catégories socio-économiques de la population (Valéry Ridde et al., 2014). Xu et al., (2006), utilisant les données issues des enquêtes socioéconomiques nationales ougandaises de 1997, 2000 (avant abolition) et 2003 (après abolition) ont soutenu que l'exemption des paiement a un impact sur la pauvreté.

D'autre part, si les coûts des prestations ont le plus souvent diminué, cela n'a pas toujours été le cas, notamment les formations sanitaires ont continué de faire payer les services supposément exemptés (Witteret al., 2008). En outre, la répartition des bénéfices entre catégories socio-économiques ne s'est pas toujours faite au profit des plus pauvres (Xu et al., 2006). L'aspect financier reste une barrière importante d'accès aux soins, comme l'indiquent les répondants en Afrique du Sud (Goudge, Gilson, Russell, Gumede, & Mills, 2009). En effet, les coûts des services restent élevés : les dépenses de santé pour les accouchements avec complications représentent au Kenya 35% du revenu mensuel et 17% pour les accouchements simples (Perkins et al., 2009). D'autres frais s'ajoutent également : le transport, qui compte en Afrique du Sud pour 42% en moyenne des dépenses de santé et qui est un facteur clé dans la capacité des ménages à s'assurer une protection contre la maladie (Goudge, Russell, et al., 2009), et les frais informels et dessous-de-table rapportés par 73.3% des femmes ayant accouché dans une formation sanitaire en République Unie de Tanzanie (Kruk, Mbaruku, Rockers, & Galea, 2008).

- **Qualité des soins**

Les auteurs ne rapportent pas d'amélioration de la qualité des soins, sauf pour le Ghana lorsque les fonds étaient disponibles (Witter & Adjei, 2007, (Witter, Arhinful, Kusi, & Zakariah-Akoto, 2007a). Elle reste toutefois insuffisante selon (Ansong-Tornui, Armar-Klemesu, Arhinful, Penfold, & Hussein, 2007) sur le Ghana. Au mieux, la qualité ne s'est pas dégradée, comme le précise Nabyonga-Orem et al., (2008) qui évoque l'attitude et la disponibilité des soignants ainsi que la propreté et la maintenance des structures.

Dans certains pays, des paiements informels ont pu prospérer (Chuma, Musimbi, Okungu, Goodman, & Molyneux, 2009). Par exemple, au Niger, certains agents de santé n'ont pas hésité pour se faire des revenus supplémentaires à revendre des médicaments ou faire payer aux patients certains actes pourtant gratuits (Valéry Ridde & Diarra, 2009).

En dépit de cela, la gratuité des soins n'a pas semblé entamer la perception des patientes envers la qualité des soins comme cela a été observé au Burkina Faso (Philibert, Ridde, Bado, & Fournier, 2014).

Elle n'a pas non plus entraîné un gaspillage des médicaments par les agents de santé comme le montre une étude sur la gratuité des soins accordée aux enfants de moins de 5 ans par une ONG dans ce même pays. Le maintien de la qualité des prescriptions a été rendu possible grâce à la supervision et la formation continue du personnel de santé (Atchessi, Ridde, & Haddad, 2013).

- **Le personnel de santé**

En Ouganda, la politique de la gratuité des soins a incité le gouvernement à introduire des réformes au niveau de la fonction publique, accélérant le recrutement du personnel, et l'amélioration du système de paiements des salaires, (Yates et al., 2006).

Au Burkina Faso, grâce à une politique volontariste de l'Etat à travers un plan de régionalisation des agents de santé et de l'éducation depuis 2003, la présence des agents de santé au niveau des formations sanitaires s'est nettement améliorée. Selon Ly Antarou et al. (2012), dans les districts de Dori et de 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 (OMS 2011).

Au Burkina Faso, à la faveur de la gratuité des soins, les agents reçoivent une prime officielle de 20 % du prix des actes dont les quantités ont très largement augmenté à la suite de l'exemption (Kouanda, Ly, Bonnet, & Ridde, 2012). Au Ghana, une prime de motivation par accouchement, qui peut contribuer jusqu'à 19% du revenu mensuel des sages-femmes a été instaurée dans certaines régions (Witter et al., 2007). Ces mesures ont pu permettre de compenser les pertes de revenu engendrées par l'exemption.

- **Disponibilité du personnel**

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 (Valéry Ridde, Robert, & Meessen, 2010). Selon Koanda (2012), 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 (Kouanda et al., 2012, p. 1). En Ouganda, le nombre de consultations par soignant a augmenté de 46,9%. Au Ghana, cette augmentation s'est accompagnée d'une insuffisance de personnel médical pour faire face aux accouchements (Witter & Adjei, 2007).

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 (Walker & Gilson, 2004). Au Niger, les résultats sont plutôt mitigés. Certains centres de santé souffrent d'un manque en personnel soignant pendant que d'autres disposeraient d'un effectif assez juste pour fonctionner, ce qui expliquerait les plaintes récurrentes des agents de santé sur la charge de travail (Kouanda et al., 2012). Les études en Afrique du Sud (Ridde et al., 2009), au Ghana (Ansong-Tornui et al., 2007) et au Burkina Faso (Kouanda et al., 2012) nuancent ces tendances. Les auteurs rapportent en effet respectivement une hausse du ratio patient/soignant et la disponibilité des agents de santé. L'analyse des résultats obtenus sur le nombre de personnel requis par rapport aux effectifs disponibles sur le terrain a montré que les centres de santé du Burkina Faso disposent d'un effectif suffisant en personnel de santé (Kouanda et al., 2012).

- **Satisfaction du personnel soignant**

Dans un contexte de subvention/exemption du paiement des soins, la hausse de la demande qui en résulte est souvent source d'inquiétude sur la charge de travail du personnel de santé (Valéry Ridde & Olivier de Sardan, 2012). Dans les pays où les politiques d'exemption sont effectives, une augmentation perçue de la charge de travail par le personnel soignant est souvent constatée (Antarou, Ridde, Kouanda, & Queuille, 2013a). La plupart des professionnels de santé au Ghana ont estimé que la gratuité a entraîné une charge de travail (Witter & Adjei, 2007). Loin de reconnaître unanimement que le fait de procurer des soins gratuits puisse être valorisant personnellement, le personnel évoque en outre le sentiment d'être surmenées, voire exploitées face à la charge croissante de travail (Walker & Gilson, 2004).

En Ouganda, l'attitude des soignants face à leur travail semble s'être détériorée depuis l'abolition (Burnham, 2004), tout comme leur moral (Kajula, Kintu, Barugahare, & Neema, 2004). Au Niger, l'insuffisance du personnel soignant expliquerait les plaintes récurrentes des agents de santé sur la charge de travail (Antarou et al., 2013a).

Toutefois, certains chercheurs ont trouvé comme au Burkina Faso qu'il y a certes une augmentation de la charge de travail, mais que le personnel soignant est suffisant pour y faire face (ibid. 2013a). Selon la même étude, il semblerait que les plaintes sur la charge de travail soient aussi une manière de réclamer une motivation financière.

### ➤ **Information sanitaire**

Au Ghana, Witter et al., (2007) indiquent ainsi qu'il n'y a que peu d'information disponible au niveau national sur le nombre et le type d'accouchements réalisés dans les formations sanitaires du pays, ainsi que sur le montant des remboursements.

### ➤ **Médicaments**

D'une manière générale, les pays ayant adopté la gratuité des soins connaissent des ruptures de médicaments dans les formations sanitaires. L'impréparation de ces politiques explique souvent les difficultés observées dans leur mise en œuvre (Valéry Ridde, Robert, & Meessen, 2010). Au Burundi par exemple, le fait qu'elle a été soudainement décidée sans mesure d'accompagnement a chamboulé le système de santé en aggravant les ruptures de stock (Nimpagaritse & Bertone, 2011). Au Niger, les retards de remboursement ont occasionnés des ruptures de stocks de médicaments dans les formations sanitaires, entraînant des pratiques fréquentes de renvoi des patients de la part des prestataires vers d'autres formations sanitaires (Valéry Ridde & Olivier de Sardan, 2012).

Toutefois, cette tendance n'est pas homogène. Au Ghana, si les répondants semblent considérer majoritairement que les médicaments et les consommables sont en nombre suffisant pour répondre à l'augmentation du nombre d'accouchements, ce sentiment se limite à la période pendant laquelle la politique d'exemption était effectivement financée par le gouvernement (Witter & Adjei, 2007). Parallèlement, sur le Ghana, Ansong-Tornui (2007) indique la disponibilité de consommables et d'équipements de base pour les soins obstétricaux d'urgence. En Ouganda, il existe un décalage entre les perceptions des acteurs (soignants, communautés et comités de gestion), et les données administratives.

Ainsi les fiches de stocks de 85 formations sanitaires révèlent une hausse de la quantité de médicaments reçus après le début de l'abolition, tandis que les acteurs indiquent des problèmes de disponibilité, notamment les antipaludéens, et des retards de livraison attribué aux lourdeurs administratives au niveau des districts, et ce malgré la révision des procédures de commande de médicaments pour accélérer la livraison des médicaments (Nabyonga-Orem et al., 2008). Cette pénurie conduirait les patients à utiliser les services privés pour l'achat de ces médicaments (ibid. 2008).

### **1.2.2. Concept et approche d'appréciation de la charge de travail**

#### ✓ Le concept de la charge de travail

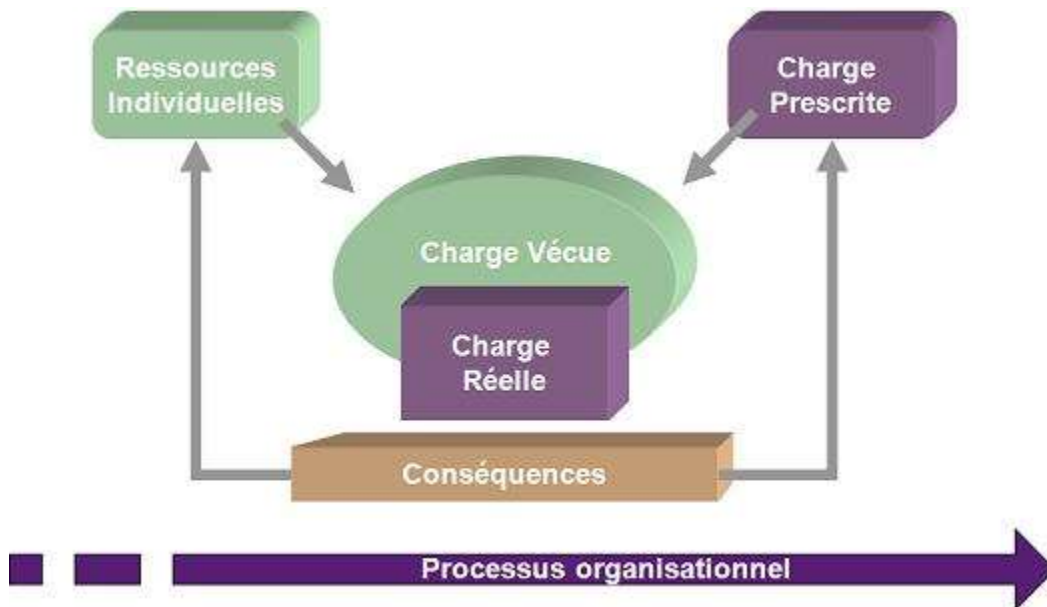
La charge de travail est un phénomène complexe pour lequel chaque acteur dispose de sa propre compréhension. Parmi les cadres de référence possibles l'approche ergonomique a plus particulièrement retenu notre attention en raison de sa plus forte opérationnalité. Celle-ci, par l'intégration de plusieurs dimensions de la charge, permet d'articuler de visions différentes selon que l'on se place du point de vue de l'organisation, du management ou des salariés. Elle n'exclut pas de s'appuyer sur d'autres modèles pour l'enrichir. Nous citerons, pour mémoire : la psychodynamique du travail, la théorie de l'activité, la clinique de l'activité, les modèles de Karasek et Siegrist.

Le modèle ergonomique qualifie la charge de travail au travers de trois dimensions (voir figure 1) que sont :

- la charge prescrite
- la charge réelle
- la charge vécue



Figure I: Modèle de la charge de travail



(Issus des travaux de P. Falzon et C. Sauvagnac)

**La charge prescrite** désigne les outils pour faire le travail et ses réactions, les performances exigées et les procédures prescrites. Elle est considérée comme une contrainte et correspond à ce qui est demandé par l'organisation. Ces contraintes englobent les objectifs de performance à atteindre tant au plan quantitatif (ex.: quantité, durée, ampleur) que qualitatif (ex.: qualité, délai, satisfaction), mais également les diverses procédures prévues pour un poste donné. La charge de travail prescrite n'est donc pas déterminée définitivement et elle ne correspond pas à la description de la tâche ou du poste de travail, elle évolue dans le temps et se transforme avec la dynamique quotidienne du travail (Falzon, 2004) affectant l'ensemble des conditions de réalisation du travail.

La charge prescrite inclut également les moyens mis à la disposition du travailleur pour réaliser son travail et atteindre les objectifs. Ces moyens font référence aux capacités (ex.: financières, humaines, d'expertise, de temps) et aux outils de travail (ex.: logiciels, équipements, machines) et de gestion (ex.: directives, normes) effectivement disponibles au sein de l'organisation pour exécuter le travail. Ainsi, si les ressources ne sont pas à la portée des personnes, il leur est difficile, voire impossible, d'atteindre les résultats attendus (contrainte). Ces moyens sont donc stratégiques et ont un impact sur la charge de travail.

**Les ressources** réfèrent « aux caractéristiques du travailleur (en tant qu'humain ayant un mode de fonctionnement cognitif, physiologique, social et psychique donné) et en tant qu'individu ayant des acquis (expérience, formation, vieillissement) et un état spontané (fatigue, rythme biologique) » (Fernande Lamonde, 1992). Ainsi, ce volet réfère à l'état physique et psychologique de l'individu dans un contexte donné pour réaliser une charge de travail particulière

**La charge réelle** est considérée comme une astreinte et est définie en référence à l'activité de travail. « Elle est fonction du degré de mobilisation (physique, cognitive et psychique) de l'opérateur » (Falzon, 2004). Ainsi, elle renvoie aux efforts déployés par l'individu pour atteindre au mieux les objectifs prescrits (charge prescrite), mais avec des conditions d'exécution du travail constituées des ressources du travailleur, des caractéristiques de l'organisation et des moyens réels mis à sa disposition pour atteindre les objectifs (Guérin et al., 2006). La charge de travail réelle englobe les modes opératoires, les compromis et les stratégies pour surmonter les contraintes du travail et de l'organisation (Lamonde & Montreuil, 1995), mais aussi le travail non réalisé, qui attend, qui est en retard ou qu'on ne peut réaliser à son plein potentiel compte tenu des contraintes et des contrôles en place (Clot, 2001). Elle prend ainsi en compte les événements variables affectant l'activité et les arbitrages opérés par les travailleurs, eu égard aux limites et contradictions de la prescription. En fait, la charge réelle de travail est tout ce que les individus et les collectifs mettent en œuvre pour atteindre leurs objectifs de travail.

**La charge vécue** est ce qui est ressenti par l'individu face à sa propre charge de travail en lien avec le travail prescrit, ses ressources et celles de l'organisation, et un contexte organisationnel spécifique offrant ou non une reconnaissance et un soutien. L'interprétation de ce vécu peut être perçue comme un épanouissement professionnel ou s'exprimer à travers diverses manifestations négatives.

**Les processus organisationnels** sont le résultat des changements contemporains (ex.: technologiques, organisation du travail) qui se succèdent et qui modifient profondément la nature et l'activité du travail.

**Les conséquences** sont le résultat de l'activité d'un individu au travail (astreinte) qui doit composer avec des contraintes compte tenu des ressources disponibles.

Elles sont de deux niveaux: d'une part, elles transforment l'individu et ses ressources de façon positive ou négative; d'autre part, elles influent sur l'organisation et ses attentes.

✓ Approche d'appréciation de la charge de travail

L'évaluation de la charge de travail s'appuie sur une définition des indicateurs pertinents qui permettent de l'apprécier. L'examen des tâches qui composent le travail permet alors d'attribuer un poids à chaque indicateur (Espitalié et al., 1977). A cet effet, certains outils de mesure partent d'une catégorisation des tâches relevant d'une fonction donnée (Fleming & al, 1982; Trotter, Larsen, Tait, & Wright, 2009).

Dans la littérature, on retrouve principalement deux catégories d'outils pour l'appréciation de la charge de travail : ceux qui s'adressent au contenu de la tâche et ceux qui s'adressent aux conséquences ou aux résultats de la réalisation de la tâche. Les outils élaborés pour l'analyse du contenu de la tâche utilisent des indicateurs se rapportant aux systèmes fonctionnels mis en jeu lors de l'exécution de la tâche : système d'activation physique et/ou mental. C'est dans cette catégorie que l'on retrouve plusieurs outils de mesure de la charge mentale du travail. Celle-ci peut être mesurée selon une approche subjective ou objective.

Dans l'approche subjective, les outils les plus utilisés sont :

- Le *National Aeronautics and Space Administration – Task Load Index* (NASA-TLX). Il s'agit d'un instrument multidimensionnel évaluant la perception de la charge de travail. Il est reconnu comme l'outil de référence en ce qui a trait aux mesures subjectives (Hart & Staveland, 1988).
- Le *Subjective Workload Assessment Technique* (SWAT) évalue trois dimensions (charge temporelle (*time load*), effort mental, stress psychologique) selon trois niveaux (bas, moyen, élevé) (Rubio, Diaz, Martin, & Puente, 2004).
- Le *Workload Profile* est un instrument qui tente de combiner les avantages des procédures basées sur la performance aux tâches secondaires (*secondary task performance based procedures*) et les techniques subjectives. Les répondants complètent un ensemble de tâches et évaluent celles-ci selon 8 dimensions liées à la charge de travail (ibid. 2004).
- Le *Borg CR10 Scale* (Borg, 1982) consiste à évaluer subjectivement la charge de travail physique (DiDomenico & Nussbaum, 2008).

- Le *Multivariate Workload Index* permet de mesurer, simultanément, des paramètres physiologiques (rythme cardiaque, amplitude du pléthysmogramme des doigts, transpiration) ainsi que la perception subjective (Miyake, 2001).

L'approche objective quant à elle, tente de quantifier certaines dimensions cognitives et émotionnelles de la charge mentale du travail au moyen de diverses méthodes tels la réaction et le délai de réaction à des stimuli visuels, tactiles, etc. (Brangier, Lancry, & Louche, 2011).

Dans la deuxième catégorie, les outils s'adressant aux conséquences ou aux résultats de la tâche et contiennent des indicateurs sur le niveau de stress, de fatigue, de performance, etc. C'est dans cette catégorie que l'on classe les outils utilisés pour l'évaluation de la charge de travail du personnel soignant. Les indicateurs portent sur la taille de la clientèle, le volume des prestations, les temps consacrés aux différentes tâches, le volume total d'heures travaillées par semaine ou dans l'année, etc. (Thomas et al., 1989). Le *Workload Indicator of Staffing Need* (WISN) utilisé dans le cadre de notre étude fait partie de cette catégorie et est fondé sur l'application de standards d'activité (temps) pour chaque composante de la charge de travail (OMS, 2014).

✓ Charge de travail et planification des ressources humaines en santé

Tout comme dans d'autres disciplines, la charge de travail est admise comme un élément essentiel pour définir les besoins en personnel de santé et pour établir ou projeter les niveaux appropriés de compensation (dotation en personnel, planification des ressources à long terme). La charge de travail peut être évaluée localement au moyen de diverses méthodes de calcul ou par une démarche de benchmarking.

L'estimation locale de la charge de travail au niveau d'un établissement de santé, par exemple, utilise principalement les données statistiques (activité liée aux services de santé, activités d'appui, activités additionnelles etc.) ou celles du système de facturation des actes médicaux (Cihi 2001). Elle peut être collective pour l'ensemble de l'institution ou individuelle (Murray, 2007).

Quant à la projection des ressources humaines sur le long terme, ce sont les approches de modélisation et l'approche Expert qui sont le plus souvent utilisées.

Pour les approches de modélisation (encore appelées modèles stocks-flux/stock and flow models), quatre principaux modèles dont celui de l'offre, celui de la demande, celui des besoins et le benchmarking ont été identifiés (Roberfroid, Leonard, & Stordeur, 2009).

Le modèle de l'offre, encore appelé modèle des tendances/trend model (tendances évolutives du bassin de professionnels : nombre, profiles, etc.), part d'un niveau futur d'offre de service arbitrairement défini pour estimer le besoin correspondant en personnel sous forme de ratio personnel de santé-population. Elle s'appuie donc sur le principe du per capita et prend pour acquis que le niveau actuel de distribution des prestataires est adéquat.

Le modèle de la demande part des données d'utilisation des services (ce qui correspond à la demande en services de la population) pour estimer le nombre d'agents de santé requis pour les types de services demandés. Il repose sur le principe que la demande actuelle et sa réponse sont adéquates.

Le modèle des besoins (encore appelé modèle épidémiologique) combine données épidémiologiques (état de santé de la population, prévalence des maladies), démographiques et standards de soins pour estimer le nombre de professionnels ou la quantité de services nécessaires pour assurer l'optimum standard de services. Ce modèle repose sur les principes que tous les besoins en santé devraient trouver une réponse et que les ressources sont utilisées conséquemment selon le niveau des besoins.

Enfin, le benchmarking par un processus comparatif définit un pays, une région ou une institution (l'étalon) comme indicateur pratique de référence en matière d'affectation des ressources humaines. Les projections faites pour un pays, une région ou une institution donnée sont alors comparées à cet étalon/benchmark (Goodman, 1996). Il faut noter que ces modèles de projections sont parfois utilisés en combinaison.

Ce qu'il faut noter par rapport à ces modèles d'estimation de la charge de travail et des besoins futurs en ressources humaines, ce sont les défis inhérents à leur utilisation. En ce qui concerne les méthodes d'estimation de la charge de travail, Muldoon (2012), explique la complexité d'utiliser la taille de la clientèle comme système de comptabilisation du travail des prestataires.

Cela en raison de facteurs d'influence tels le contexte de pratique (pratique seul ou en interprofessionnel, à plein temps ou à temps partiel, en milieu rural ou urbain, etc.) ou les caractéristiques des patients (Muldoon et al., 2012, p. 28).

La même insuffisance demeure avec les approches de modélisation pour la planification des ressources humaines à long terme. Ces modèles statiques doivent modéliser des phénomènes dynamiques et ne prennent en compte qu'un nombre limité de variables. Par ailleurs, les projections faites s'appuient sur les données d'une situation présente sans qu'au préalable une évaluation initiale ne définisse le déficit qui existe entre la demande et les besoins actuels en personnel (Roberfroid et al., 2009). Un autre défi est d'obtenir les données nécessaires de qualité. Les données statistiques par exemple, plus accessibles, ne portent généralement pas sur les éléments de contexte et autres facteurs d'influence.

✓ **Cadre d'analyse des facteurs qui influencent la charge de travail du personnel soignant**

Selon Brangier et al. (2011: 47, citant Daniellou 1996), « la nécessité de comprendre, mais aussi d'aménager le travail, impose d'identifier, analyser et décomposer l'activité en ses déterminants ». Cependant, la plus part des écrits montre que les facteurs déterminants de la pratique médicale qui peuvent résulter en une variation de la charge de travail ne sont généralement pas pris en compte dans l'estimation de celle-ci. Cela, sans doute, pour les raisons précédemment évoquées : limite des modèles, manque de données, complexité de la pratique médicale difficile à quantifier, etc.

Pour contourner le problème, l'OMS a développé une méthode plus appropriée et systématique pour mesurer la charge de travail des agents de santé. La méthode WISN prend en considération les différences concernant les services fournis et la complexité des soins dans les divers établissements. Elle est fondée sur la charge de travail des agents de santé, avec l'application de standards d'activité (temps) pour chaque composante de la charge de travail.

Les calculs de WISN nécessitent les variables suivantes:

**- Composante de la charge de travail :**

L'une des principales activités auxquelles un agent de santé consacre la majeure partie de son temps de travail quotidien. Les composantes de la charge de travail sont réparties en trois groupes :

- **Activités liées aux services de santé** : activités en rapport avec les services de santé, réalisées par tous les membres d'une catégorie de personnel, et pour lesquelles des statistiques annuelles sont tenues régulièrement.

- **Activités d'appui** : activités importantes d'appui aux activités liées aux services de santé, réalisées par tous les membres de la catégorie de personnel, mais pour lesquelles il n'existe pas de statistiques annuelles régulières.

- **Activités additionnelles** : activités réalisées par certains membres seulement (et non par tous les membres) de la catégorie de personnel et pour lesquelles il n'existe pas de statistiques annuelles régulières.

- **un standard d'activité** qui désigne le temps nécessaire à un agent bien formé, motivé et compétent, pour réaliser une activité suivant les normes professionnelles en fonction des circonstances locales.

- **le Temps de Travail Disponible (TTD)** qui désigne le temps dont un agent de santé dispose sur une année pour faire son travail, compte tenu des absences autorisées et non autorisées (jours fériés, congés administratifs, congés maladies, absence pour cause de formation etc.) - -

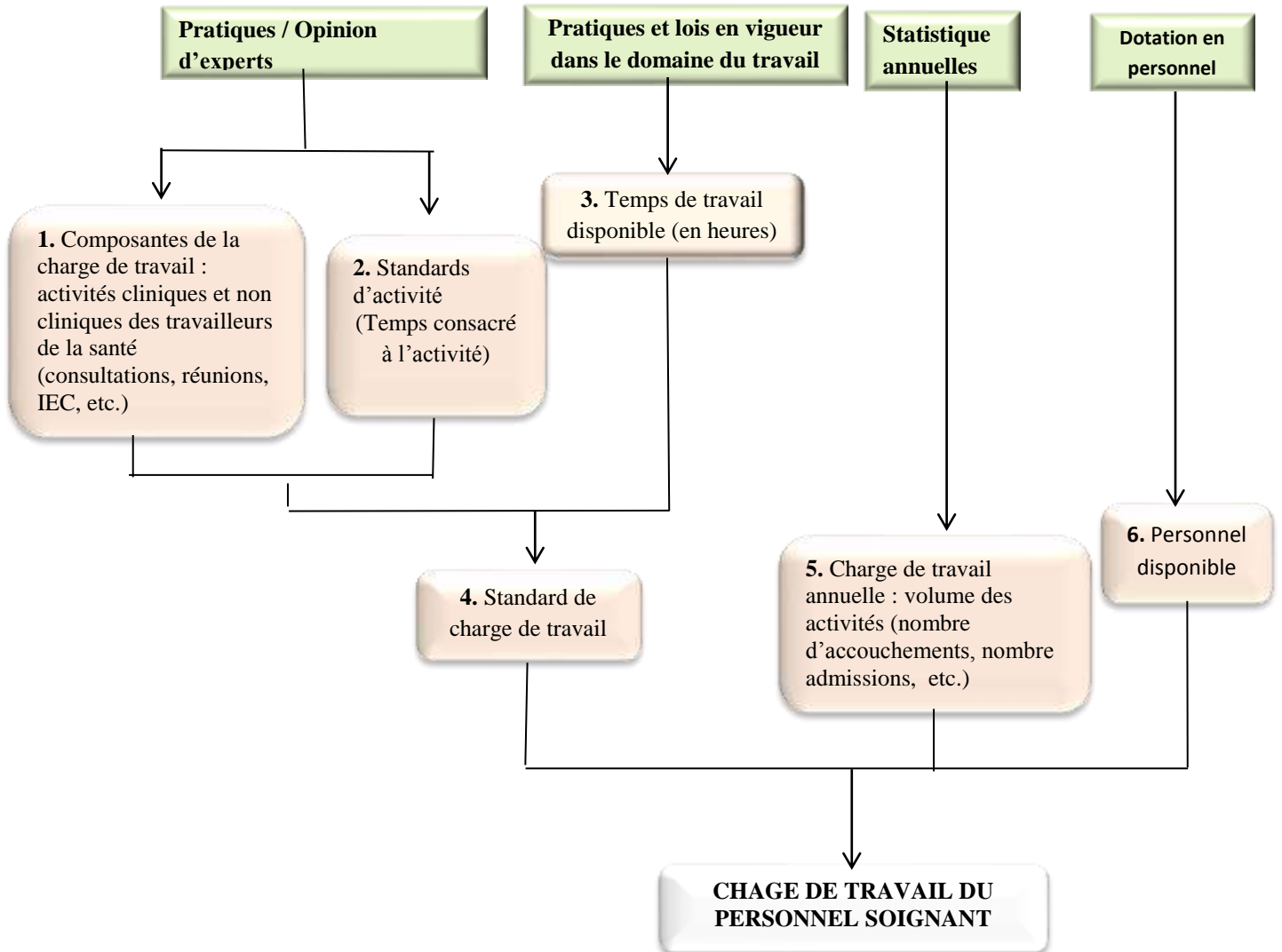
- **un standard de charge de travail annuelle** qui représente la quantité de travail qu'un agent de santé peut réaliser en une année pour une composante de la charge de travail liée aux services de santé ;

- **les effectifs disponibles** en personnel de santé dans les établissements de santé (nombre de médecins, d'infirmiers, de sages-femmes sur place)

- **Charge de travail annuelle** : volume des activités (nombre d'accouchements, nombre admissions, etc.)

Pour une vue synthétique, l'ensemble des variables a été regroupé dans la figure 2.

Figure II : cadre d'analyse de la charge de travail du personnel de santé



Ce chapitre a évoqué la problématique de la charge de travail du personnel soignant dans un contexte particulier comme la gratuité des soins. Il s'est révélé que la gratuité des soins a favorisé une augmentation de la charge de travail dans les formations sanitaires. La littérature a mis en évidence l'impact des politiques de gratuité des soins sur les systèmes de santé notamment ses effets sur le personnel de santé. Les approches d'appréciation de la charge de travail ont permis d'élaborer un cadre d'analyse qui prend en compte les facteurs qui influencent la charge de travail du personnel de santé.



## CHAPITRE 2 : CONTEXTE DE L'ETUDE

Ce second chapitre traite d'abord du cadre de l'étude à travers une présentation des aspects physiques, démographiques, socio-économiques et socio-sanitaires du Burkina Faso. Ensuite, il aborde le champ d'étude par une présentation du district sanitaire de Bogodogo

### 2.1. CADRE DE L'ETUDE

#### 2.1.1. Contexte du Burkina Faso

##### ✓ Contexte physique

Le Burkina Faso est situé dans la boucle du Niger au cœur de l'Afrique de l'Ouest. Il est limité au Nord et à l'Ouest par la République du Mali, au nord-est par le Niger, au Sud par le Togo, le Bénin, le Ghana et la Côte d'Ivoire. Il s'étend sur 272 967 km<sup>2</sup> (INSD, 2012b). Son climat est de type tropical avec une saison pluvieuse d'environ cinq mois (de mai à septembre) et une saison sèche d'environ 7 mois (d'octobre à avril).

Le Burkina Faso est subdivisé en 13 régions, 45 provinces, 350 départements, 351 communes (49 communes urbaines et 302 communes rurales) et 8228 villages. La région et la commune sont des collectivités territoriales dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Les circonscriptions administratives sont la région, la province, le département et le village.

##### ✓ Contexte démographique

En 2006, selon le Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH), la population du Burkina Faso était de 14 017 262 habitants avec une densité d'environ 51,8 habitants au km<sup>2</sup> avec un taux de croissance de 3,1% l'an. Les femmes représentaient 51,7% contre 48,3% d'hommes de la population globale. Selon les projections du RGPH, la population sera de 21 510 180 habitants en 2020.

En 2010, la population était estimée à 15 730 977 habitants (INSD, 2008). Près de huit habitants sur dix (77 %) résident en milieu rural et le taux d'urbanisation était de 23 %. La répartition géographique de la population présente des écarts importants de peuplement selon les régions administratives.

Le taux brut de natalité est de 46 pour mille. La population burkinabè se caractérise par sa jeunesse. L'âge moyen de la population est de 21.8 ans (EDS, 2010), la proportion des moins de 15 ans représente 47% et celle des enfants de moins de 5 ans, 21%. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est de 6,2 pour l'ensemble du pays.

✓ **Contexte socio-économique**

Avec un produit intérieur brut (PIB) par habitant de 300 dollars US, le Burkina fait partie des pays les plus pauvres de la planète. Le seuil de pauvreté était estimé à 108 454 FCFA par adulte et par an en 2009 (EICVM, 2009). Le pourcentage de la population vivant en dessous de ce seuil est de 44% au niveau national.

Le niveau d'instruction est faible (RGHP 2006), 71% des burkinabé de 6 ans et plus n'ont aucun niveau d'instruction, 67% des hommes et 80% des femmes de 10 ans et plus ne savent ni lire ni écrire. Ces taux élevés révèlent ainsi la difficulté d'accéder à une information suffisante en matière de santé sexuelle et reproductive. En outre, dans la société burkinabé, la femme n'a souvent pas accès à la prise de décision concernant sa vie sexuelle et reproductive, expliquant ainsi le recours tardif au service de santé en cas de problèmes. Des pratiques telles que l'excision (76% des femmes sont excisées en 2010), les violences domestiques (en 2010, 20% de femmes ont subi un acte de violence physique depuis l'âge de 15 ans) sont encore très répandues (INSD, 2012b).

✓ **Contexte socio-sanitaire**

La situation sanitaire du Burkina Faso, malgré une amélioration certaine, reste caractérisée par des taux de mortalité général et spécifique élevés. Les enquêtes font apparaître un taux brut de mortalité élevé au sein de la population de l'ordre de 11.8 pour 1000 en 2006. La mère et l'enfant constituent les groupes les plus vulnérables.

Les efforts du Gouvernement burkinabè et de ses partenaires au développement pour améliorer significativement l'accès des populations à la santé présentent des résultats encourageants. Entre les deux enquêtes démographiques et de santé, on note, entre autre, une augmentation des accouchements assistés par du personnel qualifié et une baisse de la mortalité des enfants, de la mortalité maternelle et de la séroprévalence du sida par rapport à leurs niveaux antérieurs.

Cependant, les défis restent importants pour réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans et d'améliorer la santé maternelle. La situation sanitaire du Burkina demeure critique avec des différences très marquées pour la majorité des indicateurs selon le niveau d'instruction, le statut socio-économique et le milieu de vie (urbain/rural).

- **De forts taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile**

Au Burkina, l'état de santé de la population est caractérisé par une morbidité et une mortalité qui se situent parmi les plus élevées au monde, notamment auprès de certains groupes vulnérables tels que les femmes et les enfants.

Le ratio de mortalité maternelle est de 341 pour 100 000 naissances en 2010 (484 pour 100 000 naissances vivantes en 2003). Les causes obstétricales directes sont responsables d'environ 80% de ces décès (hémorragies, infections et dystocies, etc.). Outre ces causes, il existe des facteurs comme le faible statut nutritionnel des mères, les grossesses nombreuses et rapprochées et leurs complications, la faible couverture prénatale et la faible utilisation des services de santé, en particulier les services de santé de la reproduction, ou encore le paludisme grave et le VIH. Enfin, ce taux élevé de mortalité maternelle est due en partie à trois grands retards : (i) le retard pour décider de consulter les services de santé, (ii) le retard pour arriver à l'établissement de santé et (iii) le retard pour recevoir un traitement adéquat au niveau de l'établissement de santé.

La santé de l'enfant est également caractérisée par des taux élevés de morbidité et de mortalité. En 2010, le taux de mortalité néonatale est de 28 pour 1000 naissances et le taux de mortalité infanto-juvénile (MIJ) de 129 pour 1000 naissances vivantes (INSD, 2012b). Les causes de mortalité néonatales sont essentiellement les infections sévères, la prématurité, l'asphyxie et le tétanos néonatal. La mortalité infanto-juvénile est due essentiellement au paludisme, aux maladies diarrhéiques, aux infections respiratoires aiguës et à la malnutrition (la prévalence chronique de la malnutrition aiguë globale est de 10,6%).

- **Un accès limité aux services de santé de la reproduction**

L'évolution des indicateurs de santé de la reproduction de 1993 à 2010 montre une nette amélioration de la couverture en soins prénatals que ce soit en milieu urbain (99%)

qu'en milieu rural (94%). Cependant, seulement 34% effectuent le nombre recommandé de visites prénatales et 41% effectuent leur visite prénatale au stade précoce de la grossesse.

Ces indicateurs montrent également que le suivi de la grossesse est moins efficace en milieu rural (respectivement 31% et 38%) qu'en milieu urbain (45% et 54%). Enfin, 53% des femmes sont réellement informées des risques que comporte la grossesse au cours de ces visites contre 19% en 2003.

Le taux d'accouchement en établissement de santé et le taux d'accouchement assisté par un prestataire de santé formé s'est également nettement amélioré entre 2003 et 2010 passant respectivement de 38% à 66% et de 57% à 67%. Par contre, les femmes en milieu rural (39%), des régions du Sahel et du Sud-ouest (64 et 56%) et celles vivant dans les ménages du quintile le plus pauvre (53%) sont celles qui ont le plus fréquemment accouché à la maison. L'assistance d'un prestataire de santé formé concerne dans la majorité des cas les accoucheuses auxiliaires (43%), les sages-femmes (14%), une accoucheuses traditionnelle (10%), l'infirmier (8%), un médecin (1%). Dans les établissements de santé, 99.6% des femmes ont bénéficié d'une assistance par un prestataire de santé formé.

Une proportion importante des décès maternels et du nouveau-né se produisent dans les 48 heures après l'accouchement. En 2010, 72% des femmes ont reçu des soins postnatals dans les 48 heures suivant la naissance (INSD, 2012b). Ce sont globalement les mêmes catégories de femmes qui ont accouché dans un centre de santé et avec l'assistance de personnel formé. Par contre, seulement 26% des nouveau-nés ont reçu des soins postnatals dans les 48 heures suivant l'accouchement avec encore une fois de fortes disparités géographiques (9% au Sahel contre 32% à Ouagadougou).

- **Une accessibilité géographique et financière des populations aux services de santé limitée**

La couverture du pays en infrastructures est globalement insuffisante. La répartition des formations sanitaires existantes dans les régions est très inégale. Le rayon moyen d'action des formations sanitaires est passé de 9.18 km (2001) à 7.2 km en 2011, les zones rurales et péri urbaines restent peu couvertes. En termes de distance, la distance moyenne des formations sanitaires à l'hôpital de référence le plus proche offrant des soins chirurgicaux et des soins néonataux est de 35km au niveau national (Assemblée Nationale, 2012). Le délai moyen de route est d'environ une heure. Il est

généralement plus favorable en milieu urbain (environ une demi-heure) que rural (plus d'une heure). La faible accessibilité aux structures de référence s'explique aussi en partie par l'insuffisance en moyen de transport et par la qualité des infrastructures routières.

De plus, on constate un fort état de dégradation des infrastructures existantes faute de maintenance. Le pourcentage de districts opérationnels qui était de 78.8% en 2010 a été estimé à 85% en 2005 (Ministère de la Santé du Burkina Faso, 2011). L'indicateur d'utilisation des services indique 0,56 nouveaux contacts par habitant et par an en 2009, contre 0,21 en 2001 (ibid. 2011). Il en est de même pour la couverture en CPN2 (de 57,4% en 2006 à 73,8% en 2009), le taux d'accouchement assistés dans les formations sanitaires périphériques (34% en 2001 à 70,7% en 2009).

Sur le plan de l'accessibilité financière, le coût des prestations de soins et des médicaments, même générique, est généralement élevé. La part contributive des ménages au financement des dépenses totale santé reste toujours élevée. En 2008, les ménages ont contribué pour 38.5% dans la prise en charge des dépenses de santé. L'évaluation SONU 2010 souligne également l'exigence de paiement officiel avant les actes de santé maternelle et infantile. Plus de 40% des formations sanitaires enquêtées exigent un paiement direct avant la consultation des nourrissons malades, 16% avant un acte de planification familiale. Il n'existe pas encore de couverture maladie généralisée à l'ensemble de la population. Le système actuel de protection sociale est caractérisé par une très grande diversité dans son organisation et son fonctionnement et comporte les éléments de subvention et de gratuité.

- **Une qualité des soins et des services de santé faible**

La qualité du service s'apprécie par rapport à leur décentralisation, leur permanence et leur polyvalence. Le paquet minimum d'activités n'est pas entièrement offert dans les formations sanitaires existantes du fait d'une insuffisance de ressources humaines, en quantité et qualité ce qui se traduit par une faible disponibilité d'un grand nombre de prestations de soins, le manque de réponse par rapport au critère de disponibilité constante, d'intégration, de continuité, de globalité et de satisfaction des populations. Enfin, le système de référence, contre référence n'est pas assez fonctionnel et le continuum de soins entre villages et services de santé n'est pas assuré du fait notamment d'activités à base communautaire encore trop faiblement développées.

Le PNDS 2011-20204 souligne des insuffisances sur une offre incomplète et non permanente de SONU, un faible développement de la PCIME communautaire, une offre irrégulière des services de la PTME/VIH dépendant largement des financements des partenaires techniques et financiers, une inégale répartition de l'offre de service en matière de VIH/SIDA, une faible prise en compte des activités de nutrition dans les plans d'action des districts. En matière de prestations de services, les défis majeurs se rapportent à l'amélioration de la qualité de services et des soins y compris en milieu hospitalier et dans les structures privées, au renforcement des soins de santé communautaire.

Par ailleurs, d'autres défis se rapportent à la consolidation des acquis dans la lutte contre le VIH et le sida, au renforcement de l'offre de soins avec une attention sur les groupes vulnérables.

### ✓ **La situation des ressources humaines en santé au Burkina Faso**

#### • **Effectifs et répartition du personnel de santé**

En 2015, le ratio de personnel soignant au Burkina Faso était d'un médecin pour 15518 habitants (norme OMS : 1/10000), une sage-femme pour 7 743 habitants (norme OMS : 1/5000) et un infirmier pour 2 669 habitants (norme OMS : 1/5000) (Ministère de la Santé du Burkina Faso, 2015). A côté de cette pénurie, on note une disparité criarde dans la répartition des ressources humaines en santé entre milieu rural et urbain et entre région notamment celles les plus reculées (Ministère de la Santé du Burkina Faso, 2016). En effet les données récentes estiment que les deux plus grandes villes du pays cumulaient 53.7% des médecins, 57,3% des sages- femmes, 59% de pharmaciens et 33% du nombre total des infirmiers alors que ces villes ne représentent que seulement 10% de la population du pays (ibid. 2016).

La pénurie en personnels de santé couplée à leur répartition inégale constitue ainsi un obstacle fondamental au renforcement du système national de santé. Pour y remédier, une politique de développement des ressources humaines a été mise en place en 2013 par le ministère de la santé. Aussi, à la faveur de la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire 2001- 2010, les effectifs des personnels de santé ont connu une augmentation significative et leur répartition améliorée. Ainsi, il a été constaté une augmentation des quotas de recrutement pour certains emplois et l'effectif des personnels du

ministère de la santé a plus que doublé en 10 ans passant de 9052 en 2000 à 19.035 agents en 2010 (Ministère de la Santé, 2013).

Au plan de la répartition des personnels de santé, elle a été améliorée grâce à la mise en œuvre de plusieurs mesures notamment la priorité accordée aux régions déficitaires pour l'affectation des agents nouvellement recrutés. Ainsi, les sortants des écoles professionnelles engagés dans la fonction publique sont affectés en priorité dans ces régions. A cette priorisation, s'est ajoutée la mesure de recrutement d'agents de santé sur des postes régionaux. Entre 2000 et 2010, le recrutement de plus de 11 051 agents de santé a permis d'accroître le taux de CSPS remplissant les normes minimales en personnel de 77% en 2002 à 83,1% en 2010 (ibid. 2013). Il faut cependant souligner que ces normes minimales qui avaient été adoptées en 1993 apparaissent actuellement dépassées au regard de la population couverte par le CSPS et au paquet minimum d'activités (PMA) qu'ils doivent offrir à la population.

Au niveau du sous-secteur sanitaire privé qui comprend notamment les Etablissements Sanitaires Privés de Soins (ESPS), les officines pharmaceutiques, les laboratoires privés d'analyse biomédicale, les laboratoires de radiologie, on note un développement considérable au niveau des deux catégories qui le composent. Il s'agit du privé à but lucratif et du privé à but non lucratif (type confessionnel, associatif ou privé, d'ONG).

Cet essor qui se traduit par l'accroissement du nombre de formations sanitaires privées disséminées sur tout le territoire a permis d'accroître l'offre de soins (prestations de soins infirmiers interventions chirurgicales, examens de laboratoires, etc.). On dénombre ainsi 372 ESPS dont 340 sont fonctionnels et concentrés pour l'essentiel dans la région du Centre (54,6%) et dans la région des Hauts Bassins (22,4%), soit plus de 75% des ESPS du pays. Ces établissements emploient près de 1 800 agents permanents et vacataires dont 8% de médecins, 37% d'infirmiers, 12% de sages-femmes et accoucheuses, le reste étant composé de personnel peu qualifié (ibid. 2013)

- **La Formation**

Dans le domaine de la formation des efforts ont été consentis. Il s'agit par exemple de l'augmentation de la capacité de production des institutions de formation. En effet, on a assisté à l'ouverture de nouvelles institutions de formation des professionnels de la santé

comme l'Institut National des Sciences de la Santé (INSSA) et l'Université Catholique de l'Afrique de l'Ouest (l'UCAO) à Bobo-Dioulasso, l'Université Saint Thomas d'Aquin de Saaba, les écoles de médecine de Ouahigouya pour ce qui est de la formation des médecins; l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) de Tenkodogo pour la formation des Accoucheuses brevetées, les écoles privées de formation des paramédicaux (Ecole de Santé Sainte Edwige et Ecole privée de santé publique Wendpanga à Ouagadougou), l'Institut supérieur de technologie pour les techniciens de maintenance biomédicale, le Centre de formation des cadres de santé pour les vendeurs en pharmacie à Ouagadougou.

L'offre de formation a augmenté aussi du point de vue des spécialisations : des diplômes d'études spécialisées (DES) et des diplômes interuniversitaires ont été ouverts dans les universités nationales pour certaines spécialités ; de même, de nouvelles filières de formation ont été ouvertes à l'ENSP (génie sanitaire, cycle de spécialisation pour les sages-femmes et maïeuticiens d'Etat).

La formation de médecins en gestion des districts a contribué à l'opérationnalisation des districts sanitaires. Enfin, la formation en chirurgie essentielle, d'une durée de six (6) mois, entreprise pour pallier l'insuffisance de chirurgiens diplômés, a permis de mettre à la disposition des districts sanitaires des médecins formés en chirurgie essentielle pour certaines urgences chirurgicales et obstétricales.

### **2.1.2. L'organisation du système de santé au Burkina Faso**

#### **• L'organisation administrative**

Le Ministère de la santé comprend trois niveaux dans sa structuration administrative :

- le niveau central comprend les directions et structures centrales organisées autour du cabinet du Ministre et du Secrétariat général ;
- le niveau intermédiaire comprend 13 directions régionales de la santé ;
- le niveau périphérique est représenté par les districts sanitaires qui sont les entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé. En 2015, on en dénombrait 70 districts sanitaires (Ministère de la Santé, 2017).



- **L'organisation de l'offre de soins**

Les structures publiques de soins sont organisées en trois niveaux qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires.

- Le premier niveau correspond au district sanitaire qui comprend deux échelons : le premier échelon de soins est le Centre de santé et de promotion sociale (CSPS), structure sanitaire de base du système de santé. Il dispense le paquet minimum d'activités (PMA) à travers des activités promotionnelles, préventives et curatives. En 2015 on en dénombrait 1643 CSPS ;

- le deuxième échelon de soins est le Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA). Il sert de référence pour les formations sanitaires du district. En outre, il existe des Centres médicaux (CM) qui peuvent évoluer vers des CMA.

- L'échelon communautaire s'inscrit dans le processus de communalisation intégrale en cours au Burkina Faso depuis 2006. La décentralisation a abouti en 2009 au transfert de compétences aux communes de l'ensemble des formations sanitaires du premier échelon à l'exception des centres médicaux. Les compétences transférées confèrent ainsi aux collectivités territoriales la responsabilité de la gestion des services de santé de base. Les régions et les communes deviennent alors des acteurs majeurs dans l'amélioration de la santé des populations et constitue une opportunité pour le développement du système de santé.

- Le deuxième niveau est représenté par le Centre hospitalier régional (CHR). Il sert de référence et de recours aux CMA. On en dénombre 9 CHR au niveau national.

- Le troisième niveau est constitué par le Centre hospitalier universitaire. Il est le niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés. Le pays en dispose quatre.

En dehors des structures sanitaires du Ministère de la santé, il existe d'autres structures publiques de soins telles que les Services de santé des armées (SSA), les services de santé de la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) qui relèvent respectivement du Ministère de la défense et du Ministère du travail et de la sécurité sociale.

En plus des structures publiques, le pays dispose aussi de structures privées concentrées dans les deux principales villes que sont Ouagadougou et Bobo-Dioulasso dont le nombre est estimé à 320 en 2009. Enfin, l'importance de la médecine traditionnelle est reconnue par la loi n°23/94/ADP du 19 mai 1994 portant code de santé publique et une direction technique a été créée à cet effet.

Pour réduire de manière significative les taux élevés de mortalité maternelle et néonatale, le Burkina Faso a pris des mesures politiques et juridiques et programmatiques notamment la décentralisation du système de santé, la mise en place de système de prise en charge des urgences et récemment une gratuité des soins en faveur des femmes et les enfants de moins de 5ans.

## **2.2. CHAMP D'ETUDE**

### **2.2.1. Présentation générale du district sanitaire (DS) de Bogodogo**

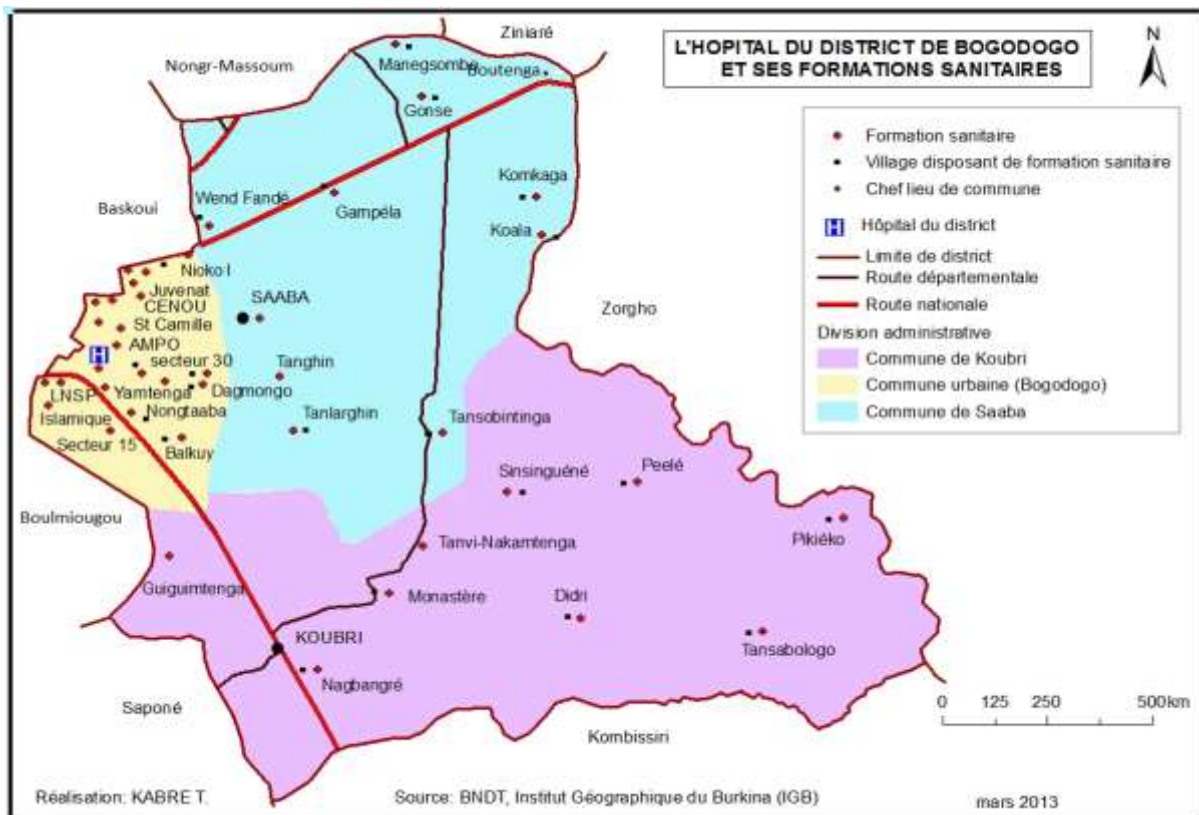
Le District Sanitaire de Bogodogo fait partie des cinq districts de la Région du Centre. Il est situé dans la zone Sud-Est de la province du Kadiogo. Il est limité au nord par le DS de Nongr-Massom, au nord-est par le DS de Ziniaré, à l'ouest par le DS de Baskuy, à l'est par le DS de Zorgho, au sud par le DS de Kombissiri et au sud-ouest par le DS de Boulmiougou.

Le DS de Bogodogo couvre les communes rurales de Saaba (23 villages) et de Koubri (25 villages) ainsi que les arrondissements 5, 10, 11 et 12 de la commune de Ouagadougou. Il s'étend sur une superficie de 1167,77 Km<sup>2</sup> répartie comme suit selon l'Institut Géographique du Burkina (IGB) 2011 : commune rurale de Koubri (555 km<sup>2</sup>), commune rurale de Saaba (520 km<sup>2</sup>), arrondissement 05 (20,028 km<sup>2</sup>), arrondissement 10 (21,979 km<sup>2</sup>), arrondissement 11 (30,471 km<sup>2</sup>), arrondissement 12 (20,292 km<sup>2</sup>).

Le DS est centré sur l'hôpital de Bogodogo qui constitue le centre de référence pour les formations sanitaires du premier échelon. Il compte 37 formations sanitaires publiques (figure 1) ainsi que des centres de santé privés (centres médicaux, cliniques et cabinets de soins).

Le District sanitaire de Bogodogo a une population estimée à 828114 habitants en 2017 dont 49,72 % de femmes. Cette population est à 74,76% urbaine avec une densité de 6413habitants au km<sup>2</sup> (plan d'action 2017 du district sanitaire de Bogodogo).

Figure III : Carte sanitaire du district sanitaire de Bogodogo



## 2.2.2. Profil sanitaire du district

### • Profil épidémiologique

Le DS de Bogodogo est confronté au nombre élevé de cas de paludisme, les infections respiratoires aiguës et les affections de l'appareil digestif. Le district fait aussi face à des cas de maladies à potentiel épidémique comme la méningite, la rougeole, des paralysies flasques aiguës, des ictères fébriles. Par ailleurs, dans la liste des maladies sous surveillance, figurent le paludisme, le VIH et les IST (plan d'action 2017 du district sanitaire de Bogodogo).

### • Les Activités menées dans les formations sanitaires du 1<sup>er</sup> échelon

Dans les formations, les agents de santé mènent des activités curatives, préventives, promotionnelle et de collecte des données :

- Activités Curatives

Les activités curatives menées dans les formations sanitaires périphériques sont entre autres, le diagnostic et le traitement des affections courantes, le dépistage et le suivi des cas chroniques.

- Activités préventives :

Les activités préventives concernent la vaccination, dispensées en stratégie fixe et avancée, la consultation pré natale, la consultation du nourrisson sain et la consultation post natale. On note aussi la supplémentation en micronutriments qui concerne essentiellement la supplémentation en vitamine A des enfants et des femmes en post-partum. Cette activité s'effectue en routine au cours de la consultation de nourrisson sain et au cours de la consultation infirmière curative. Les femmes en post-partum bénéficient également de l'administration de la vitamine A en routine. Des campagnes de supplémentation en vitamine A sont organisées semestriellement au profit des enfants de 6 à 59 mois.

- Activités promotionnelles

Il s'agit essentiellement de la planification familiale et de l'Information, éducation, et Communication (IEC). L'IEC est intégrée aux activités de routine dans les formations sanitaires.

- La collecte des données

La collecte des données est organisée sous deux canaux :

- le télégramme lettre hebdomadaire officiel (TLHO) qui notifie chaque semaine les cas suivants : le paludisme, la rougeole, méningite, le choléra, les infections respiratoires aiguës sévères, la dengue, les diarrhées des enfants, la paralysie flasque aigue, l'ictère fébrile, le tétanos.
- le rapport mensuel d'activité qui compile les données relatives à l'ensemble des activités menées au cours du mois.

### **2.2.3. Mécanismes mis en place pour améliorer l'accessibilité financière dans les formations sanitaires**

A la faveur de la mesure gouvernementale sur l'exemption de paiement des soins, les formations sanitaires publiques du district offrent des soins gratuits aux femmes et aux enfants de 0 à 5ans depuis avril 2016. Cette mesure a renforcé certains mécanismes déjà en place comme la prise en charge des indigents et le système de partage de coûts pour la prise en charge des urgences obstétricales (accouchements dystociques et interventions obstétricales majeures).

### **2.2.4. Situation des ressources humaines au district sanitaire de Bogodogo**

Le district sanitaire de Bogodogo est doté de catégories de personnel assez variées

réparties dans 37 formations sanitaires et au siège du district.

Les catégories professionnelles les plus importantes en nombre sont respectivement les Accoucheuses auxiliaires, Les Infirmiers Diplômés d'Etat et les Agents Itinérants de Santé (tableau 1).

**Tableau I: Situation du personnel du DS au 31 mars 2017**

Catégories professionnelles	Nombre
Médecins généraliste	05
IDE	115
IB	72
SFE/ME	89
AA	208
AB	04
Garçons et filles de salle	13
Attachés de santé	27
AIS	110

Source : Service de Gestion des Ressources Humaines du district sanitaire de Bogodogo.



Ce chapitre a présenté les aspects contextuels qui sont identifiés comme susceptibles d'influer la charge de travail du personnel de santé. Il s'est révélé que dans un contexte socio-sanitaire marqué par de forts taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile, le gouvernement a pris des mesures (décentralisation du système de santé, prise en charge des urgences sans prépaiement, gratuité des soins en 2016 etc.) pour y faire face. Au niveau local, la forte prévalence des maladies infectieuses et la pénurie du personnel constituent autant de facteurs qui influencent la charge de travail du personnel.

## CHAPITRE 3 : LA MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre présente la méthode retenue pour répondre aux deux questions de recherche que nous avons formulées. Les parties subséquentes de ce chapitre présentent: a) le type d'étude; b) la population de l'étude ; c) la méthode d'échantillonnage; d) les techniques et outils/instruments de collecte des données ; e) la méthode, l'outil et les variables du WISN ; f) le déroulement de la collecte des données ; g) le plan d'analyse des données ; h) les considérations éthiques.

### 3.1. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude transversale de type descriptif, utilisant une approche quantitative au cours de laquelle un ensemble d'opération recommandé par la méthode WISN (Workload Indicators of Staffing Need) a été utilisé. Ceci pour calculer les besoins en personnel de santé.

### 3.2. POPULATION DE L'ETUDE

La population d'étude était les prestataires des formations sanitaires du district sanitaire de Bogodogo offrant des soins aux bénéficiaires de la gratuité. Dans notre étude, les infirmiers, les sages-femmes, les maïeuticiens, les accoucheuses et les agents itinérants de santé officiant dans les formations sanitaires retenues ont été concernés.

### 3.3. METHODE D'ECHANTILLONNAGE

Pour parvenir à un résultat qui soit significatif de la charge de travail de l'ensemble du personnel soignant du district sanitaire de Bogodogo, notre échantillon se doit d'être représentatif. Un échantillon de 11 formations sanitaires a été choisi sur l'ensemble des 37 formations sanitaires publiques et fonctionnelles que compte le district. L'échantillon a été calculé sur la base d'une valeur anticipée de 99,99 avec une précision de 95%.

Nous avons stratifié la démarche de plan de sondage à deux niveaux.

#### 1<sup>er</sup> niveau : la stratification par zone

Nous avons procédé à une répartition des formations sanitaires publiques en trois strates selon la zone d'urbanisation (Tableau 2):

- Zone urbaine regroupant 13 formations sanitaires implantées dans la commune urbaine de Ouagadougou
- Zone péri urbaine regroupant 7 formations sanitaires situées entre 1 et 10 km de la commune de Ouagadougou
- Zone rurale prenant en compte les formations sanitaires situées au-delà de 10 km de la commune de Ouagadougou. On en dénombre 17 formations sanitaires

**Tableau II Répartition des CSPS selon la zone d'urbanisation**

<b>ZONE RURALE</b>	<b>ZONE URBAINE</b>	<b>ZONE PERI URBAINE</b>
CSPS Gonsé	CSPS TA secteur 30	CSPS Nioko 1
CSPS Boudtenga	CSPS Dassasgho	CSPS Yamtenga
CSPS Manegsombo	CSPS TA secteur 28	CSPS Dagnongo
CSPS Koala	CSPS Wemtenga	CSPS Nongtaba
CSPS Tanvi-Nakamtenga	CSPS TA Ouaga 2000	CSPS Balkuy
CSPS Sinsinguené	CSPS Secteur 15	CSPS Yamtenga
CSPS Tansobintenga	CSPS Secteur 30	CSPS Saaba
CSPS Tansablogo	CM AMA	
CSPS Pikiéko	CM CENOU	
CSPS Peelé	CM la Présidence du Faso	
CSPS Didri	CSPS CANDAF	
CSPS Gampéla	CSPS Fondation Charles Dufour	
CSPS Tanghin	Juvenat	
CSPS Guiguimtenga		
CSPS Koubri		
Wend Fandé		
CSPS Tanlarghin		

Nous avons ensuite déterminé le poids de chaque strate en divisant la taille de chaque strate sur le nombre total des formations sanitaires publiques fonctionnelles du district. Afin de déterminer le nombre de formations sanitaires par strate, nous avons multiplié le poids de chaque strate par l'échantillon. Nous avons obtenons donc :

- 04 formations sanitaires à enquêter en zone urbaine ;
- 02 formations sanitaires en zone péri urbaine ;

- 05 formations sanitaires en zone rurale.

Pour le choix des formations sanitaires qui ont fait l'objet de notre étude dans chaque strate, nous avons procédé à un échantillonnage aléatoire simple (tableau 3)

2<sup>nd</sup>e étape : Dans la seconde étape, au niveau de chaque formation sanitaire tirée, nous avons enquêté sur le personnel qui offrait des soins aux bénéficiaires de la gratuité. Nous avons défini deux catégories professionnelles : le personnel infirmier qui regroupe les IDE, les IB et les AIS et le personnel sage-femme qui prend en compte les SFE /ME, les AB, les AA.

- Critères d'inclusion pour le choix des formations sanitaires:

Les formations sanitaires publiques de l'Etat du premier échelon offrant des soins aux bénéficiaires de la gratuité ont été retenues dans le cadre de notre étude.

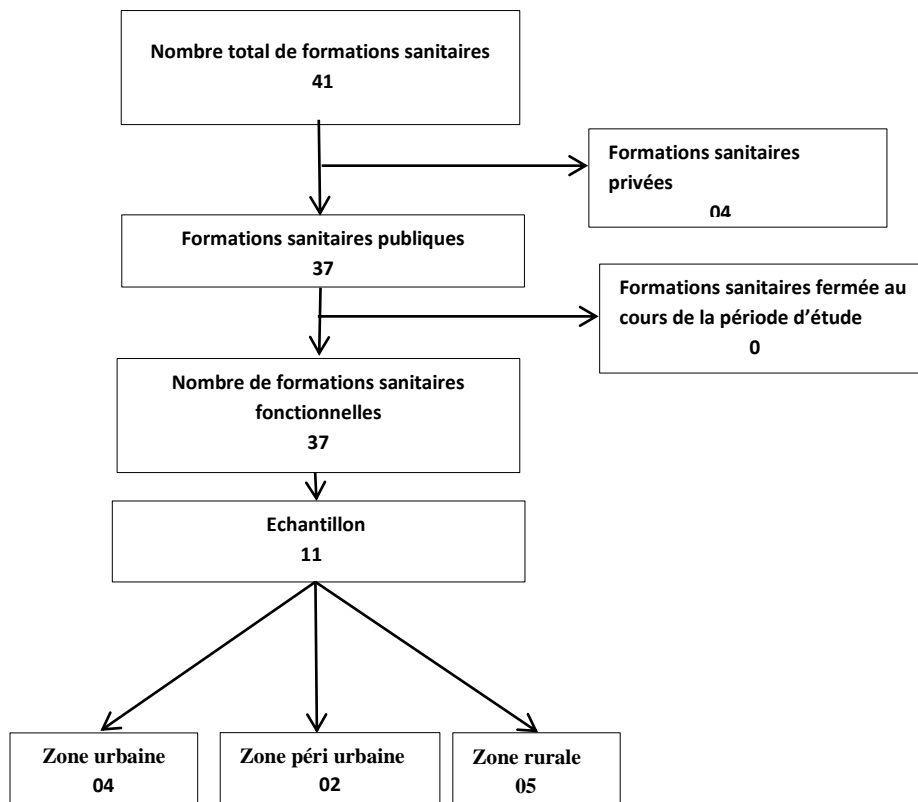
- Critères d'exclusion pour le choix des formations sanitaires:

Les formations sanitaires, qui au cours de la période d'étude (avril 2016 à mars 2017) ont été fermées pour des questions spécifiques ont été exclues de cette étude.

- Critères d'inclusion pour le choix du personnel

Etre un Infirmier Diplômé d'Etat, un Infirmier Breveté, un Agent Itinérant de Santé, une Sage-Femme d'Etat ou Maïeuticien d'Etat, ou une Accoucheuse Auxiliaire offrant des soins aux bénéficiaires de la gratuité.

Figure IV: plan d'échantillonnage des formations sanitaires





**Tableau III: Liste des formations sanitaires tirées de façon aléatoire**

<b>Zone rurale</b>	<b>Zone urbaine</b>	<b>Zone péri urbaine</b>
Gonsé	CSPS de Wemtenga	CSPS de Yamtenga
Nagbangré	CSPS de Dassasgho	CSPS de Dagnongo
Gampela	CSPS du secteur 30	
Boudtenga	CSPS de la T.A	
Koubri		

### **3.4. TECHNIQUES ET OUTILS/INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNEES**

#### **3.4.1. Technique de collecte des données.**

Dans le cadre de la présente étude, les données ont été récoltées selon trois modes :

- **l'observation des prestataires sur leur lieu de travail** : nous avons mené des observations à l'aide d'une grille d'observation (appendice D) auprès des prestataires pendant l'exécution de leurs tâches. A l'aide d'un chronomètre, les observations ont permis d'estimer le temps moyen (TM) dont un agent de santé a besoin pour réaliser une activité.

- **une entrevue auprès de groupes d'experts** : des entretiens auprès de groupes d'experts à l'aide d'une grille d'entrevue (appendice E) ont été réalisés pour récolter les données relatives aux composantes de la charge de travail, le temps moyen consacré à chaque tâche, les différentes catégories professionnelles, les aspects organisationnels ainsi que la rémunération du personnel. Les groupes d'experts sont constitués de personnes ressources de la structure, capables de fournir des informations solides sur les standards d'activités et les tâches que consacrent les agents pour la majeure partie de leur temps de travail quotidien. Dans notre contexte, le groupe d'experts est composé de l'Infirmier Chef de Poste (ICP), du responsable de la maternité plus un représentant de chaque catégorie professionnel choisi par ses pairs en fonctions de son expérience et de ses compétences.

- **Une revue documentaire** : nous avons exploité les données figurant sur les supports tels que les registres de consultation, les dossiers administratifs du personnel, les fiches de

présence du personnel et de répartition des tâches à l'aide d'une grille (appendice F). La revue documentaire a concerné les données d'avril 2016 à mars 2017.

### **3.4.2. Outils/instruments de collecte de données**

Trois instruments ont servi à la collecte des données : une grille d'observation, une grille d'entrevue semi structurée et une grille de revue documentaire.

#### **- La grille d'observation**

Elle a été conçue pour déterminer les composantes de la charge de travail et les standards d'activités. Elle comprenait deux items :

- ✓ le premier item a été utilisé pour récolter les activités cliniques et non cliniques menées dans les formations sanitaires.
- les activités liées aux services de santé réalisées par tous les membres de la catégorie professionnelle, et pour lesquelles des statistiques annuelles sont tenues régulièrement ;
- les activités d'appui, réalisées par tous les membres de la catégorie de personnel, et pour lesquelles il n'existe pas de statistiques annuelles tenues régulièrement ;
- et enfin les activités additionnelles qui regroupent les activités réalisées par certains membre seulement (et non par tous les membres) de la catégorie de personnel et pour lesquelles il n'existe pas de statistiques annuelles tenues régulièrement (OMS, 2014) ;
- ✓ le deuxième item servait à déterminer combien de temps de travail était consacré à chaque composante si cette dernière était réalisée convenablement.

#### **- La grille d'entrevue**

Elle a été administrée aux groupes d'experts. L'entrevue se divisait en cinq items :

- ✓ le premier item de l'entrevue permettait de déterminer la catégorie professionnelle de l'agent de santé ;
- ✓ le deuxième item visait à identifier les composantes de la charge de travail ;
- ✓ le troisième item servait à identifier le temps requis pour les agents de santé pour pouvoir réaliser convenablement les activités dans les conditions locales ;
- ✓ le quatrième a été conçu pour apprécier l'organisation du travail dans la formation sanitaire.
- ✓ Enfin, le cinquième item servait à récolter les coûts salariaux du personnel

### **- La grille de revue documentaire**

La grille comporte les items suivants :

- ✓ un premier item destiné à évaluer le nombre de jours non travaillés en rapports avec les congés maladie et autres congés (congés personnels, congés pour formation etc.) ;
- ✓ un deuxième item pour déterminer la quantité des activités réalisées au cours de la période d'avril 2016 à mars 2017 ;
- ✓ et enfin un troisième item pour apprécier la disponibilité du personnel durant la période d'étude.

### **3.5. METHODE ET OUTIL**

Plusieurs approches existent pour évaluer la charge de travail. Dans le cadre de notre étude, nous avons retenu la méthode WISN (Workload Indicators of Staffing Need ) ou indicateurs des besoins en personnel par rapport à la charge de travail. Il s'agit d'une méthode de gestion des ressources humaines mise au point par l'OMS et servant à évaluer la pression de la charge de travail des agents de santé d'une structure sanitaire et de déterminer le nombre d'agents de santé nécessaires pour faire face à la charge de travail de la structure (OMS, 2014). La première version du manuel de l'utilisateur a été publiée en 1998, puis révisée en 2014. Le logiciel WISN développé par l'OMS a été utilisé pour faciliter les calculs.

### **3.6. DEROULEMENT DE LA COLLECTE DES DONNEES.**

La collecte des données s'est déroulée de mai à juin 2017 dans les 11 formations sanitaires retenues pour l'étude. Les instruments de collecte des données (grille d'observation, grille d'entrevue et grille de revue documentaire) ont été pré testés au CSPS de Balkouy. A l'issue du pré test, des corrections ont été faites sur les composantes de la charge de travail. Quatre jours ont été consacrés à chaque formation sanitaire.

A l'aide des trois instruments de collecte, les enquêteurs ont recueilli les données relatives aux catégories de personnel, aux composantes de la charge de travail, aux standards d'activités, à la rémunération du personnel et à l'organisation des services nécessaires à l'évaluation de la charge de travail et à l'estimation des effectifs en personnel de santé.

### **3.7. PLAN D'ANALYSE ET INTERPRETATION DES DONNEES**

Le logiciel Microsoft Excel, a été utilisé pour la compilation des statistiques annuelles des formations sanitaires. Le logiciel WISN a été utilisé pour déterminer les effectifs requis en personnels, la pression de la charge de travail ainsi que les coûts salariaux. Pour ce faire le logiciel WISN a été personnalisé selon le paquet minimum d'activités et les standards d'activités des Formations sanitaires. En introduisant les données relatives à la charge de travail annuelle et du personnel disponible, le logiciel génère plusieurs indicateurs essentiels à la prise de décision :

- la différence du WISN (effectif disponible – effectif requis) montre la situation de la dotation en personnel: une valeur négative signifie une pénurie, et une valeur positive représente un sureffectif.

- le ratio WISN (effectif disponible/effectif requis) est un indicateur de la pression de la charge de travail et est la clé des décisions concernant la hiérarchisation des priorités de recrutement. Un ratio WISN de 1 montre que la dotation en personnel est en équilibre par rapport aux besoins en personnel induits par la charge de travail de l'établissement de santé. Un ratio WISN supérieur à 1 témoigne d'un sureffectif par rapport à la charge de travail. À l'inverse, un ratio de WISN inférieur à 1 atteste que l'effectif actuel est insuffisant pour faire face à la charge de travail.

### **3.8. CONSIDERATIONS ETHIQUES**

Le protocole de l'étude a été soumis à l'approbation du comité d'éthique pour la recherche en santé. Pour la collecte des données nous avons adressé une demande d'autorisation de collecte à la Direction Régionale de la Santé du Centre.

Pour l'entrevue avec les participants, nous avons procédé à une explication du but de notre étude à chaque participant. Le but est de lui garantir l'anonymat et d'obtenir un consentement éclairé. Nous avons signifié aux participants que notre étude n'avait aucun caractère contraignant. Leur participation reste libre et ils ne subiront aucun préjudice en cas de refus. Ils ont également la possibilité de mettre fin à l'entretien à tout moment s'ils le désirent.

Pour ce faire un formulaire de consentement (appendice C) a été remis à chaque participant qui est invité à le lire et à poser des questions au besoin.

Aucune pression n'a été mise sur les participants et ils disposaient le temps nécessaire pour donner leur consentement. Les noms des participants ont été codifiés afin de maintenir la confidentialité des données.

Dans ce chapitre, nous avons décrit la méthodologie de l'étude en faisant ressortir la méthode d'échantillonnage, les techniques et instruments de collecte des données, la méthode WISN, le plan d'analyse des données ainsi que les aspects éthiques.

Un échantillon de 11 formations sanitaires a été tiré de façon aléatoire sur la base d'une stratification par zone. L'enquête a porté sur tout le personnel soignant des formations sanitaires concernées qui offre des soins gratuits aux populations. Trois instruments de collecte de données ont été utilisés :

- Une grille d'observation destinée à mesurer le temps moyen consacré aux activités ;
- une grille d'entrevue pour recueillir les avis des experts quant à l'organisation des services et les activités menées ;
- et enfin une grille de revue documentaire pour récolter les statistiques annuelles des formations sanitaires.

L'approche WISN, utilisée dans le cadre de la présente étude nécessite un certain nombre de variables à savoir : un standard d'activités, un temps de travail disponible, un standard de la charge de travail, le personnel disponible. Le ratio de WISN servira à mesurer la pression de la charge de travail.

## CHAPITRE 4 : PRESENTATION DES RÉSULTATS

---

Ce chapitre présente les résultats et l'analyse des données qui ont été recueillies au niveau des 11 formations sanitaires du district de Bogodogo.

- La première partie expose les types d'établissements et les catégories professionnelles à partir de données descriptives telles que la fréquence et les effectifs.
- La deuxième partie décrit le type d'organisation adopté par chaque formation sanitaire en termes de répartition des tâches.
- En troisième partie, on y présente les résultats sur l'utilisations des services de santé à travers les consultations curatives sur une période de 4 ans incluant la période de gratuité des soins et celle d'avant la gratuité.
- La quatrième partie montre le volume des activités réalisées au cours de la gratuité sur une période d'un an et le temps consacré par le personnel à ces différentes activités. La cinquième partie, quant à elle, révèle les résultats obtenus à l'aide du logiciel WISN sur les estimations en besoins de personnel, les coûts d'investissements en termes de salaire. La pression de la charge de travail est évaluée à travers le ratio de WISN.

### 4.1. TYPE D'ETABLISSEMENT ET CATEGORIE PROFESSIONNELLE

L'enquête a été menée dans 11 centres de santé et de promotion sociale (CSPS), situés en milieu urbain (n= 4), en milieu péri urbain (n= 2) et en milieu rural (n= 5). Les types de personnel concerné par notre étude étaient composés d'Infirmiers Diplômés d'Etat (19%), d'Infirmiers Brevetés (12%), d'Agents Itinérants de Santé (19%), de Sages-Femmes d'Etat et de Maïeuticiens d'Etat (13%), d'Accoucheuses Brevetés (0,5%) et enfin des Accoucheuses Auxiliaires (36,5%). Les Accoucheuses Auxiliaires constituent la catégorie professionnelle la plus importante et les Accoucheuses Brevetées, la catégorie la moins représentée comme le montre le tableau IV.

**Tableau IV: Situation du personnel dans les formations sanitaires**

Formations Sanitaires	Types de personnel						Total
	IDE	IB	AIS	SFE/ME	AB	AA	
T.A	4	2	6	3	0	16	31
Secteur 30	11	7	8	7	0	15	48
Wemtenga	7	8	8	10	0	9	42
Dassasgho	14	5	10	5	0	24	58
Dagnongo	2	4	7	4	0	11	28
Yamtenga	5	4	6	5	0	13	33
Gampela	2	0	1	0	0	3	6
Gonsé	1	0	1	0	0	2	4
Boudtenga	1	0	1	0	0	1	3
Tanlarghin	1	0	1	0	0	1	3
Koubri	3	3	2	2	1	4	15
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>33</b>	<b>51</b>	<b>36</b>	<b>1</b>	<b>99</b>	<b>271</b>
<b>Pourcentage</b>	<b>19</b>	<b>12</b>	<b>19</b>	<b>13</b>	<b>0,5</b>	<b>36,5</b>	<b>100</b>

#### 4.2. L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTE

Au niveau des 11 formations sanitaires enquêtées, le personnel s'organisait pour assurer les permanences et les gardes afin d'assurer la permanence des soins. Nos observations ont montré deux types d'organisation:

- En milieu urbain et péri urbain nous avons assisté à une segmentation des activités entre la maternité et le dispensaire. En effet, les Infirmiers Diplômés d'Etat, les Infirmiers Brevetés et les Agents Itinérants de Santé menaient les mêmes activités et s'occupaient essentiellement des activités du dispensaire à savoir les consultations curatives infirmières et les pansements. Les Sages-Femmes/Maïeuticiens d'Etat, les Accoucheuses Brevetées et Auxiliaires s'occupaient essentiellement des activités de la maternité notamment les accouchements, la consultation prénatale, la consultation post natale et du nourrisson sain, la planification familiale et la vaccination des enfants.
- Par contre en milieu rural, l'organisation était différente. Il n'y avait pas de segmentation des activités. Les agents se relayaient dans les différents postes sauf au CSPS de Koubri où l'organisation était similaire aux formations sanitaires du milieu urbain et péri urbain comme le montre le tableau V

**Tableau V : Type d'organisation**

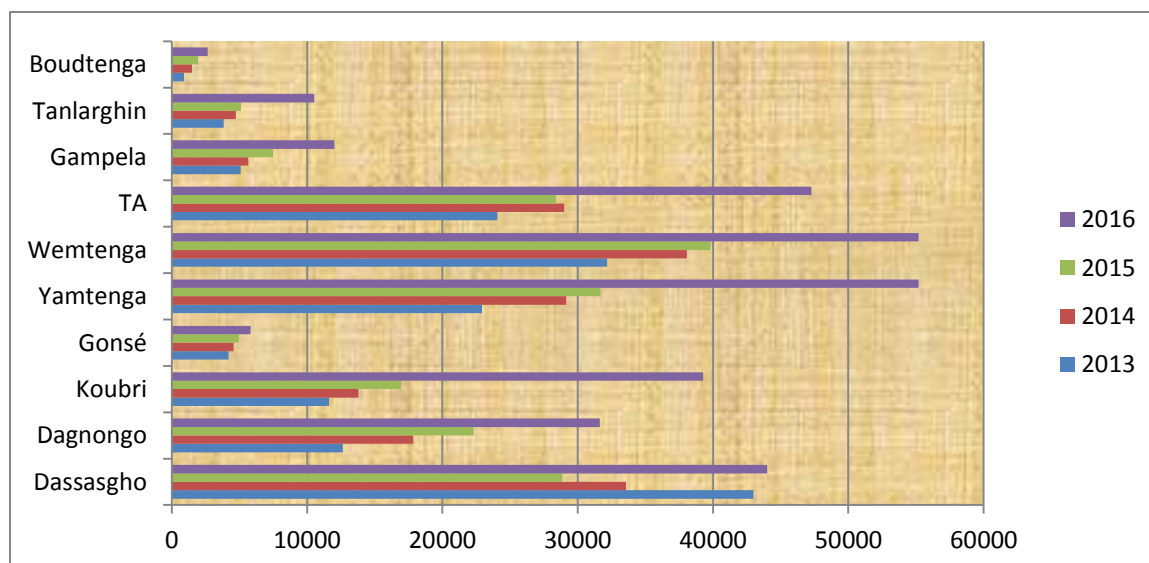
Segmentation des activités	Absence de segmentation des activités
CSPS de la Trame d'accueil	CSPS de Gampela
CSPS du Secteur 30	CSPS de Gonsé
CSPS de Wemtenga	CSPS de Boudtenga
CSPS de Dassasgho	CSPS de Tanlarchin
CSPS de Dagnongo	
CSPS de Yamtenga	
CSPS de Koubri	

#### 4.3. UTILISATION DES SERVICES DE SANTE

Entre 2013 et 2015, période d'avant la gratuité des soins, la fréquentation des formations sanitaires n'avait pas connu de hausse sensible d'une année à l'autre. Elle avait même connu une baisse sensible au CSPS de Dassasgho (-22% entre 2013 et 2014, -14 % entre 2014 2015) et celui de la Trame d'accueil du Secteur 30 (-2% entre 2014 et 2015).

Au cours de l'année 2016, année de démarrage de la gratuité, la fréquentation des centres de santé avait connu une hausse très sensible dans la quasi-totalité des CSPS enquêtés. La hausse la plus sensible avait été observée au CSPS de koubri (+136%) comme le montre la figure 5

**Figure V: Evolution des consultations curatives dans les formations sanitaires entre 2013 et 2016**





#### 4.4. VOLUME DES ACTIVITES ET TEMPS CONSACRE AUX ACTIVITES

Les activités de service qui ont été réalisées dans les formations sanitaires en termes de volume ont été respectivement les consultations curatives infirmières (54,28 %), la vaccination (16,43%), les consultations de nourrissons sains (9,42%), les injections (6%), les pansements (3,8%), la consultation prénatale (3,19%), la planification familiale (3%). Le reste a été constitué par les mises en observation, la consultation postnatale et les accouchements (1,6, 1,42, 0,86%).

Parmi ces activités, l'accouchement a été l'activité qui prenait plus de temps avec une durée moyenne de 10 heures, suivi de la mise en observation qui avait une durée moyenne de 50 minutes. Pour les autres activités, les durées moyennes ont été de 18 minutes pour la consultation prénatale et la planification familiale, de 14 minutes pour la consultation postnatale, de 8 minutes pour les pansements. Le temps le plus court a été observé au niveau des injections et de la vaccination (3 minutes).

Les agents de santé ont consacré plus de temps pour la réalisation des consultations curatives infirmières (46.42% de temps) et des accouchements (31,71%). Par contre, ils en ont consacré moins de temps pour la consultation postnatale et les injections comme le montre le tableau VI

**Tableau VI : volume et temps consacré aux activités de service**

Activités	Volume	% en volume	Temps moyen (en minute)	% de temps Consacré
Consultation curative	397365	54,28	14	46,42
Mise en observation	11673	1,6	50	5
Pansement	27808	3,8	8	1,85
Accouchement	6334	0,86	600	31,71
CPN	23359	3,19	18	3,5
C.Nourrisson	6902	9,42	5	2,88
C. post natale	10428	1,42	14	1,3
Planification familiale	22205	3	18	3,33
Injection	43561	6	3	1,01
Vaccination	120305	16,43	3	3
Total	732066	100	-----	100

Les activités d'appui ont concerné surtout les réunions de service auxquelles le personnel consacre en moyenne 2 heures dans le mois et des séances d'IEC collectives pour une durée moyenne de 30 minutes par séance. Le rythme moyen des séances a été de 3,5 séances par semaine.

Les activités additionnelles ont été représentées par les réunions de district auxquelles participent pour la plus part du temps l'Infirmier Chef de Poste (ICP). La moyenne a été de 4 réunions par an pour une durée d'un jour par réunion. A cela se sont ajoutées des réunions avec le comité de gestion qui ont impliqué le plus souvent l'ICP pour un rythme d'une réunion de 1,5 heure par mois. La rédaction des rapports s'est effectuée de façon hebdomadaire pour le Télégramme Lettre Hebdomadaire Officiel (TLHO) et mensuellement pour les rapports mensuels d'activités (RMA). La rédaction de ces rapports impliquait surtout les chefs d'unité de soins et l'ICP. Les agents consacraient en moyenne 30 minutes pour le TLHO et 1 semaine pour le RMA. Le personnel a participé également à des séances de formation qui ont été organisées par le district ou par certains partenaires. Le nombre d'agents ayant participé à des formations a été très variable allant de 19 agents au CSPS de Dassasgho à 3 agents à Gampela.

**Tableau VII: temps consacré aux activités d'appui et additionnelles**

Activités	Rythme des activités	Temps moyen consacré à l'activité
Réunion de service	1 réunion /mois	2 heures
Séance d'IEC	3,5 séances/semaine	30 minutes
Réunion du district	4 réunions/an	1jour
Réunion du Coges	1 réunion/mois	90 minutes
Rédaction du TLHO	1 rapport/semaine	30 minutes
Rédaction du RMA	1 rapport/mois	7jours

#### **4.5. ANALYSE DES BESOINS EN PERSONNEL DANS LES FORMATIONS SANITAIRES.**

Les besoins en personnel ont varié d'une formation sanitaire à une autre et d'une zone géographique à l'autre.

#### 4.5.1. CSPS de la Trame d'accueil du secteur 30

Le CSPS de la Trame d'accueil dispose de 12 personnels infirmiers et de 19 personnels sages-femmes. Les effectifs requis ont été estimés à 9 personnels infirmiers soit un surplus de 3 agents et de 7 personnels sages-femmes requis soit un excédent de 12 agents. Le ratio de WISN (1,38 chez les infirmiers et 2,84 au niveau du personnel sage-femme) a montré que la charge de travail n'était pas élevée. Le tableau VIII illustre la situation du personnel au CSPS de la Trame d'accueil du secteur 30.

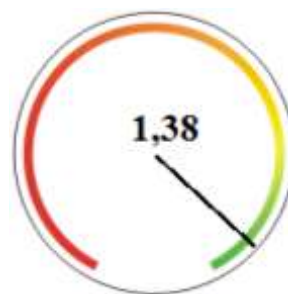
**Tableau VIII: Situation du personnel infirmier et sage-femme au CSPS de la Trame d'accueil**

Localisation de l'établissement : milieu urbain

#### Personnel infirmier ( IDE, IB, AIS)

Temps de travail disponible	
Jours ouvrables par semaine	5
Heures de travail par jour	8
Congé annuel	30
Jours fériés	12
Congé maladie	0
Congé spécial non notifié	10
Jours de formation par an	3
Jours non ouvrables	55
Semaines non ouvrables	11
Jours ouvrables	205
Semaines de travail	41
Nombre d'heures	1 640

Ratio de WISN



Effectif disponible	Salaire annuel	Effectif total requis	Différence en effectifs
12	2 000 000	8,68	3,32

Coût salarial total	Coût "réel"	Différence
24 000 000	17 360 000	6 640 000

Activités suivies par les statistiques de routine

Nom de l'activité	Statistiques annuelles	Standard d'activité	Unité	Standard de charge de travail	Effectif nécessaire
consultation curative	46 216	14	min/14	7 028,57	6,58
soins aux malades mis sous observation	1 596	50	min/50	1 968,00	0,81
pansements	264	8	min/8	12 300,00	0,02
Injection	4 621	3	min/3	32 800,00	0,14

**Activités non suivies par les statistiques de routine**

**Standards d'allocation de la catégorie (SAC)**

Activité	Charge de travail	Unité	Standard d'activité
Réunion de service	3	heures / mois	0,02
<b>Allocation complète de la catégorie</b>			0,02
<b>FAC</b>			1,02

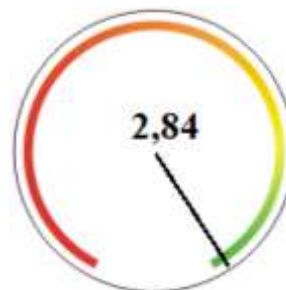
**Standard d'allocation individuelle (SAI)**

Activité	Nombre de	Charge de travail	Unité	Standard d'activité
Rapports d'activités	2	7	jours / mois	1 344
Réunion du district + autres	1	15	jours / an	120
supervision en interne	1	30	minutes / jour	130
<b>Allocation individuelle totale</b>				1 594
<b>FAI</b>				0,97

**Personnel sage-femme (SFE,ME,AB,AA)**

Temps de travail disponible	
Jours ouvrables par semaine	5
Heures de travail par jour	8
Congé annuel	30
Jours fériés	12
Congé maladie	0
Congé spécial non notifié	10
Jours de formation par an	7
Jours non ouvrables	59
Semaines non ouvrables	11,8
Jours ouvrables	201
Semaines de travail	40,2
Nombre d'heures	1 608

**Ratio de WISN**



Effectif disponible	Salaire annuel	Effectif total requis	Différence en effectifs
19	2 000 000	6,68	12,32

Coût salarial total	Coût "réel"	Différence
38 000 000	13 360 000	24 640 000

**Activités suivies par les statistiques de routine**

Nom de l'activité	Statistiques annuelles	Standard d'activité	Unité	Standard de charge de travail	Effectif nécessaire
Accouchement	577	600	min/600	160,80	3,59
Vaccination	5 856	3	min/3	32 160,00	0,18
Consultation pré natale	2 136	17	min/18	5 675,29	0,38
Consultation post natale	5 420	15	min/15	6 432,00	0,84
Consultation du nourrisson sain	4 944	5	min/5	19 296,00	0,26
Planification familiale	2 120	14	min/18	6 891,43	0,31

**Activités non suivies par les statistiques de routine**

**Standards d'allocation de la catégorie (SAC)**

Activité	Charge de travail	Unité	Standard d'activité
Réunion de service	3	heures / mois	0,02
Séance d'IEC	30	minutes / jour	0,06
	<b>Allocation complète de la catégorie</b>		0,08
	<b>FAC</b>		1,09

**Standard d'allocation individuelle (SAI)**

Activité	Nombre de	Charge de travail	Unité	Standard d'activité
Rapports d'activités	2	4	jours / mois	768
supervision en interne	2	30	minutes / jour	260
	<b>Allocation individuelle totale</b>			1 028
	<b>FAI</b>			0,64

**4.5.2. CSPS de Wemtenga**

Au CSPS de Wemtenga, nous avons noté 23 personnels infirmiers et 19 personnels sages-femmes disponibles. Les effectifs requis en personnel ont été estimés à 13 agents chez les infirmiers et de 7 agents chez les sages-femmes. Le ratio de WISN qui mesure la charge de travail était supérieur à 1 aussi bien chez les infirmiers (1,78) que chez les sages-femmes

(2,58), ce qui signifie que la charge de travail n'était pas élevée. Le tableau IX montre les différents effectifs au CSPS de Wemtenga.

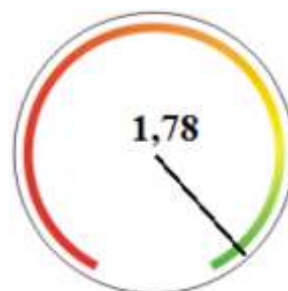
**Tableau IX: Situation du personnel infirmier et sage-femme au CSPS de Wemtenga**

Localisation de l'établissement : milieu urbain

**Personnel infirmier ( IDE, IB, AIS)**

Temps de travail disponible	
Jours ouvrables par semaine	5
Heures de travail par jour	8
Congé annuel	30
Jours fériés	12
Congé maladie	0
Congé spécial non notifié	10
Jours de formation par an	1
Jours non ouvrables	53
Semaines non ouvrables	10,6
Jours ouvrables	207
Semaines de travail	41,4
Nombre d'heures	1 656

Ratio de WISN



Effectif disponible	Salaire annuel	Effectif total requis	Différence en effectifs
23	2 000 000	12,94	10,06

Coût salarial total	Coût "réel"	Différence
46 000 000	25 880 000	20 120 000

Activités suivies par les statistiques de routine

Nom de l'activité	Statistiques annuelles	Standard d'activité	Unité	Standard de charge de travail	Effectif nécessaire
Consultation curative	64 156	14	min/14	7 097,14	9,04
Soins aux malades mis sous observation	2 846	50	min/50	1 987,20	1,43
Pansements	1 735	8	min/8	12 420,00	0,14
Injection	6 415	3	min/3	33 120,00	0,19

Activités non suivies par les statistiques de routine

Standards d'allocation de la catégorie (SAC)

Activité	Charge de travail	Unité	Standard d'activité
Réunion de service	2	heures / mois	0,01

Allocation complète de la catégorie	0,01
FAC	1,01

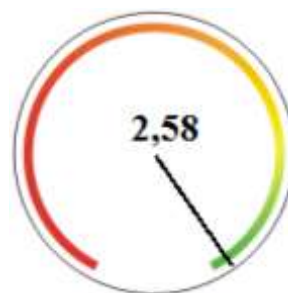
### Standard d'allocation individuelle (SAI)

Activité	Nombre de	Charge de travail	Unité	Standard d'activité
Inventaire du dépôt MEG	1	1	jours / mois	96
Rapports d'activités	2	14	jours / mois	2 688
réunion du district + autres	1	40	jours / an	320
supervision en interne	2	30	minutes / jour	260
<b>Allocation individuelle totale</b>				<b>3 364</b>
<b>FAI</b>				<b>2,03</b>

### Personnel sage-femme (SFE,ME,AB,AA)

Temps de travail disponible	
Jours ouvrables par semaine	5
Heures de travail par jour	8
Congé annuel	30
Jours fériés	12
Congé maladie	0
Congé spécial non notifié	10
Jours de formation par an	3
Jours non ouvrables	55
Semaines non ouvrables	11
Jours ouvrables	205
Semaines de travail	41
Nombre d'heures	1 640

### Ratio de WISN



Effectif disponible	Salaire annuel	Effectif total requis	Différence en effectifs
19	2 000 000	7,37	11,63

Coût salarial total	Coût "réel"	Différence
38 000 000	14 740 000	23 260 000

### Activités suivies par les statistiques de routine

Nom de l'activité	Statistiques annuelles	Standard d'activité	Unité	Standard de charge de	Effectif nécessaire
Accouchement	596	600	min/600	164,00	3,63
Vaccination	15 368	3	min/3	32 800,00	0,47
Consultation pré natale	2 857	18	min/18	5 466,67	0,52
Consultation post natale	737	15	min/18	6 560,00	0,11

<b>Consultation du nourrisson sain</b>	9 053	5	min/5	19 680,00	0,46
<b>Planification familiale</b>	3 035	18	min/18	5 466,67	0,56

**Activités non suivies par les statistiques de routine**

**Standards d'allocation de la catégorie (SAC)**

<b>Activité</b>	<b>Charge de travail</b>	<b>Unité</b>	<b>Standard d'activité</b>
<b>Réunion de service</b>	2	heures / mois	0,01
<b>Séance d'IEC</b>	40	minutes / jour	0,08
<b>Allocation complète de la catégorie</b>			0,1
<b>FAC</b>			1,11

**Standard d'allocation individuelle (SAI)**

<b>Activité</b>	<b>Nombre de Personnel</b>	<b>Charge de travail</b>	<b>Unité</b>	<b>Standard d'activité</b>
<b>Rédaction des rapports</b>	2	7	jours / mois	1 344
<b>supervision en interne</b>	2	30	minutes / jour	260
<b>Allocation individuelle totale</b>				1 604
<b>FAI</b>				0,98

**4.5.3. CSPPS du secteur 30**

Les effectifs disponibles en personnel au CSPPS du secteur 30 ont été de 26 personnels infirmiers et de 22 personnels sages-femmes. L'effectif requis a été estimé à 13 agents au niveau du personnel infirmier soit une différence de 13 agents. Au niveau du personnel sage-femme l'effectif requis a été de 14 agents soit une différence de 8 personnels. Le ratio de WISN (2,04 chez les infirmiers et 1,54 chez les sages-femmes) a montré que la charge de travail n'était pas élevée. Le tableau X présente la situation du personnel soignant au CSPPS du Secteur 30.



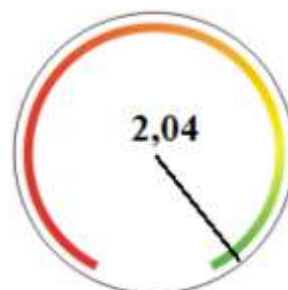
**Tableau X: situation du personnel infirmier et sage-femme au CSPS du secteur 30**

Localisation de l'établissement : milieu urbain

**Personnel infirmier ( IDE, IB, AIS)**

Temps de travail disponible	
Jours ouvrables par semaine	5
Heures de travail par jour	8
Congé annuel	30
Jours fériés	12
Congé maladie	10
Congé spécial non notifié	10
Jours de formation par an	2
Jours non ouvrables	64
Semaines non ouvrables	12,8
Jours ouvrables	196
Semaines de travail	39,2
Nombre d'heures	1 568

Ratio de WISN



Effectif disponible	Salaire annuel	Effectif total requis	Différence en effectifs
26	2 000 000	12,76	13,24

Coût salarial total	Coût "réel"	Différence
52 000 000	25 520 000	26 480 000

Activités suivies par les statistiques de routine

Nom de l'activité	Statistiques annuelles	Standard d'activité	Unité	Standard de charge de travail	Effectif nécessaire
Consultation curative	67 364	14	min/14	6 720,00	10,02
Soins aux malades mis sous observation	550	50	min/50	1 881,60	0,29
Pansements	7 776	8	min/8	11 760,00	0,66
Injection	6 739	3	min/3	31 360,00	0,21

Activités non suivies par les statistiques de routine

Standards d'allocation de la catégorie (SAC)

Activité	Charge de travail	Unité	Standard d'activité
Réunion de service	2	heures / mois	0,02
Allocation complète de la catégorie			0,02
FAC			1,02

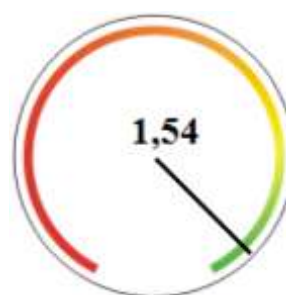
### Standard d'allocation individuelle (SAI)

Activité	Nombre de	Charge de travail	Unité	Standard d'activité
Inventaire du dépôt MEG	1	1	jours / mois	96
Rapport d'activités	2	72	heures / mois	1 728
Réunion du district	1	30	heures / an	30
Supervision en interne	2	30	minutes / jour	260
<b>Allocation individuelle totale</b>				2 114
<b>FAI</b>				1,35

### Personnel sage-femme (SFE,ME,AB,AA)

Temps de travail disponible	
Jours ouvrables par semaine	5
Heures de travail par jour	8
Congé annuel	30
Jours fériés	12
Congé maladie	10
Congé spécial non notifié	10
Jours de formation par an	7
Jours non ouvrables	69
Semaines non ouvrables	13,8
Jours ouvrables	191
Semaines de travail	38,2
Nombre d'heures	1 528

#### Ratio de WISN



Effectif disponible	Salaire annuel	Effectif total requis	Différence en effectifs
22	2 000 000	14,3	7,7

Coût salarial total	Coût "réel"	Différence
44 000 000	28 600 000	15 400 000

### Activités suivies par les statistiques de routine

Nom de l'activité	Statistiques annuelles	Standard d'activité	Unité	Standard de charge de travail	Effectif nécessaire
Accouchement	1 331	600	min/600	152,80	8,71
Vaccination	32 725	3	min/3	30 560,00	1,07
Consultation pré natale	4 720	18	min/18	5 093,33	0,93
Consultation post natale	3 339	15	min/15	6 112,00	0,55
Consultation du nourrisson sain	15 698	5	min/5	18 336,00	0,86

<b>Planification familiale</b>	2 680	18	min/18	5 093,33	0,53
--------------------------------	-------	----	--------	----------	------

**Activités non suivies par les statistiques de routine**

**Standards d'allocation de la catégorie (SAC)**

Activité	Charge de travail	Unité	Standard d'activité
Réunion de service	2	heures / mois	0,02
Séance d'IEC	30	minutes / jour	0,06
<b>Allocation complète de la catégorie</b>			0,08
<b>FAC</b>			1,08

**Standard d'allocation individuelle (SAI)**

Activité	Nombre de Personnel	Charge de travail	Unité	Standard d'activité
Rédaction de rapport	2	24	heures / mois	576
Supervision en interne	2	30	minutes / jour	260
<b>Allocation individuelle totale</b>				836
<b>FAI</b>				0,55

**4.5.4. CSPS du Dassasgho**

L'effectif requis en personnel infirmier a été de 9 personnels contre 29 personnels disponibles pour la même catégorie soit une différence de 20 personnels. Quant au personnel sage-femme l'effectif requis a été de 11 personnels contre 29 personnels disponibles soit un surplus de 18 agents. Le ratio de WISN (3,35 et 2,63) a montré que la charge de travail n'était pas élevée. Le tableau XI donne les détails sur la situation du personnel soignant au CSPS de Dassasgho

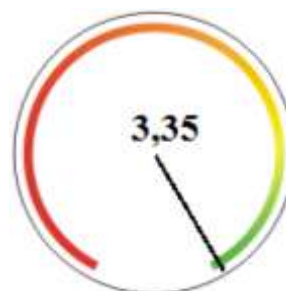
**Tableau XI:** Situation du personnel infirmier et sage-femme au CSPS de Dassasgho

**Localisation de l'établissement : milieu urbain**

**Personnel infirmier ( IDE, IB, AIS)**

Temps de travail disponible	
Jours ouvrables par semaine	5
Heures de travail par jour	8
Congé annuel	30
Jours fériés	12
Congé maladie	0

**Ratio de WISN**



<b>Jours de formation par an</b>	8	<b>Effectif disponible</b>	<b>Salaire annuel</b>	<b>Effectif total requis</b>	<b>Différence en effectifs</b>
		29	2 000 000	8,66	20,34
<b>Jours non ouvrables</b>	60				
<b>Semaines non ouvrables</b>	12				
<b>Jours ouvrables</b>	200				
<b>Semaines de travail</b>	40				
<b>Nombre d'heures</b>	1 600				
		<b>Coût salarial total</b>	<b>Coût "réel"</b>	<b>Différence</b>	
		58 000 000	17 320 000	40 680 000	

**Activités suivies par les statistiques de routine**

Nom de l'activité	Statistiques annuelles	Standard d'activité	Unité	Standard de charge de travail	Effectif nécessaire
<b>Consultation curative + IEC+ administration des soins</b>	46 567	14	min/14	6 857,14	6,79
<b>Soins aux malades sous observation</b>	844	50	min/50	1 920,00	0,44
<b>Pansements</b>	3 208	8	min/8	12 000,00	0,27
<b>Injection</b>	4 656	3	min/3	32 000,00	0,15

**Activités non suivies par les statistiques de routine**

**Standards d'allocation de la catégorie (SAC)**

Activité	Charge de travail	Unité	Standard d'activité
<b>réunion de service</b>	3	heures / mois	0,02
	<b>Allocation complète de la catégorie</b>		0,02
	<b>FAC</b>		1,02

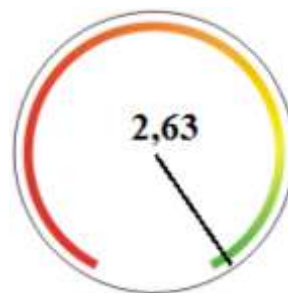
**Standard d'allocation individuelle (SAI)**

Activité	Nombre de Personnel	Charge de travail	Unité	Standard d'activité
<b>Inventaire du dépôt MEG</b>	1	1	jours / mois	96
<b>Rédaction des rapports</b>	2	32	heures / mois	768
<b>Reunion de district + autres</b>	1	30	jours / an	240
<b>Supervision en interne</b>	2	30	minutes / jour	260
	<b>Allocation individuelle totale</b>			1 364
	<b>FAI</b>			0,85

## Personnel sage-femme (SFE,ME,AB,AA)

Temps de travail disponible	
Jours ouvrables par semaine	5
Heures de travail par jour	8
Congé annuel	30
Jours fériés	12
Congé maladie	0
Congé spécial non notifié	10
Jours de formation par an	14
Jours non ouvrables	66
Semaines non ouvrables	13,2
Jours ouvrables	194
Semaines de travail	38,8
Nombre d'heures	1 552

Ratio de WISN



Effectif disponible	Salaire annuel	Effectif total requis	Différence en effectifs
29	2 000 000	11,02	17,98

Coût salarial total	Coût "réel"	Différence
58 000 000	22 040 000	35 960 000

### Activités suivies par les statistiques de routine

Nom de l'activité	Statistiques annuelles	Standard d'activité	Unité	Standard de charge de travail	Effectif nécessaire
Accouchements	1 060	600	min/600	155,20	6,83
Consultation du nourrisson sain	13 835	5	min/5	18 624,00	0,74
Consultation post natale	551	15	min/15	6 208,00	0,09
Planification familiale	2 571	18	min/18	5 173,33	0,50
Vaccination	21 291	3	min/3	31 040,00	0,69
Consultation pré natale	3 091	18	min/18	5 173,33	0,60

### Activités non suivies par les statistiques de routine

#### Standards d'allocation de la catégorie (SAC)

Activité	Charge de travail	Unité	Standard d'activité
réunion de service	3	heures / mois	0,02
séance d'IEC	41	minutes / jour	0,09

Allocation complète de la catégorie	0,11
FAC	1,12

#### Standard d'allocation individuelle (SAI)

Activité	Nombre de Personnel	Charge de travail	Unité	Standard d'activité
Rédaction des rapports	2	15	heures / mois	360
Supervision en interne	2	30	minutes / jour	260
<b>Allocation individuelle totale</b>				620
<b>FAI</b>				0,40

#### 4.5.5. CSPTS de Dagnongo

Le CSPTS de Dagnongo disposait de 13 personnels infirmiers et 15 personnels sages-femmes. Les effectifs requis étaient respectivement de 6 et 5 personnels soit une différence de 7 personnels infirmiers et 10 personnels sages-femmes. Le ratio de WISN qui était de 2,09 au niveau du personnel infirmier et de 2,85 au niveau des sages-femmes signifie que la charge de travail n'était pas élevée. La situation des effectifs est représentée dans le tableau XII :

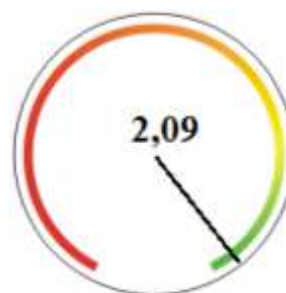
**Tableau XII : Situation du personnel infirmier et sage-femme au CSPTS de Dagnongo**

Localisation de l'établissement : milieu péri urbain

#### Personnel infirmier ( IDE, IB, AIS)

Temps de travail disponible	
Jours ouvrables par semaine	5
Heures de travail par jour	8
Congé annuel	30
Jours fériés	12
Congé maladie	0
Congé spécial non notifié	10
Jours de formation par an	3
Jours non ouvrables	55
Semaines non ouvrables	11
Jours ouvrables	205
Semaines de travail	41
Nombre d'heures	1 640

Ratio de WISN



Effectif disponible	Salaire annuel	Effectif total requis	Différence en effectifs
13	2 000 000	6,22	6,78

Coût salarial total	Coût "réel"	Différence
26 000 000	12 440 000	13 560 000

**Activités suivies par les statistiques de routine**

Nom de l'activité	Statistiques annuelles	Standard d'activité	Unité	Standard de charge de travail	Effectif nécessaire
Consultation curative	32 316	14	min/14	7 028,57	4,60
Soins aux malades mis sous observation	1 155	50	min/50	1 968,00	0,59
Pansements	2 788	8	min/8	12 300,00	0,23
Injection	3 231	3	min/3	32 800,00	0,10

**Activités non suivies par les statistiques de routine**

**Standards d'allocation de la catégorie (SAC)**

Activité	Charge de travail	Unité	Standard d'activité
Réunion de service	2	heures / mois	0,01
	Allocation complète de la catégorie		0,01
	FAC		1,01

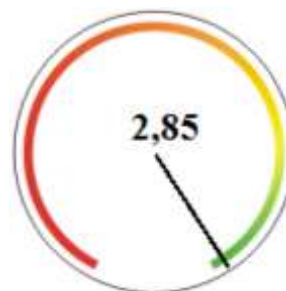
**Standard d'allocation individuelle (SAI)**

Activité	Nombre de	Charge de travail	Unité	Standard d'activité
Inventaire du dépôt MEG	1	1	jours / mois	96
Rédaction des rapports	3	18	heures / mois	648
Réunion du district + autres	1	60	heures / an	60
Supervision en interne	2	30	minutes / jour	260
	Allocation individuelle totale			1 064
	FAI			0,65

**Personnel sage-femme (SFE,ME,AB,AA)**

Temps de travail disponible	
Jours ouvrables par semaine	5
Heures de travail par jour	8
Congé annuel	30
Jours fériés	12
Congé maladie	0
Congé spécial non notifié	10

**Ratio de WISN**



**Effectif    Salaire    Effectif total    Différence**

<b>Jours de formation par an</b>	4	<b>disponible</b>	<b>annuel</b>	<b>requis</b>	<b>en effectifs</b>
		15	2 000 000	5,26	9,74
<b>Jours non ouvrables</b>	56				
<b>Semaines non ouvrables</b>	11,2				
<b>Jours ouvrables</b>	204				
<b>Semaines de travail</b>	40,8				
<b>Nombre d'heures</b>	1 632				
		<b>Coût salarial total</b>	<b>Coût "réel"</b>	<b>Différence</b>	
		30 000 000	10 520 000	19 480 000	

**Activités suivies par les statistiques de routine**

Nom de l'activité	Statistiques annuelles	Standard d'activité	Unité	Standard de charge de travail	Effectif nécessaire
<b>Accouchement</b>	517	600	min/600	163,20	3,17
<b>Vaccination</b>	11 763	3	min/3	32 640,00	0,36
<b>Consultation pré natale</b>	2 325	18	min/18	5 440,00	0,43
<b>Consultation post natale</b>	918	15	min/15	6 528,00	0,14
<b>Consultation du nourrisson sain</b>	5 688	5	min/5	19 584,00	0,29
<b>Planification familiale</b>	996	18	min/18	5 440,00	0,18

**Activités non suivies par les statistiques de routine**

**Standards d'allocation de la catégorie (SAC)**

Activité	Charge de travail	Unité	Standard d'activité
<b>Réunion de service</b>	2	heures / mois	0,01
<b>Séance d'IEC</b>	30	minutes / jour	0,06
<b>Allocation complète de la catégorie</b>			0,08
<b>FAC</b>			1,08

**Standard d'allocation individuelle (SAI)**

Activité	Nombre de Personnel	Charge de travail	Unité	Standard d'activité
<b>rédaction de rapport</b>	2	9	heures / mois	216
<b>supervision en interne</b>	2	30	minutes / jour	260
<b>Allocation individuelle totale</b>				476
<b>FAI</b>				0,29



#### 4.5.6. CSPS de Yamtenga

La situation du personnel au CSPS de Yamtenga était de 15 personnels infirmiers contre un effectif requis de 12 agents et de 18 personnels sages-femmes pour un effectif requis de 11 agents. Les deux ratios de WISN aussi bien au niveau du personnel infirmier (1,25) qu'au niveau du personnel sage-femme (1,52) ont montré que la charge de travail n'était pas élevée, illustration faite par le tableau XIII.

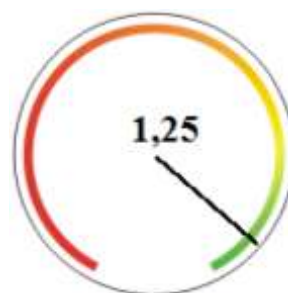
**Tableau XIII : Situation du personnel infirmier et sage-femme au CSPS de Yamtenga**

Localisation de l'établissement : milieu péri urbain

#### Personnel infirmier ( IDE, IB, AIS)

Temps de travail disponible	
Jours ouvrables par semaine	5
Heures de travail par jour	8
Congé annuel	30
Jours fériés	12
Congé maladie	0
Congé spécial non notifié	10
Jours de formation par an	4
Jours non ouvrables	56
Semaines non ouvrables	11,2
Jours ouvrables	204
Semaines de travail	40,8
Nombre d'heures	1 632

Ratio de WISN



Effectif disponible	Salaire annuel	Effectif total requis	Différence en effectifs
15	2 000 000	12,03	2,97

Coût salarial total	Coût "réel"	Différence
30 000 000	24 060 000	5 940 000

Activités suivies par les statistiques de routine

Nom de l'activité	Statistiques annuelles	Standard d'activité	Unité	Standard de charge de travail	Effectif nécessaire
Consultation curative	68 544	14	min/14	6 994,29	9,80
Soins aux malades mis sous observation	1 524	50	min/50	1 958,40	0,78
Pansements	4 660	8	min/8	12 240,00	0,38
Injection	6 854	3	min/3	32 640,00	0,21

**Activités non suivies par les statistiques de routine**

**Standards d'allocation de la catégorie (SAC)**

Activité	Charge de travail	Unité	Standard d'activité
Réunion de service	2	heures / mois	0,01
	<b>Allocation complète de la catégorie</b>		0,01
	<b>FAC</b>		1,01

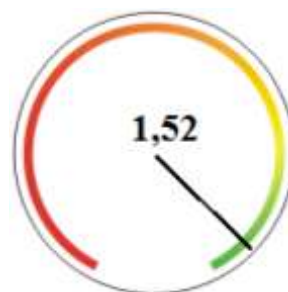
**Standard d'allocation individuelle (SAI)**

Activité	Nombre de Personnel	Charge de travail	Unité	Standard d'activité
Inventaire du dépôt MEG	1	1	jours / mois	96
Rédaction des rapports	2	28	heures / mois	672
Réunion du district + autres	1	60	heures / an	60
Supervision en interne	2	45	minutes / jour	390
	<b>Allocation individuelle totale</b>			1 218
	<b>FAI</b>			0,75

**Personnel sage-femme (SFE,ME,AB,AA)**

Temps de travail disponible	
Jours ouvrables par semaine	5
Heures de travail par jour	8
Congé annuel	30
Jours fériés	12
Congé maladie	0
Congé spécial non notifié	10
Jours de formation par an	9
Jours non ouvrables	61
Semaines non ouvrables	12,2
Jours ouvrables	199
Semaines de travail	39,8
Nombre d'heures	1 592

**Ratio de WISN**



Effectif disponible	Salaire annuel	Effectif total requis	Différence en effectifs
18	2 000 000	11,84	6,16

Coût salarial total	Coût "réel"	Différence
36 000 000	23 680 000	12 320 000

**Activités suivies par les statistiques de routine**

Nom de l'activité	Statistiques annuelles	Standard d'activité	Unité	Standard de charge de	Effectif nécessaire
Accouchement	1 115	600	min/600	159,20	7,00
Vaccination	34 331	3	min/3	31 840,00	1,08
CPN	4 593	17	min/17	5 618,82	0,82
Consultation post natale	1 696	15	min/15	6 368,00	0,27
Consultation du nourrisson sain	11 751	5	min/5	19 104,00	0,62
Planification familiale	5 842	18	min/18	5 306,67	1,10

**Activités non suivies par les statistiques de routine**

**Standards d'allocation de la catégorie (SAC)**

Activité	Charge de travail	Unité	Standard d'activité
Réunion de service	2	heures / mois	0,02
Séance d'IEC	19	minutes / jour	0,04
	<b>Allocation complète de la catégorie</b>		0,05
	<b>FAC</b>		1,06

**Standard d'allocation individuelle (SAI)**

Activité	Nombre de Personnel	Charge de travail	Unité	Standard d'activité
rédaction des rapports	2	14	heures / mois	336
supervision en interne	2	30	minutes / jour	260
	<b>Allocation individuelle totale</b>			596
	<b>FAI</b>			0,37

**4.5.7. CSPPS de Koubri**

Le CSPPS de Koubri avait besoin de 9 personnels infirmiers et de 6 personnels sages-femmes pour fonctionner. Le personnel disponible était de 8 personnels infirmiers et de 7 personnels sages-femmes. L'analyse de la charge de travail grâce au ratio de WISN montrait une charge de travail élevée chez les infirmiers (WISN=0,97). Le tableau XIV nous donne les détails sur les effectifs du personnel au CSPPS de Koubri.

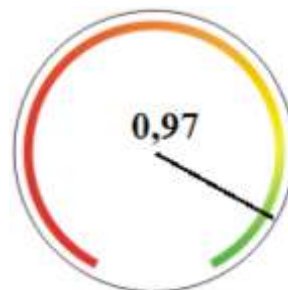
**Tableau XIV: Situation du personnel infirmier et sage-femme au CSPS de Koubri**

Localisation de l'établissement : milieu rural

**Personnel infirmier ( IDE, IB, AIS)**

Temps de travail disponible	
Jours ouvrables par semaine	5
Heures de travail par jour	8
Congé annuel	30
Jours fériés	12
Congé maladie	0
Congé spécial non notifié	10
Jours de formation par an	3
Jours non ouvrables	55
Semaines non ouvrables	11
Jours ouvrables	205
Semaines de travail	41
Nombre d'heures	1 640

Ratio de WISN



Effectif disponible	Salaire annuel	Effectif total requis	Différence en effectifs
8	2 000 000	8,22	-0,22

Coût salarial total	Coût "réel"	Différence
16 000 000	16 440 000	-440 000

Activités suivies par les statistiques de routine

Nom de l'activité	Statistiques annuelles	Standard d'activité	Unité	Standard de charge de travail	Effectif nécessaire
consultation curative	40 680	14	min/14	7 028,57	5,79
soins aux malades mis sous observation	2 106	50	min/50	1 968,00	1,07
pansements	2 004	8	min/8	12 300,00	0,16
Injection	4 068	3	min/3	32 800,00	0,12

Activités non suivies par les statistiques de routine

Standards d'allocation de la catégorie (SAC)

Activité	Charge de travail	Unité	Standard d'activité
Réunion de service	3	heures / mois	0,02
Allocation complète de la catégorie			0,02
FAC			1,02

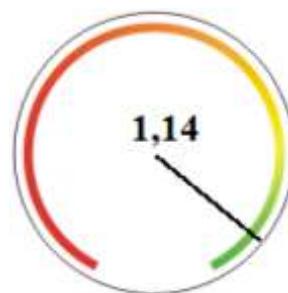
### Standard d'allocation individuelle (SAI)

Activité	Nombre de	Charge de travail	Unité	Standard d'activité
Inventaire du dépôt MEG	1	1	jours / mois	96
rédaction de rapports	2	7	jours / mois	1 344
réunion du district + autres	1	50	heures / an	50
supervision en interne	1	3	heures / mois	36
<b>Allocation individuelle totale</b>				1 526
<b>FAI</b>				0,93

### Personnel sage-femme (SFE, ME, AB,AA)

Temps de travail disponible	
Jours ouvrables par semaine	5
Heures de travail par jour	8
Congé annuel	30
Jours fériés	12
Congé maladie	0
Congé spécial non notifié	10
Jours de formation par an	7
Jours non ouvrables	59
Semaines non ouvrables	11,8
Jours ouvrables	201
Semaines de travail	40,2
Nombre d'heures	1 608

#### Ratio de WISN



Effectif disponible	Salaire annuel	Effectif total requis	Différence en effectifs
7	2 000 000	6,12	0,88

Coût salarial total	Coût "réel"	Différence
14 000 000	12 240 000	1 760 000

### Activités suivies par les statistiques de routine

Nom de l'activité	Statistiques annuelles	Standard d'activité	Unité	Standard de charge de travail	Effectif nécessaire
Accouchement	647	600	min/600	160,80	4,02
Vaccination	7 131	3	min/3	32 160,00	0,22
Consultation pré natale	2 401	18	min/18	5 360,00	0,45
Consultation post natale	1 438	15	min/15	6 432,00	0,22
Consultation du nourrisson sain	2 767	5	min/5	19 296,00	0,14
Planification familiale	2 786	18	min/18	5 360,00	0,52

**Activités non suivies par les statistiques de routine**

**Standards d'allocation de la catégorie (SAC)**

Activité	Charge de travail	Unité	Standard d'activité
Réunion de service	3	heures / mois	0,02
Séance d'IEC	22	minutes / jour	0,05
	<b>Allocation complète de la catégorie</b>		0,07
	<b>FAC</b>		1,07

**Standard d'allocation individuelle (SAI)**

Activité	Nombre de	Charge de travail	Unité	Standard d'activité
Rédaction des rapports	1	2	jours / mois	192
supervision en interne	1	2	heures / mois	24
	<b>Allocation individuelle totale</b>			216
	<b>FAI</b>			0,13

**4.5.8. CSPS de Boudtenga.**

Au CSPS de Boudtenga, le ratio de WISN qui était de 2,04 montrait que la charge de travail n'était pas élevée. En effet, l'effectif requis était d'un agent requis contre 3 agents disponibles. Le tableau XV présente la situation du personnel au CSPS de Boudtenga

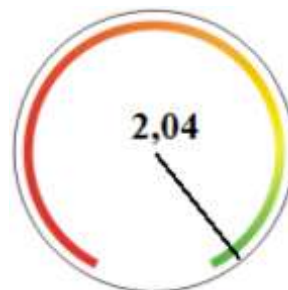
Tableau XV: Situation du personnel infirmier et sage-femme au CSPS de Boudtenga

Localisation de l'établissement : milieu rural

**Personnel infirmier ( IDE, AA, AIS)**

Temps de travail disponible	
Jours ouvrables par semaine	5
Heures de travail par jour	8
Congé annuel	30
Jours fériés	12
Congé maladie	0
Congé spécial non notifié	10
Jours de formation par an	3
Jours non ouvrables	55
Semaines non ouvrables	11
Jours ouvrables	205
Semaines de travail	41
Nombre d'heures	1 640

Ratio de WISN



Effectif disponible	Salaire annuel	Effectif total requis	Différence en effectifs
3	2 000 000	1,47	1,53

Coût salarial total	Coût "réel"	Différence
6 000 000	2 940 000	3 060 000

Activités suivies par les statistiques de routine

Nom de l'activité	Statistiques annuelles	Standard d'activité	Unité	Standard de charge de travail	Effectif nécessaire
Consultation curative	3 376	14	min/14	7 028,57	0,48
Soins des malades mis sous observation	131	50	min/50	1 968,00	0,07
Pansements	564	8	min/8	12 300,00	0,05
Accouchement	40	600	min/600	164,00	0,24
Vaccination	1 036	3	min/3	32 800,00	0,03
Consultation pré natale	109	18	min/18	5 466,67	0,02
Consultation post natale	103	15	min/15	6 560,00	0,02
Consultation du nourrisson sain	717	5	min/5	19 680,00	0,04
Planification familiale	836	18	min/18	5 466,67	0,15
Injection	337	3	min/3	32 800,00	0,01

**Activités non suivies par les statistiques de routine**

**Standards d'allocation de la catégorie (SAC)**

Activité	Charge de travail	Unité	Standard d'activité
Réunion de service	1,5	heures / mois	0,01
Séance d'Information- Education- Communication	1	heures / semaine	0,03
	<b>Allocation complète de la catégorie</b>		0,04
	<b>FAC</b>		1,04

**Standard d'allocation individuelle (SAI)**

Activité	Nombre de Personnel	Charge de travail	Unité	Standard d'activité
Inventaire dépôt MEG	1	1	jours / mois	96
Rapport d'activités	1	30	heures / mois	360
Réunion de district+ autres	1	50	heures / an	50
Supervision	1	2	heures / an	2
	<b>Allocation individuelle totale</b>			508
	<b>FAI</b>			0,31

**4.5.9. CSPPS de Gampela**

Le CSPPS de Gampela dispose de 6 agents contre un effectif requis de 4 agents. Le ratio de WISN qui était de 1,58 indiquait que la charge de travail n'était pas élevée. La présentation de la situation du personnel est donnée par le tableau XVI :



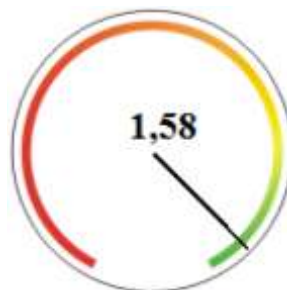
**Tableau XVI: Situation du personnel infirmier et sage-femme au CSPS de Gampela**

Localisation de l'établissement : milieu rural

**Personnel infirmier ( IDE, AA, AIS)**

Temps de travail disponible	
Jours ouvrables par semaine	5
Heures de travail par jour	8
Congé annuel	30
Jours fériés	12
Congé maladie	0
Congé spécial non notifié	10
Jours de formation par an	3
Jours non ouvrables	55
Semaines non ouvrables	11
Jours ouvrables	205
Semaines de travail	41
Nombre d'heures	1 640

Ratio de WISN



Effectif disponible	Salaire annuel	Effectif total requis	Différence en effectifs
6	2 000 000	3,79	2,21

Coût salarial total	Coût "réel"	Différence
12 000 000	7 580 000	4 420 000

Activités suivies par les statistiques de routine

Nom de l'activité	Statistiques annuelles	Standard d'activité	Unité	Standard de charge de travail	Effectif nécessaire
Consultation curative	12 596	14	min/14	7 028,57	1,79
Soins des malades mis sous observation	106	50	min/50	1 968,00	0,05
Pansements	1 316	8	min/8	12 300,00	0,11
Accouchement	143	600	min/600	164,00	0,87
Vaccination	3 448	3	min/3	32 800,00	0,11
Consultation pré natale	90	18	min/18	5 466,67	0,02
Consultation post natale	448	15	min/15	6 560,00	0,07
Consultation du nourrisson sain	1 955	5	min/5	19 680,00	0,10
Planification familiale	237	18	min/18	5 466,67	0,04
Injection	1 259	3	min/3	32 800,00	0,04

**Activités non suivies par les statistiques de routine**

**Standards d'allocation de la catégorie (SAC)**

Activité	Charge de travail	Unité	Standard d'activité
Réunion de service	1	heures / mois	0,01
Séance d'Information- Education- Communication	1	heures / semaine	0,03
	<b>Allocation complète de la catégorie</b>		0,03
	<b>FAC</b>		1,03

**Standard d'allocation individuelle (SAI)**

Activité	Nombre de Personnel	Charge de travail	Unité	Standard d'activité
Inventaire dépôt MEG	1	1	jours / mois	96
Rapport d'activités	1	6	jours / mois	576
Réunion de district+ autres	1	12	jours / an	96
Supervision	1	3	heures / mois	36
	<b>Allocation individuelle totale</b>			804
	<b>FAI</b>			0,49

**4.5.10. CSPS de Gonsé**

Le personnel requis pour le CSPS de Gonsé était estimé à 3 agents requis contre un effectif disponible de 4 agents (tableau XVII). Le ratio de WISN (1,49) montrait que la charge de travail n'était pas élevée.

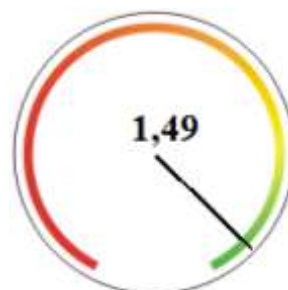
**Tableau XVII : Situation du personnel infirmier et sage-femme au CSPS de Gonsé**

Localisation de l'établissement : milieu rural

**Personnel infirmier ( IDE, AA, AIS)**

Temps de travail disponible	
Jours ouvrables par semaine	5
Heures de travail par jour	8
Congé annuel	30
Jours fériés	12
Congé maladie	0
Congé spécial non notifié	10
Jours de formation par an	9
Jours non ouvrables	61
Semaines non ouvrables	12,2
Jours ouvrables	199
Semaines de travail	39,8
Nombre d'heures	1 592

**Ratio de WISN**



Effectif disponible	Salaire annuel	Effectif total requis	Différence en effectifs
4	2 000 000	2,68	1,32

Coût salarial total	Coût "réel"	Différence
8 000 000	5 360 000	2 640 000

Activités suivies par les statistiques de routine

Nom de l'activité	Statistiques annuelles	Standard d'activité	Unité	Standard de charge de travail	Effectif nécessaire
consultation curative	4 837	14	min/14	6 822,86	0,71
soins des malades mis sous observation	389	50	min/50	1 910,40	0,20
pansements	548	8	min/8	11 940,00	0,05
accouchement	90	600	min/600	159,20	0,57
vaccination	393	3	min/3	31 840,00	0,01
consultation pré natale	306	18	min/18	5 306,67	0,06
consultation post natale	189	15	min/15	6 368,00	0,03
consultation du nourrisson sain	1 038	5	min/5	19 104,00	0,05
Planification familiale	435	18	min/18	5 306,67	0,08
Injection	483	3	min/3	31 840,00	0,02

**Activités non suivies par les statistiques de routine**

**Standards d'allocation de la catégorie (SAC)**

Activité	Charge de travail	Unité	Standard d'activité
Réunion de service	2	heures / mois	0,02
Séance d'Information- Education- Communication	3	heures / mois	0,02
	<b>Allocation complète de la catégorie</b>		0,04
	<b>FAC</b>		1,04

**Standard d'allocation individuelle (SAI)**

Activité	Nombre de Personnel	Charge de travail	Unité	Standard d'activité
Inventaire du dépôt MEG	1	1	jours / mois	96
Rapports d'activités	1	96	heures / mois	1 152
Réunion de district+ autres	1	50	heures / an	50
Supervision	1	2	heures / mois	24
	<b>Allocation individuelle totale</b>			1 322
	<b>FAI</b>			0,83

**4.5.11. CSPS de Tanlarchin**

Le CSPS de Tanlarchin avait besoin de 5 agents requis pour fonctionner normalement. Le nombre d'agents disponibles était de 3 soit une pénurie de 2 agents. Le ratio de WISN (0,66) montrait une charge de travail élevée. Le tableau XVIII montre la situation des effectifs au CSPS de Tanlarchin.

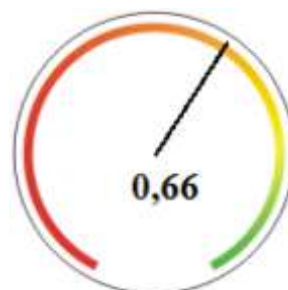
**Tableau XVIII : Situation du personnel infirmier et sage-femme au CSPS de Tanlarchin**

Localisation de l'établissement : milieu rural

**Personnel infirmier ( IDE, AA, AIS)**

Temps de travail disponible	
Jours ouvrables par semaine	5
Heures de travail par jour	8
Congé annuel	30
Jours fériés	12
Congé maladie	0
Congé spécial non notifié	10
Jours de formation par an	11
Jours non ouvrables	63
Semaines non ouvrables	12,6
Jours ouvrables	197
Semaines de travail	39,4
Nombre d'heures	1 576

**Ratio de WISN**



Effectif disponible	Salaire annuel	Effectif total requis	Différence en effectifs
3	2 000 000	4,58	-1,58

Coût salarial total	Coût "réel"	Différence
6 000 000	9 160 000	-3 160 000

Activités suivies par les statistiques de routine

Nom de l'activité	Statistiques annuelles	Standard d'activité	Unité	Standard de charge de travail	Effectif nécessaire
Consultation curative	12 638	14	min/14	6 754,29	1,87
Soins des malades mis sous observation	426	50	min/50	1 891,20	0,23
Pansements	1 916	8	min/8	11 820,00	0,16
Accouchement	218	600	min/600	157,60	1,38
Vaccination	1 157	3	min/3	31 520,00	0,04
Consultation pré natale	725	18	min/18	5 253,33	0,14
Consultation post natale	467	15	min/15	6 304,00	0,07
Consultation du nourrisson sain	1 582	5	min/50	18 912,00	0,08
Planification familiale	667	18	min/18	5 253,33	0,13
Injection	1 263	3	min/3	31 520,00	0,04

**Activités non suivies par les statistiques de routine**

**Standards d'allocation de la catégorie (SAC)**

Activité	Charge de travail	Unité	Standard d'activité
Réunion de service	1	heures / mois	0,01
Séance d'Information- Education- Communication	1	heures / semaine	0,03
<b>Allocation complète de la catégorie</b>			0,03
<b>FAC</b>			1,03

**Standard d'allocation individuelle (SAI)**

Activité	Nombre de Personnel	Charge de travail	Unité	Standard d'activité
Inventaire dépôt MEG	1	1	jours / mois	96
Rapport d'activités	1	18	heures / mois	216
Réunion de district+ autres	1	50	heures / an	50
Supervision	1	30	minutes / jour	130
<b>Allocation individuelle totale</b>				492
<b>FAI</b>				0,31

Figure VI : situation du personnel infirmier dans les formations sanitaires

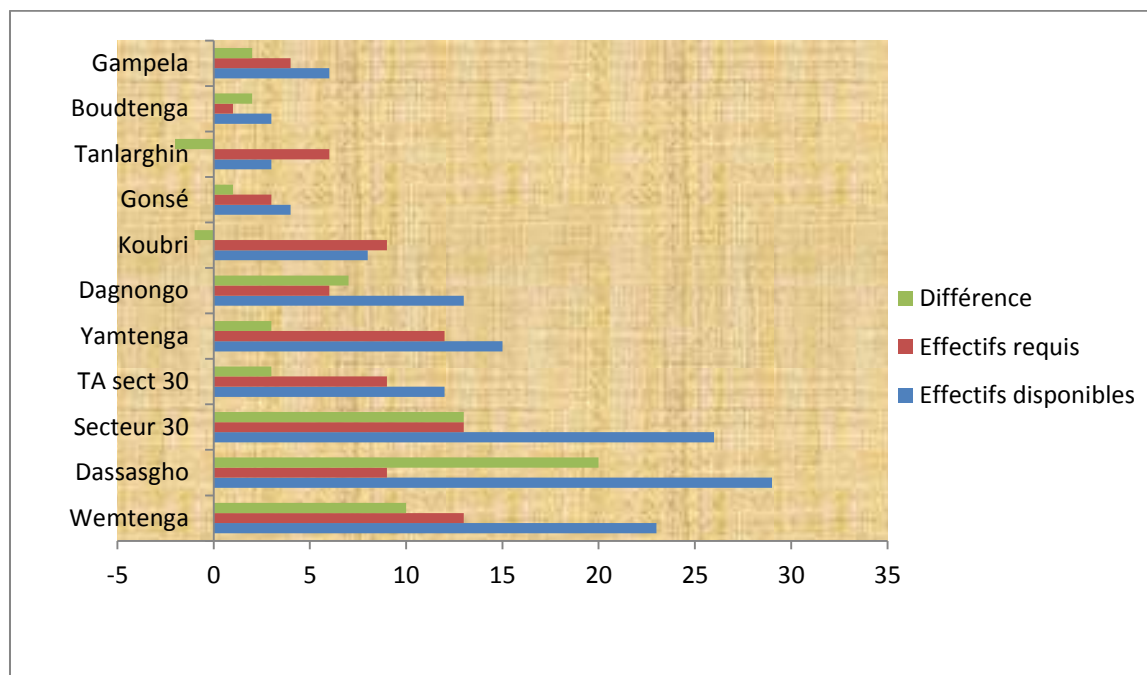
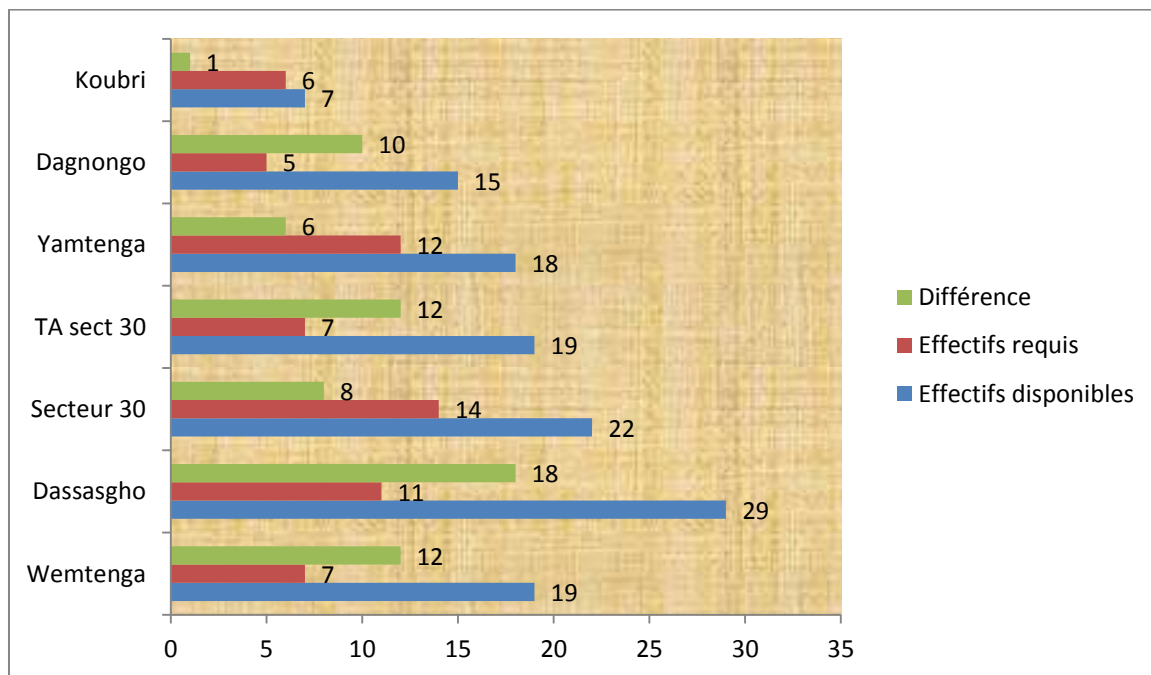


Figure VII: situation des effectifs du personnel sage-femme dans les formations sanitaires



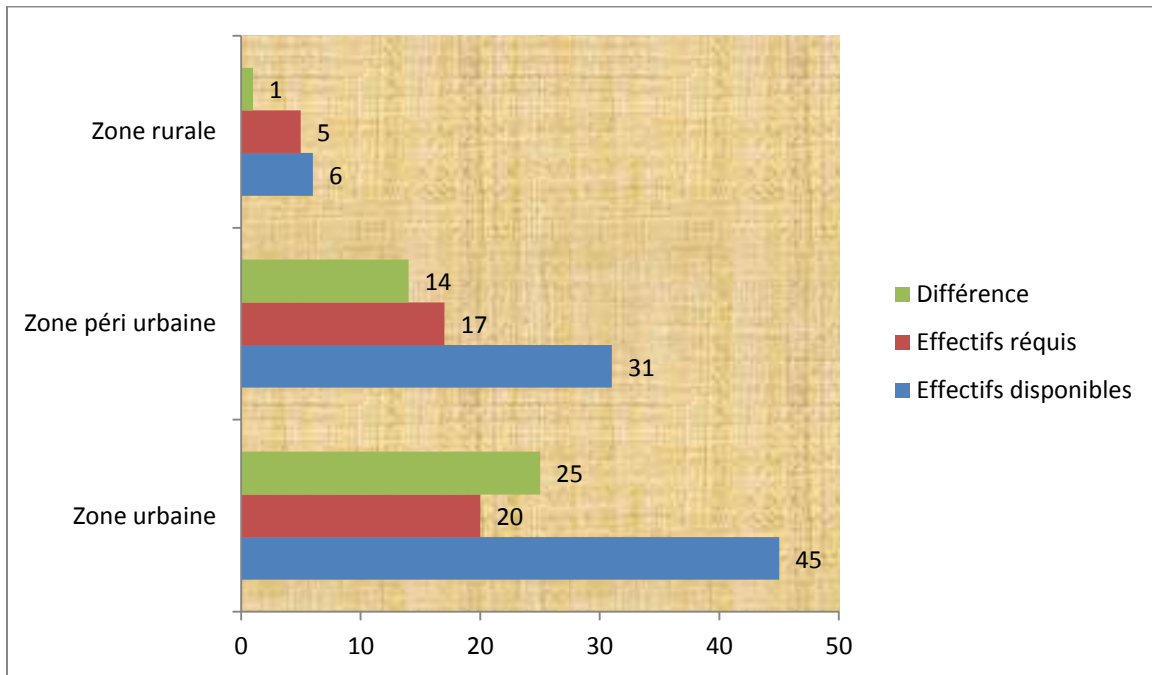
#### 4.5.12. Situation des effectifs du personnel selon la zone géographique

- Les CSPP situés en milieu urbain (Trame d'accueil du Secteur 30, Wemtenga, Dassasgho et CSPP du Secteur 30), étaient les plus nantis en personnels avec une moyenne de 45 agents par formation sanitaire pour un nombre requis de 20 agents en moyenne soit un surplus de 25 agents. En effet le CSPP de Dassasgho qui avait besoin de 8 personnels infirmiers pour faire fonctionner le dispensaire, s'était retrouvé avec 29 personnels infirmiers, ce qui représentait plus de 3 fois l'effectif requis.

- Quant aux CSPP situés en zone péri urbaine (Dagnongo et Yamtenga), on notait une moyenne de 31 agents par formation sanitaire avec un effectif requis moyen de 17 agents soit un surplus de 14 agents en moyenne.

- Les CSPP situés en milieu rural (Gampela, Koubri, Gonsé, Boudtenga et Tanlarchin) ont été les moins fournis en personnel et disposaient de 6 agents en moyenne par formation sanitaire. Le nombre requis moyen est de 5,4 agents. Le CSPP de Tanlarchin qui disposait de 3 agents avait besoin de 5 personnels pour faire face à la charge de travail, soit un gap de 2 agents à combler.

Figure VIII: répartition des ressources humaines selon la zone géographique



#### 4.6. ANALYSE DE LA PRESSION DE LA CHARGE DE TRAVAIL DANS LES FORMATIONS SANITAIRES DU DISTRICT SANITAIRE DE BOGODOGO

Il n'y avait aucune pression de charge de travail dans les formations sanitaires urbaines et péri urbaines (ratio de WISN > 1). Par contre en milieu rural, on avait noté une pression élevée de la charge de travail au CSPS de Tanlarchhin (ratio de WISN= 0,66) et une faible pression de la charge de travail chez les infirmiers au niveau du CSPS de Koubri au niveau du personnel infirmier (ratio de WISN = 0,97) comme l'illustre le tableau XIX.



**Tableau XIX : analyse des effectifs et de la pression de la charge de travail du personnel**

Formations sanitaires	Catégorie professionnelle	Effectif disponible	Effectif requis	Différence	Situation (surnombre ou pénurie)	Ratio de WISN	Pression de la charge de travail :
<b>Formations sanitaires du milieu urbain</b>							
Wemtenga	Infirmier	23	13	10	surnombre	1,78	aucune
	SF	19	7	12	surnombre	2,58	aucune
Dassasgho	Infirmier	29	9	20	surnombre	3,35	aucune
	SF	29	11	18	surnombre	2,63	aucune
Secteur 30	Infirmier	26	13	13	surnombre	2,04	aucune
	SF	22	14	8	surnombre	1,54	aucune
TA secteur 30	Infirmier	12	9	3	surnombre	1,38	aucune
	SF	19	7	12	surnombre	2,84	aucune
<b>Formations sanitaires du milieu péri urbain</b>							
Yamtenga	Infirmier	15	12	3	surnombre	1,25	aucune
	SF	18	12	6	surnombre	1,52	aucune
Dagnongo	Infirmier	13	6	7	Surnombre	2,09	aucune
	SF	15	5	10	surnombre	2,85	aucune
<b>Formations sanitaires situées en milieu rural</b>							
Koubri	Infirmier	8	9	-1	Pénurie	0,97	faible
	SF	7	6	1	surnombre	1,14	aucune
Gonsé	Infirmier	4	3	1	surnombre	1,49	aucune
Tanlarghin	Infirmier	3	5	-2	Pénurie	0,66	élevée
Boudtenga	Infirmier	3	1	2	surnombre	2,04	aucune
Gampela	Infirmier	6	4	2	surnombre	1,58	aucune

#### 4.7. COUTS SALARIAUX

Au cours des 12 mois, les salaires du personnel soignant disponible dans les 11 formations sanitaires ont coûté à l'Etat burkinabè 542 000 000 CFA pour un coût réel de 289 240 000 CFA (traitement salarial du personnel requis). Cela représente un surcoût de 252 760 000 CFA soit + 87% du montant réel.

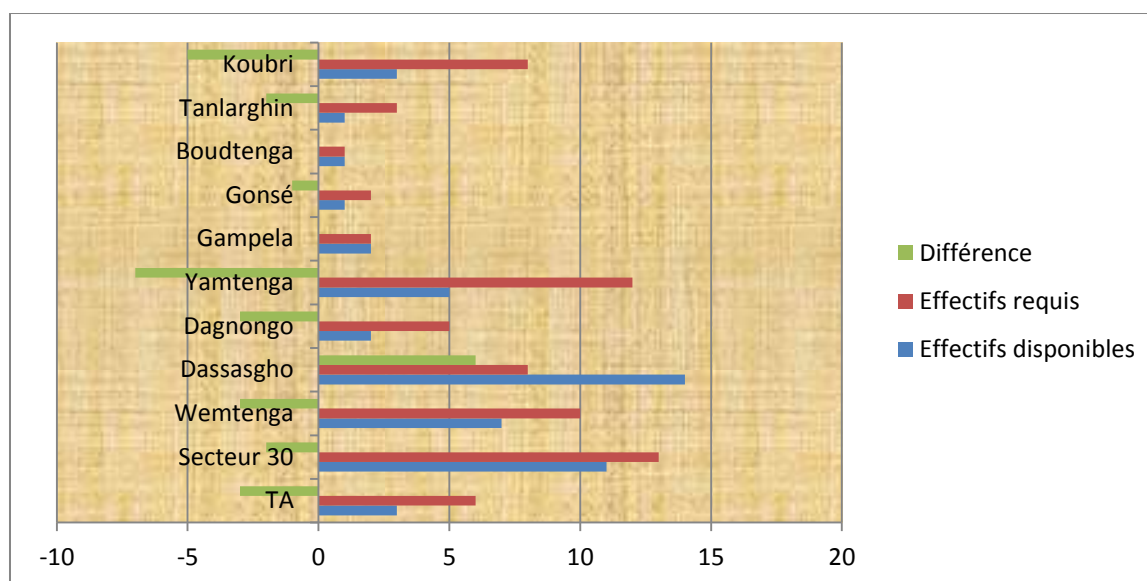
**Tableau XX : coûts salariaux du personnel soignant**

Formations sanitaires	Coût salarial total (annuel)	Coût salarial réel	Différence
T.A	62 000 000	30 720 000	31 280 000
Secteur 30	96 000 000	54 120 000	41 880 000
Wemtenga	84 000 000	40 620 000	43 380 000
Dassasgho	116 000 000	39 360 000	76 640 000
Dagnongo	56 000 000	22 960 000	33 040 000
Yamtenga	66 000 000	47 740 000	18 260 000
Gampela	12 000 000	7 580 000	4 420 000
Gonsé	8 000 000	5 360 000	2 640 000
Boudtenga	6 000 000	2 940 000	3 060 000
Tanlarchin	6 000 000	9 160 000	-3 160 000
Koubri	30 000 000	28 680 000	1 320 000
<b>Total</b>	<b>542 000 000</b>	<b>289 240 000</b>	<b>252 760 000</b>

#### 4.8. ESTIMATION DES BESOINS EN PERSONNEL QUALIFIE

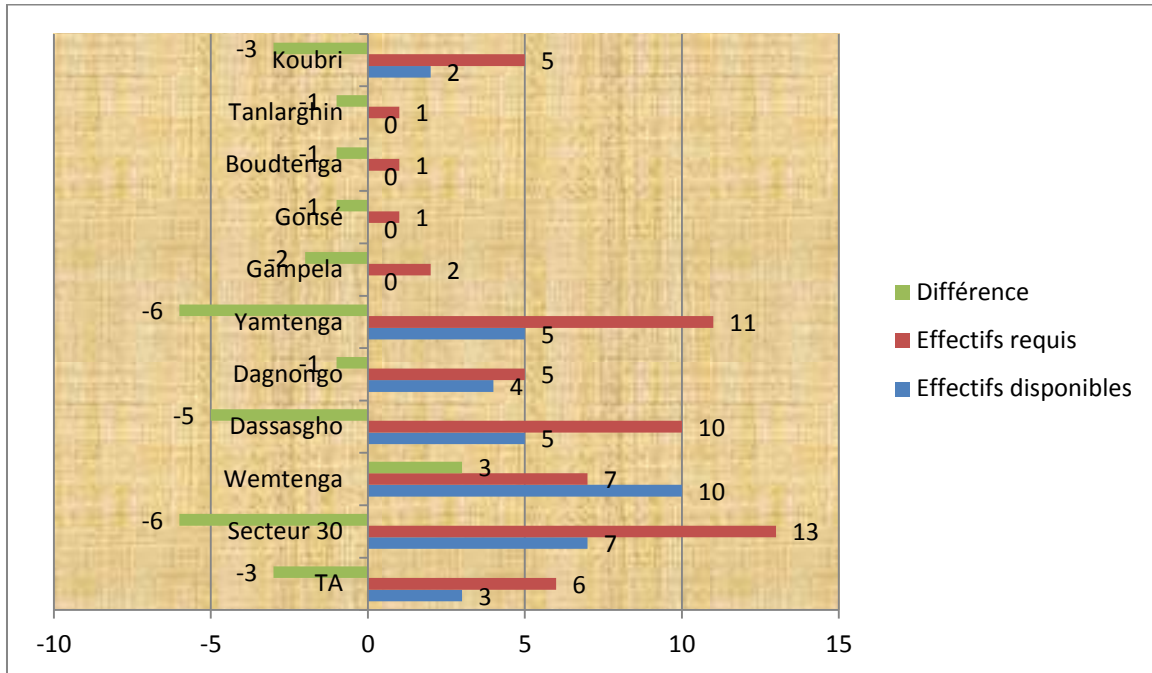
D'une manière générale, les formations sanitaires souffrent d'une pénurie en personnel qualifié en milieu urbain comme en milieu rural. La pénurie est beaucoup plus accentuée au niveau des sages-femmes surtout en zone rurale où 80% des formations sanitaires ne dispose pas de Sage-femme d'Etat. Les figures 9, 10, 11 et 12 nous en donnent l'illustration.

**Figure IX:** Estimation des besoins en personnel infirmier qualifié par formation sanitaire



Personnel infirmier qualifié = IDE  
Personnel sage-femme qualifié = SFE/ME

Figure X: Estimation des besoins en personnel sage-femme qualifiée par formation sanitaire



Personnel infirmier qualifié = IDE

Personnel sage-femme qualifié = SFE/ME

Figure XI: Estimation des besoins en personnel infirmier qualifié selon la zone géographique

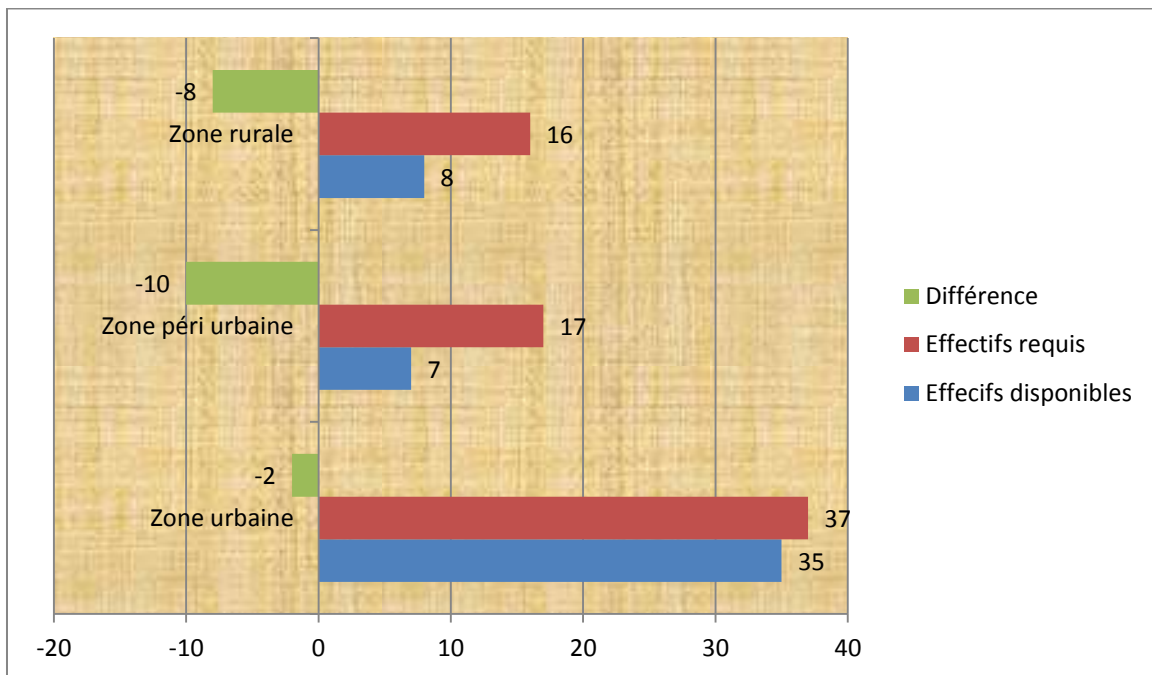
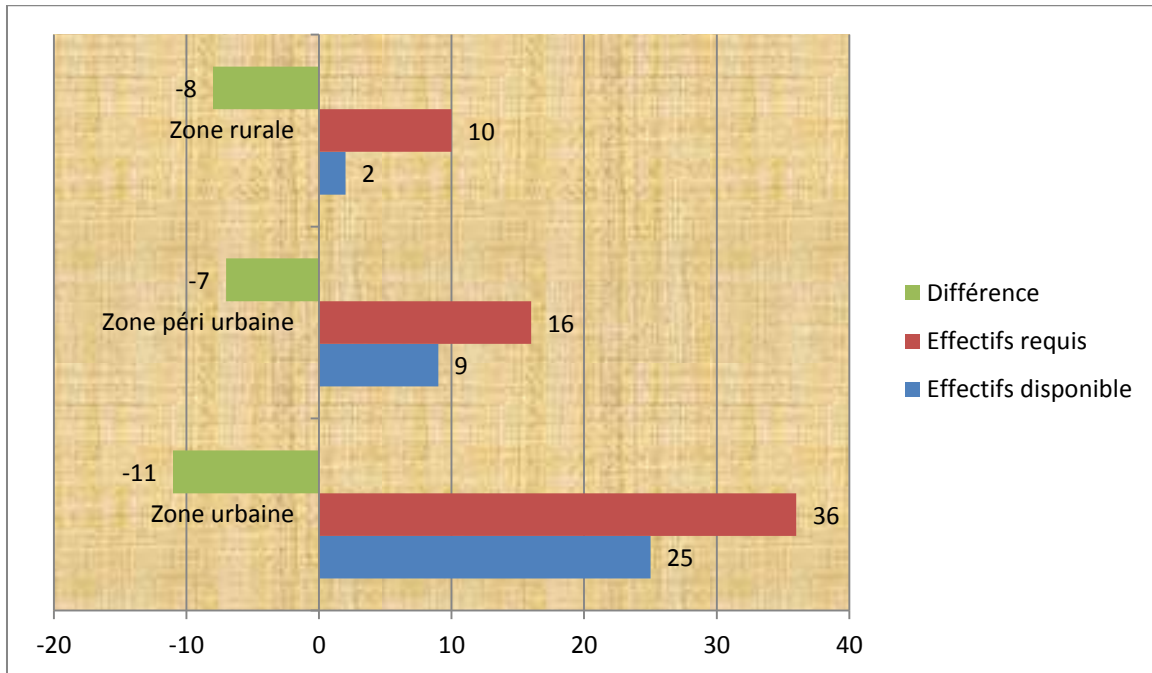


Figure XII: Estimation des besoins en personnel qualifié sage-femme selon la zone géographique



#### 4.9. Synthèse des résultats et vérification des hypothèses

L'étude visait à répondre à deux questions de recherche. D'abord, nous voulions connaître la pression de la charge de travail du personnel soignant du district sanitaire de Bogodogo dans le contexte de la gratuité des soins. Ensuite, nous souhaitions savoir si les agents sur place sont en mesure de faire face à la hausse de demande de soins induite par la mesure de la gratuité des soins.

Guidé par ces questions de recherche, notre approche a permis de montrer que la gratuité des soins a entraîné une forte demande en soins de santé par les populations dans tous les CSPS enquêtés ( allant de + 17% au CSPS de Gonsé à + 136 au CSPS de Koubri). Notre première hypothèse qui stipule que « *Plus les soins sont gratuits plus l'utilisation des services de santé par les populations est élevée* » est confirmée

L'étude a aussi révélé que la hausse de l'utilisation des services de santé a engendré une augmentation de la charge de travail du personnel soignant dans les formations sanitaires. L'analyse de la charge de travail du personnel soignant à partir de la méthode WISN a montré une pression élevée de la charge de travail au niveau de deux formations sanitaires situées en

milieu rural. Par contre aucune pression n'a été relevée au niveau des formations sanitaires urbaines et péri urbaines. Aussi, il ressort de notre analyse un sureffectif du personnel au niveau des formations sanitaires urbaines et péri urbaines. Dans deux formations sanitaires du milieu rural, les effectifs disponibles en personnel sont inférieurs aux effectifs requis, ce qui traduit une pénurie de personnel au niveau de ces établissements. Toute fois un redéploiement du personnel des zones urbaines vers les zones rurales devrait permettre de régler le déséquilibre en personnel entre les deux zones. D'où la confirmation de notre seconde hypothèse qui sous-tend que : « *Plus les Centre de Santé et de Promotion sociale sont situés en milieu rural, plus la dotation en ressources humaines est faible* ».

Si les effectifs en personnel dans les formations sanitaires urbaines et péri urbaines demeurent pléthoriques, en revanche, les résultats issus de la figure n° 9 montrent que les effectifs du personnel qualifié sont en deçà des effectifs requis. Parmi les 11 formations sanitaires enquêtées, aucune formation sanitaire ne disposait d'effectifs requis en personnel qualifié pour faire face à la charge de travail. Notre troisième hypothèse qui sous-tend que « *Plus la charge de travail est élevée, plus les centres de santé et de promotion sociale du district font face à une pénurie de personnel qualifié* » est confirmée



Ce chapitre a décrit les résultats et l'analyse des données recueillies à partir des statistiques rétrospectives des formations sanitaires, l'observation des prestataires dans l'exécution de leurs tâches et les données obtenues du questionnaire auquel ont répondu des experts des 11 formations sanitaires. A l'issue d'une synthèse des résultats, les hypothèses de recherche ont été vérifiées.

## CHAPITRE 5 : DISCUSSION DES RESULTATS

---

Cette étude descriptive avait pour but de comprendre la charge réelle de travail du personnel de santé, et d'analyser l'adéquation entre la dotation en personnel de santé et la charge de travail effective de ce personnel. La discussion des résultats renferme deux parties. En première partie, les forces et les limites de l'étude sont présentées, alors que la deuxième partie est consacrée à la discussion des principaux résultats de l'étude, soit l'organisation des services, l'utilisation des services de santé, le temps consacré aux activités, la disponibilité du personnel et la pression de la charge de travail et enfin la vérification des hypothèses.

### 5.1. LES FORCES ET LES LIMITES DE L'ÉTUDE

Il importe de considérer les forces et les limites de cette étude avant de discuter des résultats obtenus.

#### 5.1.1. Les Forces

- Nous avons procédé dans le cadre de notre échantillonnage à une stratification par zone, puis à un choix aléatoire des formations sanitaires retenues pour l'enquête. Cette technique d'échantillonnage constitue la première force de notre étude car elle permet de faire des comparaisons entre les différentes zones géographiques et les résultats de l'étude pourraient être généralisés à l'échelle du district.

- La deuxième force de notre étude est l'utilisation des temps réels pour évaluer la charge de travail. En effet, l'utilisation de temps théoriques pour évaluer la charge de travail est possible mais souvent, ces temps ne traduisent pas souvent la réalité du terrain.

- L'utilisation de la méthode WISN représente la troisième force de notre étude. Il s'agit d'une approche novatrice recommandée par l'OMS pour évaluer la charge de travail ou estimer les besoins en personnel de santé. En plus, l'utilisation du logiciel WISN permet de limiter les erreurs de calcul souvent observé en cas de calcul manuel.

#### 5.1.2. Limites

- Le mode de calcul du temps de travail disponible constitue la première limite de notre étude. En effet, la non disponibilité des registres administratifs qui répertorient la disponibilité du personnel en ce qui concerne les absences nous a conduit à attribuer une moyenne de 10 jours d'absence à chaque agent afin de pouvoir calculer le temps de travail disponible. Ce chiffre peut n'est pas refléter la réalité sur le terrain.

- La prise en compte de 8 heures de travail par jour et de 5 jours de travail par semaine pour le personnel de santé constitue la deuxième limite de cette étude. Bien que la Fonction publique prévoie ce temps à l'ensemble de ses agents, les agents de santé prennent des gardes et des permanences et leur temps de travail ne pourrait se limiter à 8 heures de travail par jour et à 5 jours de travail par semaine. Néanmoins nous pensons que les agents de santé bénéficient de repos compensatoires lorsqu'ils assurent une garde ou une permanence bien que ce n'est souvent pas le cas lorsque les effectifs sont réduits au strict minimum, comme c'est le cas en milieu rural le plus souvent.

- Du fait que nous n'avons pas pu calculer la charge de travail par catégorie professionnelle et que nous avons regroupé les IDE, les IB, les AIS dans la catégorie des infirmiers et les SFE/ME, les AB, les AA dans la catégorie des sages-femmes constituent la troisième limite de notre étude. Ce regroupement ne permet pas de percevoir la charge de travail exacte de chaque catégorie et ne permet pas une réponse ciblée en cas de dotation en personnel.

- La quatrième limite de notre étude est liée à la méthode que nous avons utilisée pour évaluer la charge de travail du personnel. Les résultats de WISN reposent sur l'utilisation des statistiques annuelles des services pour évaluer la charge de travail. La fiabilité de la méthode WISN est donc déterminée par l'exactitude de ces statistiques. Si un établissement de santé fournit des statistiques erronées, les résultats de WISN ne seront pas corrects

## **5.2. DISCUSSION DES RESULTATS**

### **5.2.1. L'organisation des services de santé**

Le mode de calcul des effectifs requis et de la pression de la charge de travail a été effectué sans tenir compte de chaque catégorie professionnelle. Les agents ont été regroupés en catégorie de personnel infirmier ou sage-femme selon le type d'organisation de la structure. En effet nos observations sur le terrain avaient montré que dans les CSPS urbains et péri urbain les activités étaient scindées entre le dispensaire et la maternité. Les IDE, les IB et les AIS s'occupaient des activités du dispensaire et les SFE/ME, les AB et les AA, des activités de la maternité. En milieu rural, les agents avaient adopté un autre type d'organisation. Les activités se menaient de façon rotative entre la maternité et le dispensaire excepté au CSPS de Koubri où on avait noté le même type d'organisation que celui des structures urbaines et péri urbaines. De manière générale, dans chaque type d'organisation, les activités de services étaient menées sans tenir compte des spécificités de chaque catégorie

professionnelle. Une étude menée dans trois districts du Burkina Faso, avait montré que les agents de santé ne segmentaient pas leurs pratiques et se partageaient l'ensemble des actes, quelle que soit leur profession (Antarou, Ridde, Kouanda, & Queuille, 2013). Bien que cette pratique soit décriée par les autorités sanitaires, les agents évoquent les effectifs réduits des personnels qualifiés tels que les Infirmiers Diplômés d'Etat et les Sages-Femmes d'Etat, qui normalement devraient assurer les consultations curatives et les accouchements. Cette pratique est bien antérieure à la mesure de la gratuité des soins et pourrait entamer la qualité des soins.

### **5.2.2. Utilisation des services**

L'introduction de la gratuité des soins a engendré une augmentation sensible des consultations curatives dans les formations sanitaires enquêtées (jusqu'à 106% au CSPS de Tanlarghin). La plus part des écrits révèlent que les effets des politiques d'exemption au plan de l'utilisation des services sont positifs (Lagarde & Palmer, 2011). Par exemple au Ghana, une étude montre qu'elle a permis une augmentation significative des accouchements dans les structures sanitaires et des accouchements assistés par du personnel qualifié dans des régions où habituellement les femmes accouchaient à la maison (Penfold et al., 2007).

Dans le cadre de notre étude, bien que nous n'ayons pas pu vérifier le statut des utilisateurs, cette augmentation serait l'œuvre des ménages pauvres qui n'avaient pas la possibilité de recourir aux services de santé à cause des coûts des médicaments et des prestations. En effet diverses études ont mis en évidence le caractère massif de la pauvreté qui touche la majorité de la population burkinabè. En effet, 71,7% des femmes de 15-49 ans déclarent un problème d'argent pour accéder aux soins. Aussi du fait de la pauvreté, 54,7% du premier quintile ne consultent pas de services de santé ou de personnel de santé en cas de problème de santé (INSD, 2015). Les résultats d'une étude longitudinale en Ouganda ont montré que le taux d'utilisation des services a augmenté de 26 % en 2001, un an après la mise en place de la politique à 55% en 2002 avec un bénéfice net en faveur des pauvres (Nabyonga, 2005).

Selon les agents que nous avons interrogés, d'autres facteurs pourraient contribuer à l'augmentation brutale de l'utilisation des services de santé. Certaines populations avaient des craintes quant à la pérennité de la mesure et faisait le tour des formations sanitaires pour



se constituer des stocks de médicaments pour parer à un éventuel arrêt de la gratuité. Des cas de constitution de stocks de médicaments destinés à la vente ont été aussi signalés par les agents de santé, toute chose qui contribue à l'augmentation de l'utilisation des services de santé.

### **5.2.3. Le temps consacré aux activités.**

Au cours de nos observations, nous avons constaté que certaines activités étaient exécutées de façon hâtive. Nous avons noté que pendant les consultations curatives infirmières, certaines étapes étaient escamotées notamment les règles d'asepsie (port de gant, lavage des mains) et la communication. Au niveau de la consultation du nourrisson sain, les activités se mènent d'une manière expéditive, omettant certains aspects importants comme la communication personnalisée avec les mères. En effet, le non-respect des règles d'asepsie pourrait favoriser la survenue d'infections nosocomiales et l'insuffisance de la communication, quant à elle pourrait entraîner une mauvaise observance des traitements et le non-respect du calendrier vaccinal par les mères.

### **5.2.4. La disponibilité du personnel**

Les CSPP situés en zone urbaine et péri urbaine remplissent les normes nationales en personnel à savoir un Infirmier Diplômé d'Etat, un Infirmier Breveté, un Agent Itinérant de Santé et une Accoucheuse Auxiliaire. Parmi les CSPP situés en milieu rural, trois ne remplissent pas les normes nationales en personnel. Aussi, l'analyse des effectifs du personnel à partir de la méthode WISN révèle que les effectifs disponibles dans les formations sanitaires urbaines et péri urbaines dépassent largement les effectifs requis. Par contre, en milieu rural deux formations sanitaires présentent une pénurie de personnel.

Le ministère de la santé confirme les déséquilibres de répartition des ressources humaines entre le milieu urbain et le milieu rural : 50% des personnels infirmiers et sages-femmes exercent en zones rurales alors que 80% de la population y résident, 70% des médecins spécialistes exercent à Ouagadougou, 45% des médecins généralistes se situent dans les régions du Centre et des Hauts Bassins, 25% des SFE/ME sont au niveau de la seule ville de Ouagadougou (Ministère de la santé, 2016).

Selon les agents de santé, l'engouement pour le milieu urbain est lié à diverses raisons. En effet, les villes abritent les meilleures infrastructures du pays comme les

meilleures écoles et les meilleurs hôpitaux. En outre la ville offre des opportunités comme par exemple, la possibilité de travailler dans une clinique privée pour se faire un peu d'argent. Quant aux zones rurales, les indemnités spécifiques qu'offre l'Etat ne sont pas assez conséquentes pour pouvoir maintenir le personnel travaillant sur place aux dires des agents. Pour le gouvernement, la seule alternative consiste en un redéploiement du personnel des zones urbaines vers les zones rurales. Mais l'application de la mesure reste délicate à cause des pressions exercées par les syndicats.

Si les effectifs en personnel dans les formations sanitaires urbaines et péri urbaines demeurent pléthoriques, en revanche, les effectifs du personnel qualifié sont en deçà des effectifs requis. Cette situation pourrait expliquer que des agents moins qualifiés mènent des activités d'un niveau supérieur, toute chose qui pourrait dégrader la qualité des soins.

#### **5.2.5. La pression de la charge de travail du personnel**

L'analyse de la charge de travail du personnel soignant a montré une pression élevée au niveau de deux formations sanitaires situées en milieu rural. Par contre dans les formations sanitaires situées en milieu urbain et péri urbain, aucune pression de la charge de travail n'a été notée.

La pression élevée de la charge de travail que nous avons relevé au niveau des deux centres de santé pourrait être liée à une mauvaise répartition des ressources humaines au niveau du district au moment du démarrage de la gratuité des soins.

Les plaintes observées chez les agents travaillant en milieu urbain et péri urbain par rapport à la charge de travail semblent surtout liées à un problème d'organisation qu'à un problème d'effectifs. Une étude réalisée en 2012 dans trois districts du Burkina Faso avait révélé des insuffisances dans l'organisation du personnel (Kouanda et al., 2012). Les plaintes semblent également liées à des aspects pécuniaires. Pour certains, les ristournes versées par le ministère sont diluées à l'ensemble du personnel alors qu'ils travaillent plus.

L'absentéisme pourrait aussi jouer un rôle important sur la charge de travail. Bien que nous n'avons pas pu investiguer sur cet aspect, il demeure un problème réel dans les établissements publics. Au Burkina Faso, ce constat, mesuré en 2001 dans plusieurs districts sanitaires, faisait état d'un taux d'absentéisme moyen de 37 % du personnel médical

(Bodart, Servais, Mohamed, & Schmidt-Ehry, 2001). En Tanzanie, le taux d'absentéisme des infirmiers allait jusqu'à 49 % du personnel soignant présent (Manzi et al., 2012).

Un autre facteur à prendre en compte sur la charge de travail est l'état de santé du personnel soignant. Selon le plan d'action 2016 du district sanitaire de Bogodogo, un nombre non négligeable de personnel de santé présente des problèmes spécifiques (maladies, handicap, âge avancé). Ce phénomène que nous avons mesuré sur le terrain concernait 4% du personnel des formations sanitaires enquêtées.



Ce chapitre a présenté dans un premier temps les forces et les limites de cette étude, et, dans un second temps la discussion des résultats. Il s'est révélé que la technique d'échantillonnage et la méthode utilisée ont constitué une force pour notre étude. Par contre, la définition des catégories professionnelles et le mode de calcul du temps de travail disponible ont été des limites pour l'étude. L'analyse des résultats a montré une hausse brutale de l'utilisation des services de santé. Cette hausse a été engendrée par la gratuité des soins et serait l'œuvre de ménages pauvres qui n'avaient accès aux soins modernes. Aussi, les formations sanitaires urbaines accusent une pléthore de personnel au détriment des zones rurales. Cette situation serait liée à l'engouement des agents pour les villes et à une mauvaise politique de distribution des ressources humaines.

## CONCLUSION

Le but de ce travail était de mesurer la pression de la charge de travail du personnel de santé et d'analyser l'adéquation entre les effectifs disponibles dans les formations sanitaires par rapport aux effectifs requis. Les questions qui ont suscité notre attention pour cette recherche ont été les suivantes: *quelle est la pression de la charge de travail du personnel soignant des Centres de Santé et de Promotion Sociale du district sanitaire de Bogodogo dans le contexte de la gratuité des soins? Au vu de leurs effectifs dans les formations sanitaires, les agents de santé sont-ils en mesure de faire face à la hausse de demande de soins induite par la mesure de la gratuité des soins?*

Trois hypothèses nous ont guidées dans notre quête de réponses aux questions posées. Ce sont : *la charge de travail est plus élevée dans les formations sanitaires rurales que dans les centres de santé urbains au niveau du district sanitaire de Bogodogo ; le personnel disponible dans les formations sanitaires n'est pas en mesure de faire face à la charge de travail engendrée par la gratuité des soins ; les formations sanitaires du district sanitaire de Bogodogo font face à une pénurie de personnel qualifié.*

Ainsi, pour mieux aborder ce travail, nous avons examiné à partir de la littérature, les concepts et les différentes approches d'appréciation de la charge de travail. Cela nous a permis d'élaborer un schéma conceptuel et un cadre d'analyse regroupant les différents facteurs susceptibles d'influencer la charge de travail du personnel soignant. Ensuite, quelques éléments contextuels relatifs à la charge de travail du personnel et la gratuité des soins ont ensuite été passés en revue.

Dans le souci d'aboutir à des résultats probants, notre méthodologie a consisté à stratifier la démarche de plan de sondage à deux niveaux et à nous servir de trois instruments de collecte de données que sont la grille de revue documentaire, la grille d'observation et enfin la grille d'entrevue. Cette démarche nous a permis de récolter des données au niveau de 11 formations sanitaires situées en milieu urbain, péri urbain et rural, impliquées dans la gratuité des soins. Pour l'analyse des données, nous avons eu recours à la méthode WISN pour déterminer les effectifs requis en personnels et la pression de la charge de travail.

Les résultats de cette étude, menée dans 11 formations sanitaires périphériques du district sanitaire de Bogodogo ont montré que la mesure de gratuité adoptée en 2016 par le

gouvernement du Burkina Faso avait favorisé une augmentation de l'utilisation des services de santé. L'analyse des effectifs du personnel et de la charge de travail a révélé que les formations sanitaires situées en milieu urbain et péri urbain étaient les mieux dotées en personnel de santé et étaient plus à même de faire face à la charge de travail, contrairement à certaines formations sanitaires du milieu rural qui étaient plutôt confrontées à une pénurie de personnel. Aussi, les formations sanitaires en milieu urbain comme en milieu rural étaient confrontées à une insuffisance en personnel qualifié. Par ailleurs, l'étude a révélé qu'un redéploiement du personnel des formations sanitaires urbaines et péri urbaines vers celles du milieu rural permettrait de résoudre le problème de pénurie en personnel. Au terme de notre étude, toutes nos hypothèses ont été confirmées.

En dépit des résultats obtenus par cette étude, nous gardons à l'esprit que cette recherche n'est pas exempte de toutes reproches. L'une de ses limites réside au fait que le champ d'étude ne prend pas en compte les trois niveaux du système de santé à savoir le niveau primaire, le niveau secondaire et le niveau tertiaire. Il serait par conséquent intéressant de compléter dans une recherche ultérieure les résultats issus des Centres Médicaux avec Antenne chirurgicale, les Centres Hospitaliers Régionaux et les Centres Hospitaliers Universitaires.

De même, le regroupement du personnel en deux catégories professionnelles (infirmière ou sage-femme) lié au mode d'organisation des formations sanitaires n'a pas permis d'estimer les effectifs et la charge de travail selon la spécificité de chaque type de personnel. Il importe que chaque type de professionnel mène les activités relevant de ses compétences.

Au terme de cette recherche et face aux résultats obtenus, il nous paraît pertinent d'émettre quelques recommandations à l'endroit des trois acteurs principaux de l'étude que sont, en premier, le Ministère de la santé, la Direction Régionale de la Santé du Centre et le District Sanitaire de Bogodogo pour une meilleure gestion des ressources humaines.

- Former les gestionnaires du district sanitaire de Bogodogo à la méthode WISN afin de leur permettre de gérer convenablement les ressources humaines mise à leur disposition.
- Redéployer le surplus de personnel des zones excédentaires vers les zones déficitaires afin de rééquilibrer la charge de travail des agents de santé.

- Augmenter les effectifs des personnels qualifiés dans les formations sanitaires pour assurer la qualité des prestations.
- Exiger que chaque type de personnel mène les activités relevant de ses compétences afin d'offrir aux populations des soins de qualité.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Ansong-Tornui, J., Armar-Klemesu, M., Arhinful, D., Penfold, S., & Hussein, J. (2007). Hospital based maternity care in Ghana-findings of a confidential enquiry into maternal deaths. *Ghana medical journal*, 41(3). Consulté à l'adresse <http://www.ajol.info/index.php/gmj/article/view/55280>
- Antarou, L., Ridde, V., Kouanda, S., & Queuille, L. (2013a). La charge de travail des agents de santé dans un contexte de gratuité des soins au Burkina Faso et au Niger. *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 106(4), 264-271. <https://doi.org/10.1007/s13149-013-0307-8>
- Antarou, L., Ridde, V., Kouanda, S., & Queuille, L. (2013b). La charge de travail des agents de santé dans un contexte de gratuité des soins au Burkina Faso et au Niger. *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 106(4), 264-271. <https://doi.org/10.1007/s13149-013-0307-8>
- Asante, F. A., Chikwama, C., Daniels, A., & Armar-Klemesu, M. (2007). Evaluating the economic outcomes of the policy of fee exemption for maternal delivery care in Ghana. *Ghana medical journal*, 41(3). Consulté à l'adresse <http://www.ajol.info/index.php/gmj/article/view/55277>
- Assemblée Nationale. (2012, mars). Rapport sur les subventions publiques dans le secteur de la santé.
- Atchessi, N., Ridde, V., & Haddad, S. (2013). Combining user fees exemption with training and supervision helps to maintain the quality of drug prescriptions in Burkina Faso. *Health Policy and Planning*, 28(6), 606-615. <https://doi.org/10.1093/heapol/czs100>
- Banque Mondiale. (2015, octobre). Ending Extreme Poverty and Sharing Prosperity: Progress and Policies.

- Bodart, C., Servais, G., Mohamed, Y. L., & Schmidt-Ehry, B. (2001). The influence of health sector reform and external assistance in Burkina Faso. *Health Policy and Planning*, 16(1), 74–86.
- Brangier, É., Lancry, A., & Louche, C. (2011a). *Les dimensions humaines du travail théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations*. S. l.: s. n. Consulté à l'adresse [http://classiques.uqac.ca/contemporains/louche\\_claude/dimensions\\_humaines\\_travail/dimensions\\_humaines\\_travail.html](http://classiques.uqac.ca/contemporains/louche_claude/dimensions_humaines_travail/dimensions_humaines_travail.html)
- Brangier, É., Lancry, A., & Louche, C. (2011b). *Les dimensions humaines du travail théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations*. S.l.: s.n. Consulté à l'adresse [http://classiques.uqac.ca/contemporains/louche\\_claude/dimensions\\_humaines\\_travail/dimensions\\_humaines\\_travail.html](http://classiques.uqac.ca/contemporains/louche_claude/dimensions_humaines_travail/dimensions_humaines_travail.html)
- Chuma, J., Musimbi, J., Okungu, V., Goodman, C., & Molyneux, C. (2009). Reducing user fees for primary health care in Kenya: Policy on paper or policy in practice? *International Journal for Equity in Health*, 8(1), 15. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-8-15>
- Clot, Y. (2001). Clinique du travail et problème de la conscience. *Travailler*, 6(2), 31. <https://doi.org/10.3917/trav.006.0031>
- Crisp, N., Gawanas, B., & Sharp, I. (2008). Training the health workforce: scaling up, saving lives. *The Lancet*, 371(9613), 689-691. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60309-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60309-8)
- De Allegri, M., Ridde, V., Louis, V. R., Sarker, M., Tiendrebéogo, J., Yé, M., ... Jahn, A. (2012). The impact of targeted subsidies for facility-based delivery on access to care



- and equity – Evidence from a population-based study in rural Burkina Faso. *Journal of Public Health Policy*, 33(4), 439-453. <https://doi.org/10.1057/jphp.2012.27>
- Deininger, K. (2005). Economic and Welfare Impact of the Abolition of Health User Fees: Evidence from Uganda. *Journal of African Economies*, 14(1), 55-91. <https://doi.org/10.1093/jae/ejh034>
- Deschamps, J.-P. (2000). Les enjeux de santé publique dans les pays en voie de développement. Consulté à l'adresse <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/1556>
- DiDomenico, A., & Nussbaum, M. A. (2008). Interactive effects of physical and mental workload on subjective workload assessment. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 38(11-12), 977-983. <https://doi.org/10.1016/j.ergon.2008.01.012>
- District sanitaire de Bogodogo. (2016). Plan d'action du district sanitaire de Bogodogo.
- Dzakpasu, S., Soremekun, S., Manu, A., ten Asbroek, G., Tawiah, C., Hurt, L., ... Kirkwood, B. R. (2012). Impact of Free Delivery Care on Health Facility Delivery and Insurance Coverage in Ghana's Brong Ahafo Region. *PLoS ONE*, 7(11), e49430. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0049430>
- EICVM. (2009, 2010). Analyse de quelques résultats des données de la phase principale de l'enquête intégrale sur les conditions de vie des ménages.
- Espitalié, J., Laporte, J. L., Madec, M., Marquis, F., Leplat, P., Paulet, J., & Boutefeu, A. (1977). Méthode rapide de caractérisation des roches mères, de leur potentiel pétrolier et de leur degré d'évolution. *Revue de l'Institut Français du Pétrole*, 32(1), 23-42. <https://doi.org/10.2516/ogst:1977002>
- Fafchamps, M., & Minten, B. (2007). Public service provision, user fees and political turmoil. *Journal of African Economies*, 16(3), 485–518.
- Falzon, P. (Éd.). (2004). *Ergonomie*. Paris: Presses universitaires de France.

- Fernande Lamonde. (1992). La détermination progressive de l'activité des ingénieurs de locomotive : contribution à l'analyse de la fiabilité d'un système ferroviaire.
- Fleming, D. M., & others. (1982). Workload review. *JR Coll Gen Pract*, 32(238), 292–297.
- Gilson, L., Kalyalya, D., Kuchler, F., Lake, S., Oranga, H., & Ouendo, M. (2000). The equity impacts of community financing activities in three African countries. *The International Journal of Health Planning and Management*, 15(4), 291-317.  
<https://doi.org/10.1002/hpm.599>
- Goodman, D. C. (1996). Benchmarking the US Physician Workforce: An Alternative to Needs-Based or Demand-Based Planning. *JAMA*, 276(22), 1811.  
<https://doi.org/10.1001/jama.1996.03540220035027>
- Goudge, J., Gilson, L., Russell, S., Gumede, T., & Mills, A. (2009). The household costs of health care in rural South Africa with free public primary care and hospital exemptions for the poor. *Tropical Medicine & International Health*, 14(4), 458-467.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2009.02256.x>
- Goudge, J., Russell, S., Gilson, L., Gumede, T., Tollman, S., & Mills, A. (2009). Illness-related impoverishment in rural South Africa: Why does social protection work for some households but not others? *Journal of International Development*, 21(2), 231-251. <https://doi.org/10.1002/jid.1550>
- Guérin, F., Abril, G., Richard, S., Burban, B., Reynouard, C., Seyler, P., & Delmas, R. (2006). Methane and carbon dioxide emissions from tropical reservoirs: Significance of downstream rivers. *Geophysical Research Letters*, 33(21).  
<https://doi.org/10.1029/2006GL027929>
- Hart, S. G., & Staveland, L. E. (1988). Development of NASA-TLX (Task Load Index): Results of Empirical and Theoretical Research. In *Advances in Psychology* (Vol. 52, p. 139-183). Elsevier. [https://doi.org/10.1016/S0166-4115\(08\)62386-9](https://doi.org/10.1016/S0166-4115(08)62386-9)

- INSD. (2015). Profil de pauvreté et d'inégalités en 2014 au Burkina Faso.
- INSD, B. (2012a). Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples. Consulté à l'adresse  
[http://www.burkinadoc.milecole.org/Pieces\\_Jointes/PDFs/Conna%C3%A0tre\\_le\\_Burkina/Rep%C3%A8res\\_Statistiques/Stat\\_burkinabf\\_eds\\_2010.pdf](http://www.burkinadoc.milecole.org/Pieces_Jointes/PDFs/Conna%C3%A0tre_le_Burkina/Rep%C3%A8res_Statistiques/Stat_burkinabf_eds_2010.pdf)
- INSD, B. (2012b). Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples. Consulté à l'adresse  
[http://www.burkinadoc.milecole.org/Pieces\\_Jointes/PDFs/Conna%C3%A0tre\\_le\\_Burkina/Rep%C3%A8res\\_Statistiques/Stat\\_burkinabf\\_eds\\_2010.pdf](http://www.burkinadoc.milecole.org/Pieces_Jointes/PDFs/Conna%C3%A0tre_le_Burkina/Rep%C3%A8res_Statistiques/Stat_burkinabf_eds_2010.pdf)
- Kajula, P. W., Kintu, F., Barugahare, J., & Neema, S. (2004). Political analysis of rapid change in Uganda's health financing policy and consequences on service delivery for malaria control. *The International Journal of Health Planning and Management*, 19(S1), S133-S153. <https://doi.org/10.1002/hpm.772>
- Kouanda, S., Ly, A., Bonnet, E., & Ridde, V. (2012). La charge de travail du personnel de santé face à la gratuité des soins au Burkina Faso. *Afrique contemporaine*, 243(3), 104. <https://doi.org/10.3917/afco.243.0104>
- Kruk, M. E., Mbaruku, G., Rockers, P. C., & Galea, S. (2008). User fee exemptions are not enough: out-of-pocket payments for 'free' delivery services in rural Tanzania. *Tropical Medicine & International Health*, 13(12), 1442-1451. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2008.02173.x>
- Lagarde, M., & Palmer, N. (2011). The impact of user fees on access to health services in low- and middle-income countries. In The Cochrane Collaboration (Éd.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009094>

- Lamonde, F., & Montreuil, S. (1995). Le travail humain, l'ergonomie et les relations industrielles. *Relations industrielles*, 50(4), 695. <https://doi.org/10.7202/051051ar>
- Manzi, F., Schellenberg, J. A., Hutton, G., Wyss, K., Mbuya, C., Shirima, K., ... Schellenberg, D. (2012). Human resources for health care delivery in Tanzania: a multifaceted problem. *Human Resources for Health*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-10-3>
- McPake, B., Schmidt, A., Araujo, E., & Kirunga-Tashobya, C. (2008). *Rendre les soins de santé gratuits Un guide pour supprimer les frais d'utilisation des services de santé*. Save The Children.
- Meessen, B., Hercot, D., Noirhomme, M., Ridde, V., Tibouti, A., Tashobya, C. K., & Gilson, L. (2011). Removing user fees in the health sector: a review of policy processes in six sub-Saharan African countries. *Health Policy and Planning*, 26(Suppl. 2), ii16-ii29. <https://doi.org/10.1093/heapol/czr062>
- Ministère de la Santé. (2012). *Situation du financement de la santé au Burkina Faso*.
- Ministère de la Santé. (2013). *PLAN DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE 2013-2020.docx*.
- Ministère de la santé. (2016). *Coûts des besoins en RH 2016 final.pdf*.
- Ministère de la Santé. (2017). *Annuaire Statistique 2016*.
- Ministère de la Santé du Burkina Faso. (2011, juin). *Plan National de Developpement Sanitaire 2011-2020*.
- Ministère de la Santé du Burkina Faso. (2015). *Annuaire statistique 2015*.
- Ministère de la Santé du Burkina Faso. (2016a). *La gratuité des soins au profit de la femme et de l'enfant de 0-5 ans: Stratégie-Bilan-Défis*.

- Ministère de la Santé du Burkina Faso. (2016b, juin). Rapport final de l'étude sur la fidélisation et motivation des ressources humaines en santé à fournir des soins maternels et infantiles de qualité en milieu rural.
- Miyake, S. (2001). Multivariate workload evaluation combining physiological and subjective measures. *International Journal of Psychophysiology*, 40(3), 233-238.  
[https://doi.org/10.1016/S0167-8760\(00\)00191-4](https://doi.org/10.1016/S0167-8760(00)00191-4)
- Muldoon, L., Dahrouge, S., Russell, G., Hogg, W., & Ward, N. (2012). How Many Patients Should a Family Physician Have? Factors to Consider in Answering a Deceptively Simple Question. *Healthcare Policy / Politiques de Santé*, 7(4), 26-34.  
<https://doi.org/10.12927/hcpol.2013.22885>
- Murray, P. P. S. (2007). Panel size: how many patients can one doctor manage? *Fam Pract Manag*, 14(4), 44–51.
- Mwabu, G., & Wang'ombe, J. (1997). Health service pricing reforms in Kenya. *International Journal of Social Economics*, 24(1/2/3), 282-293.  
<https://doi.org/10.1108/03068299710161278>
- Nabyonga, J. (2005). Abolition of cost-sharing is pro-poor: evidence from Uganda. *Health Policy and Planning*, 20(2), 100-108. <https://doi.org/10.1093/heapol/czi012>
- Nabyonga-Orem, J., Karamagi, H., Atuyambe, L., Bagenda, F., Okuonzi, S. A., & Walker, O. (2008). Maintaining quality of health services after abolition of user fees: A Uganda case study. *BMC Health Services Research*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-102>
- Nimpagaritse, M., & Bertone, M. P. (2011). The sudden removal of user fees: the perspective of a frontline manager in Burundi. *Health Policy and Planning*, 26(Suppl. 2), ii63-ii71. <https://doi.org/10.1093/heapol/czr061>

- OMS. (2010). Le financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle.
- OMS. (2014). Indicateurs des besoins en personnel par rapport à la charge de travail : Manuel de l'utilisateur: WISN.
- Organisation mondiale de la santé. (2000). *Pour un système de santé plus performant*. Genève: OMS.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2014). Indicateurs des besoins en personnel par rapport à la charge de travail. Consulté à l'adresse [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205234/1/9789242500196\\_users\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205234/1/9789242500196_users_fre.pdf)
- Penfold, S., Harrison, E., Bell, J., Fitzmaurice, A. N. N., & others. (2007). Evaluation of the delivery fee exemption policy in Ghana: population estimates of changes in delivery service utilization in two regions. *Ghana Med J*, 41(3), 100–109.
- Perkins, M., Brazier, E., Themmen, E., Bassane, B., Diallo, D., Mutunga, A., ... Ngobola, O. (2009). Out-of-pocket costs for facility-based maternity care in three African countries. *Health Policy and Planning*, 24(4), 289-300. <https://doi.org/10.1093/heapol/czp013>
- Philibert, A., Ridde, V., Bado, A., & Fournier, P. (2014). No effect of user fee exemption on perceived quality of delivery care in Burkina Faso: a case-control study. *BMC health services research*, 14(1), 120.
- 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 and Planning*, 26(1), 1-11. <https://doi.org/10.1093/heapol/czq021>
- Ridde, Valéry, & Diarra, A. (2009). A process evaluation of user fees abolition for pregnant women and children under five years in two districts in Niger (West Africa). *BMC Health Services Research*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-89>

- Ridde, Valéry, Olivier de Sardan, J. P., & Ridde, V. (2014). De la généralisation à la suppression du paiement direct: une histoire de politiques publiques et de projets pilotes. *Une politique publique de santé et ses contradictions. La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*. Consulté à l'adresse <http://www.equitesante.org/wp-content/uploads/2014/11/chap2.pdf>
- Ridde, Valéry, & Olivier de Sardan, J.-P. (2012). Étudier les politiques publiques et les politiques de santé en Afrique de l'Ouest. *Afrique contemporaine*, 243(3), 98. <https://doi.org/10.3917/afco.243.0098>
- Ridde, Valéry, Robert, E., & Meessen, B. (2010a). Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé. *World health report*, 43.
- Ridde, Valéry, Robert, E., & Meessen, B. (2010b). Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé. *World health report*, 43.
- Roberfroid, D., Leonard, C., & Stordeur, S. (2009). Physician supply forecast: better than peering in a crystal ball? *Human Resources for Health*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-7-10>
- Robert, É., & Samb, O. M. (2012). Pour une cartographie des soins de santé gratuits en Afrique de l'Ouest. *Afrique contemporaine*, 243(3), 100. <https://doi.org/10.3917/afco.243.0100>
- Rubio, S., Diaz, E., Martin, J., & Puente, J. M. (2004). Evaluation of Subjective Mental Workload: A Comparison of SWAT, NASA-TLX, and Workload Profile Methods. *Applied Psychology*, 53(1), 61-86. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2004.00161.x>
- Thomas, K., Birch, S., Milner, P., Nicholl, J., Westlake, L., & Williams, B. (1989). Estimates of general practitioner workload: a review. *JR Coll Gen Pract*, 39(329), 509–513.

- Tour?, L. (2012). La baisse de qualité, prix ? payer pour un meilleur accès aux soins??: Perceptions sur les politiques d'exemption de paiement des soins au Mali. *Afrique contemporaine*, 243(3), 49. <https://doi.org/10.3917/afco.243.0049>
- Trotter, M. J., Larsen, E. T., Tait, N., & Wright, J. R. (2009). Time Study of Clinical and Nonclinical Workload in Pathology and Laboratory Medicine. *American Journal of Clinical Pathology*, 131(6), 759-767. <https://doi.org/10.1309/AJCP8SKO6BUJQXHD>
- Trotter, Martin J., Larsen, E. T., Tait, N., & Wright, J. R. (2009). Time Study of Clinical and Nonclinical Workload in Pathology and Laboratory Medicine. *American Journal of Clinical Pathology*, 131(6), 759-767. <https://doi.org/10.1309/AJCP8SKO6BUJQXHD>
- Walker, L., & Gilson, L. (2004). 'We are bitter but we are satisfied': nurses as street-level bureaucrats in South Africa. *Social Science & Medicine*, 59(6), 1251-1261. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.12.020>
- Weltgesundheitsorganisation (Éd.). (2006). *La santé des populations: Rapport sur la santé dans la région africaine*. Genève: Organisation mondiale de la santé, Bureau Régional de l'Afrique.
- Who. (2015). *La santé des populations. les mesures efficaces: rapport sur la santé dans la région africaine 2014*. Place of publication not identified: World Health Organization.
- Wilkinson, D., Sach, M. E., & Karim, S. S. A. (1997). Examination of attendance patterns before and after introduction of south africa's policy of free health care for children aged under 6 years and pregnant women. *BMJ*, 314(7085), 940-940. <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7085.940>
- Wilkinson, David, Gouws, E., Sach, M., & Karim, S. S. A. (2001). Effect of removing user fees on attendance for curative and preventive primary health care services in rural South Africa. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(7), 665-671.



- Witter, S., & Adjei, S. (2007). Start-stop funding, its causes and consequences: a case study of the delivery exemptions policy in Ghana. *The International Journal of Health Planning and Management*, 22(2), 133-143. <https://doi.org/10.1002/hpm.867>
- Witter, S., Arhinful, D. K., Kusi, A., & Zakariah-Akoto, S. (2007a). The Experience of Ghana in Implementing a User Fee Exemption Policy to Provide Free Delivery Care. *Reproductive Health Matters*, 15(30), 61-71. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(07\)30325-X](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(07)30325-X)
- Witter, S., Arhinful, D. K., Kusi, A., & Zakariah-Akoto, S. (2007b). The Experience of Ghana in Implementing a User Fee Exemption Policy to Provide Free Delivery Care. *Reproductive Health Matters*, 15(30), 61-71. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(07\)30325-X](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(07)30325-X)
- Xu, K., Evans, D. B., Kadama, P., Nabyonga, J., Ogwal, P. O., Nabukhonzo, P., & Aguilar, A. M. (2006). Understanding the impact of eliminating user fees: Utilization and catastrophic health expenditures in Uganda. *Social Science & Medicine*, 62(4), 866-876. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.07.004>
- Yates, J., Cooper, R., & Holland, J. (2006). Social Protection and Health: Experiences in Uganda. *Development Policy Review*, 24(3), 339-356. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7679.2006.00328.x>
- Yates, R. (2009). Universal health care and the removal of user fees. *The Lancet*, 373(9680), 2078–2081.

## APPENDICE A

### Formules de calcul des variables

Pour le calcul des indicateurs, nous avons utilisé la méthode WISN

La méthode WISN est un outil de gestion des ressources humaines élaboré par l'OMS et servant à évaluer la pression de la charge de travail des agents de santé d'une structure sanitaire et de déterminer le nombre d'agents de santé nécessaires pour faire face à la charge de travail de la structure (OMS, 2014).

Cette méthode utilisée dans le cadre du calcul des variables comporte les étapes suivantes :

**1<sup>ère</sup> Etape:** définition de la catégorie professionnelle, type de service de santé et calcul du temps de travail disponible.

La méthode WISN peut être appliquée à toutes les catégories d'agents de santé et à tous les types d'établissements (OMS 2014).

- Dans le cadre de notre étude, les catégories professionnelles concernées sont les Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE), les Infirmiers Brevetés (IB), les Sages-Femmes d'Etat (SFE) et Maïeuticiens d'Etat (ME), les Accoucheuses Auxiliaires (AA), les Accoucheuses Brevetées (AB) et enfin les Agents Itinérants de Santé (AIS).
- Les types d'établissement sont constitués des formations sanitaires périphériques du district sanitaire de Bogodogo dans la Région du Centre. Au total 11 Formations sanitaires du premier échelon sont concernées par notre étude.
- Le Temps de Travail Disponible (TTD) exprimé en jours, désigne le temps dont un agent de santé dispose sur une année pour faire son travail, compte tenu des absences autorisées et non autorisées (jours fériés, congés administratifs, congés maladies, absence pour cause de formation etc.)

Pour estimer le Temps de Travail Disponible (TTD), nous avons utilisé la formule suivante :

$$TTD = [A - (B + C + D + E) \times F]$$

Où :

- TTD est le temps total de travail disponible.

- A est le nombre annuel de jours de travail possibles en un an (obtenu en multipliant le nombre de semaines en un an (52) par le nombre de jours de travail en une semaine (5 jours au Burkina).  $A = 5 \times 52 = 260$
- B est le nombre annuel de jours de congé correspondant à des jours fériés sur une année. Nous avons considéré la période du 1<sup>er</sup> avril 2016 au 31 mars 2017. Cette période correspond à douze mois soit un an de mise en œuvre de la gratuité. Le nombre de jours fériés au cours de cette période a été de 12 jours
- C est le nombre annuel de jours de congé pris dans le cadre des congés annuels sur une année qui correspond à 30 jours au Burkina
- D est le nombre annuel de jours de congé pour cause de maladie sur une année.
- E est le nombre annuel de jours de congé pris pour d'autres raisons, telles que la formation, etc., sur une année.
- F est le nombre d'heures de travail par jour. Il est de 8 heures.

**2<sup>ème</sup> Etape:** Définition des composantes de la charge de travail.

Les composantes de la charge de travail sont les suivantes :

- Les activités liées aux services de santé qui regroupent les activités réalisées par tous les membres de la catégorie de personnel, et pour lesquelles des statistiques annuelles sont tenues régulièrement. Dans le cadre de notre étude, il s'agit des consultations curatives, les accouchements, les consultations prénatales, consultations post natales, les consultations du nourrisson saint, les vaccinations, la planification familiale, les pansements, les mises en observation.
- Les activités d'appui qui comprennent les activités réalisées par tous les membres de la catégorie de personnel, mais pour lesquelles il n'existe pas de statistiques annuelles tenues régulièrement. C'est notamment les réunions de service et l'Information-Education- Communication (IEC)
- Les activités additionnelles qui sont celles réalisées par certains membres seulement (et non par tous les membres) de la catégorie de personnel et pour lesquelles il n'existe pas de statistiques annuelles tenues régulièrement. Ces activités comprennent : la formation continue, l'administration générale, les réunions de district.

### **3<sup>ème</sup> Etape:** définition de standards d'activités

Au cours de cette étape il s'agit d'établir des standards d'activité c'est-à-dire de déterminer combien de temps de travail est consacré à chaque tâche si cette dernière est réalisée convenablement (OMS 2014). Le temps moyen mis par les agents de santé pour réaliser les activités a été mesuré à l'aide d'un chronomètre au cours de l'exécution des tâches.

Le temps moyen (TM) pour chaque activité a été obtenu en faisant la somme des différents temps enregistrés divisée par le nombre d'observations. Dans le cadre de notre étude nous avons réalisé cinq observations sur chaque composante de la charge de travail.

Pour les activités d'appui, un standard d'allocation de la catégorie (SAC) a été défini. Le SAC désigne le pourcentage de temps consacré à chaque composante de la charge pour le groupe des activités d'appui. Nous avons ensuite additionné tous les SAC pour obtenir un Total SAC qui représente le pourcentage total de temps des activités (total % de temps des activités).

Pour les activités additionnelles, des Standard d'Allocation Individuel (SAI) ont été définis. Les SAI ont été déterminées en multipliant le nombre de membres du personnel réalisant chaque activité par le temps consacré par chacun à l'activité en un an. Ce calcul a été ensuite appliqué pour chaque composante de la charge de travail puis les résultats ont été additionnés pour calculer le temps total concernant les SAI (Total SAI) sur un an.

### **4<sup>ème</sup> Etape:** Définition de la charge de travail normale

Pour calculer le standard de charge de travail, nous sommes partis du principe qu'un agent de santé consacre tout son temps de travail annuel à la composante pour laquelle on établit le standard de travail (OMS, 2014). Le standard de charge de travail a été calculé en divisant le TTD par le temps moyen.

### **5<sup>ème</sup> Etape:** Définition du personnel requis.

Pour déterminer les besoins en personnel (P) pour chaque activité (i) de service, nous avons divisé la charge de travail annuel obtenue à partir des statistiques d'avril 2016 à mars 2017 sur le standard de charge de travail. On obtient le nombre d'agents de santé dont on a besoin pour l'activité qu'on appellera  $P_{i1}$  pour la première activité. On fera la même chose pour les autres activités ( $P_{i2}$ ,  $P_{i3}$ ,...  $P_{in}$ ) qui composent la charge de travail. Alors pour toutes les activités de service, on aura :  $(P_i) = P_{i1} + P_{i2} + P_{i3} + \dots + P_{in}$ .

Pour les activités d'appui, 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 ou facteur d'allocation de la catégorie (FAC) s'effectue par la formule suivante  $(K) = 1 / [1 - (\text{total SAC}/100)]$ .

Pour calculer les Facteurs d'allocation individuelle (FAI), qui indique combien de membres du personnel en équivalent temps plein sont nécessaires pour couvrir le temps investi dans les activités additionnelles par certains membres de la catégorie de personnel, nous avons utilisé la formule suivante :  $(Q) = \text{Total SAI/TTD}$

Pour déterminer les besoins en personnel c'est-à-dire le nombre total de personnels nécessaire pour faire face à toutes les charges de travail, à savoir: les effectifs requis pour les activités de service de santé, exécutées par tous les membres de la catégorie du personnel ; le facteur d'allocation pour les activités d'appui aux services de santé exécutées par tous les membres de la catégorie du personnel; les effectifs requis pour les activités individuelles exécutées que par certains membres de la catégorie du personnel, la formule générale de détermination a été:  $P = K \times \sum P_i + Q$  où  $P_i$  = est l'effectif requis pour une activité  $i$  du service de santé,  $K$ = Facteur d'allocation des activités d'appui aux services de santé,  $Q$ =facteur d'allocation pour les activités additionnelles.

**6<sup>ème</sup> Etape:** Pour analyser les résultats, nous avons calculé le ratio WISN en divisant le nombre actuel de membres du personnel par le nombre requis. Un ratio WISN de 1 montre que la dotation en personnel est en équilibre par rapport aux besoins en personnel induits par la charge de travail de l'établissement de santé. Un ratio WISN supérieur à 1 témoigne d'un sureffectif par rapport à la charge de travail. À l'inverse, un ratio de WISN inférieur à 1 atteste que l'effectif actuel est insuffisant pour faire face à la charge de travail.

**7<sup>ème</sup> Etape :** Pour estimer le coût total de salaire du personnel en place, le salaire moyen annuel a été multiplié par le nombre de personnels disponibles. Le coût réel en salaire a été estimé par rapport au nombre requis en personnel, soit en multipliant le salaire moyen annuel par le nombre de personnel requis. Afin de déterminer le montant nécessaire dont la structure a besoin pour équilibrer ses effectifs, nous avons fait la différence entre le coût total de salaire du personnel disponible et le coût en salaire du personnel requis.

---

---

## APPENDICE B

---

---

### NOTE D'INFORMATION A L'INTENTION DU PERSONNEL SOIGNANT

#### TITRE DE L'ÉTUDE :

**Charge de travail du personnel soignant des Centres de Santé et de Promotion Sociale dans un contexte de gratuité des soins : Cas du district sanitaire de Bogodogo au Burkina Faso.**

#### INVESTIGATEUR PRINCIPAL

**SAWADOGO NIKIEMA, étudiant Master en sciences infirmières, Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaire en Santé**

#### NOMS DES DIRECTEURS DE LA RECHERCHE

**Dr YAMEOGO Saint Pierre**

**Dr SOUBEIGA Dieudonné**

### INFORMATION

#### 1. PRÉAMBULE

Le présent document résume le projet de recherche pour lequel vous êtes invité à participer à titre de sujet de recherche. Les informations qui s'y retrouvent expliquent toutes les facettes du projet de recherche ainsi que tout ce qui concerne votre participation. Il est important de bien comprendre le texte qui suit puisque ce sont ces informations qui vous permettront de prendre une décision réfléchie et informée sur votre participation à ce projet de recherche. Le présent document peut contenir des termes que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugez utiles au chercheur et à lui demander de vous expliquer les éléments qui ne sont pas compris.

#### 2. DESCRIPTION DU PROJET DE RECHERCHE

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche dans le cadre de notre mémoire de fin d'étude. Le but de ce projet est de faire comprendre la charge réelle de travail du personnel

de santé dans un contexte de gratuité des soins, et d'analyser l'adéquation entre la dotation en personnel de santé et la charge de travail effective de ce personnel. Considérant l'objectif de ce projet et l'état des connaissances sur le sujet, une recherche quantitative bâtie autour de la méthode WISN sera privilégiée. Pour atteindre notre but, nous prévoyons solliciter la participation des infirmiers, des sages-femmes et maïeuticiens, des accoucheuses et des agents itinérants de santé de trois CSPS du District Sanitaire de Bogodogo. Le recrutement sera réalisé en étroite collaboration avec l'infirmier chef de poste.

### **3. NATURE DE LA PARTICIPATION**

Dans le cadre de ce projet de recherche, votre participation consistera à prendre part à une entrevue semi structurée d'une durée approximative de 60 minutes. Cette entrevue se déroulera dans une salle isolée de la formation sanitaire. Au cours de cet échange, le chercheur vous invitera à répondre à un certain nombre de questions relatives aux activités menées dans votre établissement.

### **4. AVANTAGES**

Il se peut, qu'à court terme, vous ne perceviez aucun avantage à faire partie de cette recherche. Cependant, votre participation à l'étude proposée vous donnera l'occasion de partager votre expérience en tant qu'acteur du système de santé, et, ainsi, contribuer à une meilleure répartition des ressources humaines en santé. Dans le même ordre d'idées, votre participation à un tel projet pourra contribuer à sensibiliser les décideurs politiques sur les conditions de travail des agents de santé notamment celles relatives à la charge de travail et favoriser la prise de mesures rentrant dans le cadre de la motivation du personnel de santé.

### **5. RISQUES ET INCONVÉNIENTS**

Il n'y a aucun risque et inconvénient à la participation à cette recherche.

### **6. COMMUNICATION DES RESULTATS GENERAUX**

Nous vous offrons la possibilité d'être tenu informé des résultats généraux du projet. En effet, lorsque le rapport de recherche sera complété, il sera accessible à tous pour consultation à la bibliothèque de l'IFRIS sis à l'Université Saint Thomas d'Aquin à Saaba. Si vous en faites la demande, nous pourrons vous informer de la date à partir de laquelle le document sera disponible pour consultation.

## **7. CONFIDENTIALITÉ ET ANONYMAT**

Ce projet demeure confidentiel c'est-à-dire que seul le chercheur et les directeurs de recherche auront accès à l'information recueillie. De plus, nous pouvons vous assurer qu'aucun détail permettant qu'on vous reconnaisse ne sera mentionné. Par exemple, votre nom n'apparaîtra sur aucun document. Enfin, les résultats de ce projet de recherche pourront servir à des fins de publication ou de communication dans des congrès scientifiques sans que votre identité ne soit révélée.

## **8. CONSERVATION ET DESTRUCTION DES DONNÉES DE L'ÉTUDE**

Les informations recueillies seront conservées en lieu sûr dans un bureau, et ce, pendant toute la durée de l'étude et la rédaction du rapport de recherche.

Seule le chercheur aura accès à ces informations. Puis, les données seront détruites après la fin de la présente étude.

## **9. LIBERTÉ DE CONSENTEMENT ET LIBERTÉ DE SE RETIRER**

Votre participation est tout à fait volontaire et vous êtes entièrement libre de participer ou non au présent projet de recherche. De plus, vous êtes libre, en tout temps, de vous retirer du projet sans subir le moindre préjudice.

## **10. COMPENSATION**

Cette étude est libre de toute charge financière. Il n'est prévu aucune compensation financière concernant votre participation à cette étude.

## **11. IDENTIFICATION DES PERSONNES RESSOURCES**

Pour toutes questions concernant le déroulement de l'étude vous pouvez vous adresser à SAWADOGO Nikiema, étudiant en Master sciences infirmières à l'Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaire en santé, à Dr Yameogo Saint Pierre, Directeur des Etablissements de santé ou encore à Dr Soubeiga Dieudonné, Directeur de l'IFRIS.

Pour toutes questions concernant vos droits à titre de participant ou pour tout problème ou plainte concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation, vous pourrez vous adresser au Médecin Chef du District Sanitaire de Bogodogo.



## APPENDICE C

### **Formulaire de consentement éclairé pour les sujets appelés à participer à l'étude sur la charge de travail des agents de santé des Centres de Santé et de Promotion Sociale du District Sanitaire de Bogodogo au Burkina Faso**

Je soussigné(e).....

Accepte participer librement et volontairement à l'étude portant sur la charge de travail des agents de santé des Centres de Santé et de Promotion Sociale du District Sanitaire de Bogodogo au Burkina Faso mise en œuvre par SAWADOGO Nikiema, étudiant en Master option Sciences Infirmières de l'Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaire en Santé. Je reconnais avoir pris connaissance des objectifs et des modalités de réalisation de cette étude.

#### **Conditions de l'enquête**

Il m'a été clairement précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à l'enquête.

Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu et j'ai compris les informations concernant les objectifs, les conditions, la durée de l'étude et ses contraintes. J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions nécessaires à mon information et de recevoir des réponses claires et précises.

J'ai été par ailleurs informé (e) que ma participation à l'étude comprenait la collecte de certaines données, incluant des informations personnelles et des renseignements sur les pratiques de mes collègues qui offrent des soins aux bénéficiaires de la gratuité dans le District Sanitaire de Bogodogo.

Cette étude est libre de toute charge financière.

Je suis conscient (e) que je peux arrêter à tout moment ma participation à cette enquête.

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement anonyme informatisé. J'ai pris connaissance à mon droit d'accès et de rectification des informations nominatives me concernant. Tous les entretiens et toutes les données et informations resteront **strictement confidentiels**.

Fait à....., le.....

Nom et signature, précédés de la mention « **lu et approuvé** ».

**APPENDICE D**

**Charge de travail du personnel soignant des Centres de Santé et de Promotion Sociale dans un contexte de gratuité des soins : Cas du district sanitaire de Bogodogo au Burkina Faso.**

**Grille d'observation pour le personnel soignant**

Numéro :.....

Nom du CSPS.....

Noms du/des l'enquêteur(s).....

Date de l'enquête.....

Catégorie de personnel : Infirmiers

Groupes de composantes de la charge de travail	Composantes de la charge de travail	Temps mis pour la réalisation de l'activité					Temps moyen
		Observation 1	Observation 2	Observation 3	Observation 4	Observation 5	
Activités liées aux services de santé réalisées par tous les infirmiers	Consultation curative infirmière						
	Vaccination						
	Mise en observation						
	Pansements						
	Accouchement						
	CPN						
	Consultation nourrisson sain						
	Consultation sage- femme						
	SONU de base						
	Consultation post natale						
	Autres à préciser						

Catégorie de personnel : Sages- femmes/maïeuticiens

Groupes de composantes de la charge de travail	Composantes de la charge de travail	Temps mis pour la réalisation de l'activité					Temps moyen
		Observation 1	Observation 2	Observation 3	Observation 4	Observation 5	
Activités liées aux services de santé réalisées par toutes les sages-femmes/maïeuticiens	Consultation curative sage-femme						
	Pansement						
	Consultation curative infirmière						
	Accouchements						
	SONU de Base						
	CPN (1-4)						
	Mise en observation						
	Consultation post natale						
	Consultation du nourrisson saint						
	Vaccination						
Autres à préciser							

Catégorie de personnel : accoucheuses

Groupes de composantes de la charge de travail	Composantes de la charge de travail	Temps mis pour la réalisation de l'activité					Temps moyen
		Observation 1	Observation 2	Observation 3	Observation 4	Observation 5	
Activités liées aux services de santé réalisées par toutes les accoucheuses	Consultation curative sage-femme						
	Pansement						
	Consultation curative infirmière						
	Accouchements						

**Charge de travail du personnel soignant dans un contexte de gratuité des soins**

	SONU de Base						
	CPN (1-4)						
	Mise en observation						
	Consultation post natale						
	Consultation du nourrisson saint						
	Vaccination						
	Autres à préciser						

Catégorie de personnel : agents itinérants de santé (AIS)

Groupes de composantes de la charge de travail	Composantes de la charge de travail	Temps mis pour la réalisation de l'activité					Temps moyen
		Observation 1	Observation 2	Observation 3	Observation 4	Observation 5	
Activités liées aux services de santé réalisées par tous les infirmiers	Consultation curative sage-femme						
	Pansement						
	Consultation curative infirmière						
	Accouchements						
	SONU de Base						
	CPN (1-4)						
	Mise en observation						
	Consultation post natale						
	Consultation du nourrisson saint						
	Vaccination						
	Autres à préciser						

**APPENDICE E**

**GRILLE D'ENTREVUE SEMI STRUCTUREE A L'ENDROIT DES GROUPES D'EXPERTS.**

Identification			
DATE DE L'ENQUETE : ..... / ..... / 2017			
HEURE DE DEBUT : .....Heure de fin.....			
Nom du CSPS :			
_____			
Nom	et	PRENOMS	DES MEMBRES DU GOUPE D'EXPERTS :
_____			
_____			
_____			
NOM DU /OU DES ENQUETEURS :			
_____			
ZONE D'URBANISATION : uRBAIN= 1 PERI URRBAIN= 2 RURAL= 3 /___/			
N°	ITEM 1 : DEFINITION DES CATEGORIES D'AGENTS DE SANTE		
	QUESTION	REPONSE (Encerclez le code des réponses)	CODE
1.	Quelles catégories de personnel disposez-vous dans votre formation sanitaire et leur nombre au moment de l'enquête	Infirmier...../ _ / Sages-femmes...../ _ / Accoucheuse...../ _ / AIS...../ _ / Autres à préciser...../ _ /	1 2 3 4 88
N°	ITEM 2 : DEFINITION DES COMPOSANTES DE LA CHARGE DE TRAVAIL		
	QUESTION	REPONSE (Encerclez le code des réponses)	CODE

## Charge de travail du personnel soignant dans un contexte de gratuité des soins

2.	Quelles sont les activités de services qui sont menées par tous les <b>infirmiers/infirmières</b> dans votre formation sanitaire ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation curative infirmière .....</li> <li>• Vaccination .....</li> <li>• Mise en observation .....</li> <li>• Pansements .....</li> <li>• Consultation sage-femme.....</li> <li>• Accouchements.....</li> <li>• SONU de Base .....</li> <li>• CPN (1-4) .....</li> <li>• Consultation post natale.....</li> <li>• Consultation du nourrisson saint .....</li> <li>• Autres à préciser .....</li> </ul>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  88
3.	Quelles sont les activités d'appui qui sont menées par tous les <b>infirmiers/infirmières</b> dans votre formation sanitaire ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notification .....</li> <li>• Réunion du personnel .....</li> <li>• IEC .....</li> <li>• VAD.....</li> <li>• Autres à préciser .....</li> </ul>	1 2 3 4  88
4.	Quelles sont les activités additionnelles qui sont menées par certains <b>infirmiers/infirmières</b> dans votre formation sanitaire ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administration générale .....</li> <li>• Supervision .....</li> <li>• Formation continue.....</li> <li>• Rédaction de rapport.....</li> <li>• Autres à préciser .....</li> </ul>	1 2 3 4  88
5.	Quelles sont les activités liées aux services de santé réalisées par toutes les <b>sages-femmes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation curative infirmière .....</li> <li>• Vaccination .....</li> <li>• Mise en observation .....</li> <li>• Pansements .....</li> <li>• Consultation sage-femme.....</li> <li>• Accouchements.....</li> <li>• SONU de Base .....</li> <li>• CPN (1-4) .....</li> <li>• Consultation post natale.....</li> <li>• Consultation du nourrisson saint .....</li> <li>• Autres à préciser .....</li> </ul>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

## Charge de travail du personnel soignant dans un contexte de gratuité des soins

			88
6.	Quelles sont les activités d'appui qui sont menées par toutes les <b>sages-femmes</b> dans votre formation sanitaire ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notification .....</li> <li>• Réunion du personnel .....</li> <li>• IEC.....</li> <li>• VAD.....</li> <li>• Autres à préciser .....</li> </ul>	1 2 3 4 88
7.	Quelles sont les activités additionnelles qui sont menées par certaines <b>sages-femmes</b> dans votre formation sanitaire ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administration générale .....</li> <li>• Supervision .....</li> <li>• Formation continu.....</li> <li>• Rédaction de rapport .....</li> <li>• Autres à préciser .....</li> </ul>	1 2 3 4 88
8.	Quelles sont les activités liées aux services de santé réalisées par toutes les <b>accoucheuses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation curative infirmière .....</li> <li>• Vaccination .....</li> <li>• Mise en observation .....</li> <li>• Pansements .....</li> <li>• Consultation sage-femme.....</li> <li>• Accouchements.....</li> <li>• SONU de Base .....</li> <li>• CPN (1-4) .....</li> <li>• Consultation post natale.....</li> <li>• Consultation du nourrisson saint .....</li> <li>• Autres à préciser .....</li> </ul>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 88
9.	Quelles sont les activités d'appui qui sont menées par toutes les <b>accoucheuses</b> dans votre formation sanitaire ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notification .....</li> <li>• Réunion du personnel .....</li> <li>• IEC.....</li> <li>• VAD.....</li> <li>• Autres à préciser .....</li> </ul>	1 2 3 4 88
10.	Quelles sont les activités additionnelles qui sont menées par certaines <b>accoucheuses</b> dans votre formation sanitaire ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administration générale .....</li> <li>• Supervision .....</li> <li>• Formation continue.....</li> <li>• Rédaction de rapport.....</li> <li>• Autres à préciser .....</li> </ul>	1 2 3 4

## Charge de travail du personnel soignant dans un contexte de gratuité des soins

			88
11.	Quelles sont les activités liées aux services de santé réalisées par tous les AIS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation curative infirmière ..... 1</li> <li>• Vaccination ..... 2</li> <li>• Mise en observation ..... 3</li> <li>• Pansements ..... 4</li> <li>• Consultation sage-femme..... 5</li> <li>• Accouchements..... 6</li> <li>• SONU de Base ..... 7</li> <li>• CPN (1-4) ..... 8</li> <li>• Consultation post natale..... 9</li> <li>• Consultation du nourrisson saint ..... 10</li> <li>• Autres à préciser ..... 88</li> </ul>	88
12.	Quelles sont les activités d'appui qui sont menées par tous les AIS dans votre formation sanitaire ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notification ..... 1</li> <li>• Réunion du personnel ..... 2</li> <li>• IEC ..... 3</li> <li>• VAD..... 4</li> <li>• Autres à préciser ..... 88</li> </ul>	88
13.	Quelles sont les activités additionnelles qui sont menées par certains AIS dans votre formation sanitaire ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administration générale..... 1</li> <li>• Supervision ..... 2</li> <li>• Formation continue..... 3</li> <li>• Rédaction de rapport ..... 4</li> <li>• Autres à préciser ..... 88</li> </ul>	88
14.	Combien de temps cela vous prend-t-il, en moyenne, pour effectuer les activités suivantes liées aux services sur un cas réalisés par les infirmiers ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation curative..... / _ // _ / mns</li> <li>• Accouchements (début du travail)..... / _ // _ / hres</li> <li>• Consultations prénatales (CPN1-4)..... / _ // _ / mns</li> <li>• Consultations post natales..... / _ // _ / mns</li> <li>• SONU de base..... / _ // _ / mns</li> <li>• Consultations du nourrisson saint..... / _ // _ / mns</li> <li>• Vaccinations..... / _ // _ / mns</li> <li>• Planification familiale..... / _ // _ / mns</li> <li>• Pansements..... / _ // _ / mns</li> <li>• Mise en Observation..... / _ // _ / mns</li> <li>• Autres à préciser..... / _ // _ /mns</li> </ul>	
15.	Pourriez-vous nous dire, en moyenne, combien de temps consacrez-vous aux activités d'appui réalisées par les	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notifications..... / _ // _ / minutes/jour</li> <li>• Réunions du personnel..... / _ // _ / heures/mois</li> <li>• IEC..... / _ // _ /heures/jour</li> <li>• VAD..... / _ // _ / heures/mois</li> <li>• Autres à préciser..... / _ // _ / minutes/heures/jour</li> </ul>	



## Charge de travail du personnel soignant dans un contexte de gratuité des soins

	<b>infirmiers?</b>		
16.	Combien de temps cela vous prend-t-il, en moyenne, pour effectuer les activités suivantes liées aux services sur un cas réalisées par les <b>sages-femmes</b> ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation curative...../ _ // _ / mns</li> <li>• Accouchements (début du travail)..... / _ // _ / hres/mns</li> <li>• Consultations prénatales (CPN1-4)..... / _ // _ / mns</li> <li>• Consultations post natales..... / _ // _ / mns</li> <li>• SONU de base..... / _ // _ / mns</li> <li>• Consultations du nourrisson saint...../ _ // _ / mns</li> <li>• Vaccinations...../ _ // _ / mns</li> <li>• Planification familiale...../ _ // _ / mns</li> <li>• Pansements...../ _ // _ / mns</li> <li>• Mise en Observation...../ _ // _ / mns</li> <li>• Autres à préciser..... / _ // _ /mns</li> </ul>	
17.	Pourriez-vous nous dire, en moyenne, combien de temps consacrez-vous aux activités d'appui réalisées par les <b>Sages-femmes</b> ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notifications..... / _ // _ / minutes/jour</li> <li>• Réunions du personnel...../ _ // _ / heures/mois</li> <li>• IEC..... / _ // _ /heures/jour</li> <li>• VAD...../ _ // _ / heures/mois</li> <li>• Autres à préciser...../ _ // _ / minutes/heures/jour</li> </ul>	
18.	Combien de temps cela vous prend-t-il, en moyenne, pour effectuer les activités suivantes liées aux services sur un cas réalisées par les <b>accoucheuses</b> ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation curative..... / _ // _ / mns</li> <li>• Accouchements (début du travail)..... / _ // _ / hres/mns</li> <li>• Consultations prénatales (CPN1-4)..... / _ // _ / mns</li> <li>• Consultations post natales..... / _ // _ / mns</li> <li>• SONU de base..... / _ // _ / hres/mns</li> <li>• Consultations du nourrisson saint...../ _ // _ / mns</li> <li>• Vaccinations...../ _ // _ / mns</li> <li>• Planification familiale...../ _ // _ / mns</li> <li>• Pansements...../ _ // _ / mns</li> <li>• Mise en Observation...../ _ // _ / hres/mns</li> <li>• Autres à préciser..... / _ // _ / hres/mns</li> </ul>	
19.	Pourriez-vous nous dire, en moyenne, combien de temps consacrez-vous aux activités d'appui réalisées par les <b>accoucheuses</b> ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notifications..... / _ // _ / minutes/jour</li> <li>• Réunions du personnel...../ _ // _ / heures/mois</li> <li>• IEC..... / _ // _ /heures/jour</li> <li>• VAD...../ _ // _ / heures/mois</li> <li>• Autres à préciser..... / _ // _ / minutes/heures/jour</li> </ul>	
20.	Combien de temps cela vous prend-t-il, en moyenne, pour effectuer les activités suivantes liées aux services sur un cas réalisées par les <b>AIS</b> ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation curative...../ _ // _ / mns</li> <li>• Accouchements (début du travail)...../ _ // _ / hres</li> <li>• Consultations prénatales (CPN1-4)...../ _ // _ / mns</li> <li>• Consultations post natales...../ _ // _ / mns</li> <li>• SONU de base..... / _ // _ / mns</li> <li>• Consultations du nourrisson saint...../ _ // _ / mns</li> <li>• Vaccinations...../ _ // _ / mns</li> <li>• Planification familiale...../ _ // _ / mns</li> <li>• Pansements...../ _ // _ / mns</li> <li>• Mise en Observation...../ _ // _ /mns</li> <li>• Autres à préciser...../ _ // _ / mns</li> </ul>	
21.	Pourriez-vous nous dire, en moyenne, combien de temps consacrez-vous aux activités d'appui réalisées par les <b>AIS</b> ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notifications...../ _ // _ / minutes/jour</li> <li>• Réunions du personnel...../ _ // _ / heures/mois</li> <li>• IEC...../ _ // _ /heures/jour</li> <li>• VAD...../ _ // _ / heures/mois</li> <li>• Autres à préciser...../ _ // _ /heures/jour</li> </ul>	

**Charge de travail du personnel soignant dans un contexte de gratuité des soins**

		Catégories professionnelle	Activités additionnelles	Temps consacré	Nombre de personnel impliqué
22.	Pourriez-vous nous dire, en moyenne, quels corps sont impliqués dans les activités additionnelles et combien de temps consacrent-ils à ces activités ?	Infirmiers	Administration générale	/ _ // _ /hres/semaine	
			Supervision	/ _ // _ /hres/an	
			Réunion du district	/ _ // _ / hres/an	
			Formation continue	/ _ // _ /jours/an	
			Rédaction de rapports	/ _ // _ /hres/mois	
			Autres à préciser	/ _ // _ /hres/mois	
		Sages-femmes/ maïeuticiens	administration	/ _ // _ /hres /semaine	
			Supervision	/ _ // _ / % hres/an	
			Réunion du district	/ _ // _ / hres/an	
			Formation continue	/ _ // _ /jours/an	
			Rédaction de rapports	/ _ // _ /hres/mois	
			Autres à préciser	/ _ // _ / hres/mois	
		Accoucheuses (AA/AB)	administration	/ _ // _ /hres /semaine	
			Supervision	/ _ // _ / hres/an	
			Réunion du district	/ _ // _ / hres/an	
			Formation continue	/ _ // _ /jours/an	
			Rédaction de rapports	/ _ // _ /hres/mois	
			Autres à préciser	/ _ // _ /hres/mois	
		Agents Itinérants de Santé (AIS)	administration	/ _ // _ /hres /semaine	
			Supervision	/ _ // _ / hres/an	
			Réunion du district	/ _ // _ / hres/an	
			Formation continue	/ _ // _ /jours/an	
			Rédaction de rapports	/ _ // _ /hres/mois	

## Charge de travail du personnel soignant dans un contexte de gratuité des soins

		Autres à préciser	/ _ // _ / hres/mois		
23.	Existe-t-il un système d'organisation du travail dans votre structure (astreinte, garde couchée etc) ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui.....</li> <li>• Non.....</li> <li>• Si oui préciser : _____</li> <li>• Si garde, préciser le nombre d'agents qui prennent la garde/jour</li> </ul>		1	2
24.	A votre connaissance, existe-t-il des lois ou règlements gouvernementaux particuliers visant la répartition des ressources humaines ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui.....</li> <li>• Non.....</li> <li>• Si oui décrivez : _____</li> </ul>		1	2
25.	Est-ce que votre système de répartition des tâches et activités suit ces lois et règlements ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui.....</li> <li>• Non.....</li> <li>• Si non pourquoi ? : _____</li> </ul>		1	2
					4



Catégorie de personnel	Salaire mensuel agent 1	Salaire mensuel Agent 2	Salaire mensuel Agent 3	Salaire mensuel Agent 4	Salaire mensuel Agent 5	Salaire moyen
Infirmier						
Sage-femme						
Accoucheuse						
AIS						

*Merci pour votre collaboration !*

APPENDICE F

**Charge de travail du personnel soignant des Centres de Santé et de Promotion Sociale dans un contexte de gratuité des soins : Cas du district sanitaire de Bogodogo au Burkina Faso.**

**Grille de revue documentaire**

Numéro :.....

Nom du CSPS.....

Noms du/des l'enquêteur(s).....

Date de l'enquête.....

**Item 1 : Nombre de jours non travaillés du 1<sup>er</sup> Avril 2016 au 31 mars 2017)**

CSPS de :				
Raison d'absence	Jours d'absence			
	infirmiers (nombre de jours)	Sages-femmes /maïeuticiens (nombre de jours)	Accoucheuses (nombre de jours)	AIS (nombre de jours)
Congé maladie				
Jours de formation				
Congé spécial non notifié				
<b>Nombre total de jours d'absence par an</b>				

**Item 2 : quantité des activités réalisées au cours de la période du 1<sup>er</sup> avril 2016 au 31 mars 2017**

a) Catégorie de personnel : Infirmiers

Activités de services	Quantité des Activités de services réalisées entre avril 2016 à mars 2017	Quantité des activités de services réalisées entre avril 2015 à mars 2016
Consultation curative infirmière		

**Charge de travail du personnel soignant dans un contexte de gratuité des soins**

---

Mise en observation		
Pansements		
Consultation sage- femme		
Accouchements		
SONU de Base		
CPN (1-4)		
Consultation post natale		
Consultation du nourrisson sain		
Vaccination		
Planification familiale		
Injection		
Autres à préciser		

**Item 3 disponibilités du personnel du 1<sup>er</sup> avril 2016 au 31 mars 2017**

<b>Catégorie de personnel</b>	Avril 2016	Mai 2016	Juin 2016	Juil 2016	Août 2016	Sept 2016	Oct 2016	Nov 2016	Déc 2016	Jan 2017	Fev 2017	Mars 2017	<b>Total</b>
Nombre d'infirmiers Disponibles (IDE/IB)													
Nombre de SFE/ME disponibles													
Nombre d'AA/AB disponibles													
Nombre d' AIS disponibles													

**APPENDICE G: DEMANDE D'AUTORISATION D'EQUETE**

Institut de Formation et de Recherche  
Interdisciplinaire en Santé  
09 BP 311 Ouagadougou 09- Burkina Faso  
Site web : [www.ifris-bf.org](http://www.ifris-bf.org)  
Téléphone : 25 40 75 41



SAWADOGO Nikiema  
Etudiants en master 2  
Sciences infirmières à l'IFRIS  
Promotion : 2015-2017  
Téléphone(s/c) : 70 16 25 53  
Email : sawadogoalexandre54@yahoo.com

Ouagadougou le 05 avril 2017

A

**Monsieur le Directeur Régional de la Santé du Centre**

Objet : Demande d'autorisation d'enquête

Monsieur le Directeur,

Dans le cadre de notre mémoire de fin d'études, nous voulons mener une étude dont le thème est « la charge de travail du personnel soignant dans le contexte de la gratuité des soins dans le district sanitaire de Bogodogo ». Pour ce faire, une collecte de données auprès des prestataires de soins est prévue à partir mois de Mai 2017 dans les formations sanitaires du district de Bogodogo.

A cet effet, nous avons l'honneur de solliciter auprès de votre haute bienveillance, une autorisation de collecte des données pour rédiger notre mémoire. Nous puissions vous rassurer que vous seriez informés des résultats de cette étude.

Veuillez agréer monsieur le Directeur, l'expression de notre haute considération.

Le Directeur de

L'étudiant

APPENDICE H : AUTORISATION D'ENQUETE

MINISTERE DE LA SANTE  
-----  
REGION DU CENTRE  
-----  
DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE  
DU CENTRE

BURKINA FASO  
UNITE-PROGRES-JUSTICE  
-----

Ouagadougou, le 24 AVR 2017

N°2017-\_\_\_\_\_/MS/RCEN/DRSC

**AUTORISATION D'ENQUETE**

Je soussigné, Directeur Régional de la Santé du Centre, autorise **M. SAWADOGO Nikiema**, Etudiant en Master 2 Sciences infirmières à l'IFRIS, à collecter des données dans les formations sanitaires du District de Bogodogo dans le cadre de la rédaction de son mémoire de fin d'études dont le thème est «*Charge de travail du personnel soignant des Centres de Santé et de Promotion Sociale dans un contexte de gratuité des soins : cas du district sanitaire de Bogodogo au Burkina Faso*».

Par ailleurs, je vous invite à déposer un exemplaire du rapport de collecte de données à la Direction régionale de la santé du Centre.

Aussi, le document final validé pour l'instance pédagogique de votre institution nous sera-t-il indispensable pour le service de documentation de notre structure.

La présente autorisation est délivrée sur la demande du Directeur de mémoire.

- Ampliations :
- District sanitaire Bogodogo
  - IFRIS
  - Intéressé
  - Archives/chrono

Le Directeur Régional de la Santé du Centre,



**Dr. ZOUÏRE Marie Emmanuelle L.**  
Médecin de santé publique

**APPENDICE I : AVIS DU COMITE D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE EN SANTE**

MINISTERE DE LA SANTE

-----  
MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS  
SUPERIEURS, DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE ET DE L'INNOVATION

-----  
COMITE D'ETHIQUE POUR  
LA RECHERCHE EN SANTE

BURKINA FASO  
Unité - Progrès - Justice

DELIBERATION N° 2017-5-061

**1. TITRE DE LA RECHERCHE**

«Charge de travail du personnel signant des Centres de santé et de promotion sociale dans un contexte de gratuité de soins : cas du district sanitaire de Bogodogo au Burkina Faso »

**2. REFERENCE DU PROTOCOLE**

Version non précisée

**3. DOCUMENTATION**

Protocole de recherche  
Reçu de paiement

**4. REFERENCE DU DEMANDEUR**

Investigateur principal : SAWADOGO Nikiéma  
Directeur de mémoire : Dr YAMEOGO Saint Pierre

**5. SITE DE LA RECHERCHE**

Burkina Faso

**6. DATE DE LA DELIBERATION**

03 mai 2017

**7. ELEMENTS EXAMINES**

- Conception scientifique et conduite de la recherche ;
- Soins et protection des participants à la recherche ;
- Protection de la confidentialité des données du participant à la recherche ;
- Processus de consentement éclairé et note d'information;
- Budget de la recherche ;
- CVs

**8. OBSERVATIONS**

Néant



**9. MEMBRES AYANT SIEGE**

- Dr Séni KOUANDA ;
- Dr Germaine MINOUNGOU/COMPAORE;
- Mr Mathias SAM;
- Dr R. Frank Edgard Zongo
- Dr. Maminata TRAORE
- Dr Dieu-donné OUEDRAOGO
- Dr. W. Pierre YAMEOGO
- Dr FLA Koueta
- Dr Clotaire NANGA

**10. AVIS DU COMITE**

Favorable

**11. RESERVES**

**12. RECOMMANDATIONS**

Ouagadougou, le 3 Mai 2017

Le Rapporteur

  
**DR Frank Edgard ZONGO**

Le Président

  
**Pr. Séni KOUANDA, Directeur de recherche**  
*Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques*