|  |  |
| --- | --- |
|  | Rapport No : AUS0000683 |
| , |
|  | **Motivations et préférences des agents de santé en Guinée** |
|  | Résultats préliminaires d'une enquête sur les agents de santé, les patients et les établissements de santé |
|  |
|  | Sophie Witter, Christopher H. Herbst, Rashid Zaman, Marc-Francois Smitz, Hanna Laufer, Zezhen Wu, Brian Law, Ibrahim Magazi, Mamadou Balde, MdSammed Faza, et Yeroboye Camara20 mars 2019 |
| . |
|  | HNP |
|  |
|  |  |

© 2019 The World Bank

1818 H Street NW, Washington DC 20433

Téléphone : 202-473-1000 ; Internet : [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)

Cet ouvrage a été produit par le personnel de la Banque mondiale. Il s'agit d'un document de travail inédit. Les découvertes, interprétations et conclusions qui y sont exprimées ne reflètent pas nécessairement les vues des administrateurs de la Banque mondiale ou des gouvernements qu'ils représentent. La Banque mondiale ne garantit pas l'exactitude des données citées dans ce travail. Les frontières, couleurs, dénominations et autres informations figurant sur les cartes de cet ouvrage n'impliquent aucun jugement de la part de la Banque mondiale sur le statut juridique des territoires ou sur son adhésion ou acceptation de telles frontières.

**Droits et autorisations**

Le contenu de cet ouvrage est protégé au titre du droit d'auteur. Du fait que la Banque mondiale encourage la diffusion de ses connaissances, même préliminaires, cet ouvrage peut être reproduit, de façon intégrale ou partielle, à des fins non commerciales, à condition qu'il soit fait mention de cet ouvrage dans tous ses éléments.

**Attribution** — Veuillez citer l'ouvrage comme suit : "Witter S, Herbst C, Zaman R, Smitz M.F, Laufer H, Wu Zezhen, Law B, Magazi I, Balde M, Faza M, Camara Y. 2019. Motivations et préférences des agents de santé en Guinée : Résultats préliminaires d'une enquête sur les agents de santé, les patients et les établissements de santé. © Banque Mondiale."

Pour tout autre renseignement sur les droits et licences, y compris les droits dérivés, adressez-vous à : Publications de la Banque mondiale, Le Groupe de la Banque mondiale, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, USA ; fax : 202-522-2625 ; e-mail : pubrights@worldbank.org.

Préface

Cette étude a été commandée par le Ministère de la Santé (MdS) du Gouvernement de la République de Guinée et a été menée par la Banque Mondiale sous la direction de Mr. Christopher H. Herbst (Spécialiste senior de la santé) et Ibrahim Magazi (Spécialiste senior de la santé). Oxford Policy Management (OPM) en collaboration avec la Banque mondiale et le MdS a réalisé la conception, la collecte de données et l'analyse, avec un travail de terrain géré par la Cellule de recherche en santé de la reproduction en Guinée (CERREGUI).

Le présent rapport est un premier résumé des enquêtes réalisées. Si vous avez des questions, y compris plus de détails sur les outils et les statistiques utilisés dans cette étude, veuillez-vous adresser aux personnels-clés suivants des organisations qui ont participé à cette recherche :

MdS : Yeroboye Camara (yeroboye@yahoo.fr)

Banque mondiale : Christopher Herbst (cherbst@worldbank.org)

Banque mondiale : Ibrahim Magazi (imagazi@worldbank.org)

OPM : Rashid Zaman (rashid.zaman@opml.co.uk) et Sophie Witter (SWitter@qmu.ac.uk)

CERREGUI : Professeur Mamadou Balde (baldemddka@gmail.com)

Les auteurs remercient les décideurs et les responsables du MdS pour leur soutien et leurs conseils dans la conception et la réalisation de cette étude. Nous aimerions également remercier les recenseurs et les répondants de ce sondage, qui nous ont consacré leur temps et nous ont fait part de leurs précieux éclairages.

Enfin, les auteurs sont reconnaissants pour le soutien financier fourni dans le cadre du Fonds fiduciaire japonais (PHRD) et pour le soutien sans faille de la direction de la Banque sous la houlette de Rachidi Radja (Directeur pays, Guinée), Trina Haque (Directrice sectorielle) et son équipe menée par Sybille Crystal (Spécialiste principal des opérations) et Denise Amba (Assistante d'équipe).

Exposé sommaire

La récente flambée de l’infection au virus Ebola en Guinée a mis en évidence des faiblesses critiques des systèmes de santé, en particulier en ce qui concerne les ressources humaines pour la santé (RHS), qui sont peu nombreuses et inégalement réparties à travers les disparités géographiques. Du point de vue de l'économie du marché du travail dans le domaine de la santé, ces résultats peuvent être en partie compris comme étant influencés par les préférences et les choix que font les agents de santé, à savoir où, quand et comment travailler sur le marché du travail. Bien que ces choix et préférences soient généralement compris comme étant déterminés par des facteurs monétaires et non monétaires spécifiques, des données provenant d'autres sources ont montré que les profils et les antécédents des agents de santé, les expériences de formation et les traits de caractère peuvent également être d'importants déterminants.

Le but de l'étude était d'obtenir des données primaires et des preuves sur la motivation, le comportement et les choix sur le marché du travail des professionnels de la santé actuellement employés dans les établissements de santé primaire, secondaire et tertiaire en Guinée. L'étude comprend deux enquêtes transversales représentatives à l'échelle nationale : une enquête auprès des agents de santé et une enquête sur les patients à la sortie de l’hôpital. En outre, une enquête sur le fonctionnement des établissements de santé a été menée à partir d’échantillons d’agents de santé et de patients . Les outils ont été adaptés à partir d'études connexes antérieures et, dans le cas de la méthode des choix discrets (« discrete choice experiment » ; DCE), nous avons utilisé des données qualitatives recueillies auprès des quatre principaux groupes de personnel étudiés (médecins, infirmières, sages-femmes et Agents Technic de Santé (ATS)) en janvier 2017. Les données d'enquête ont été recueillies de décembre 2017 à janvier 2018. L'analyse est descriptive au sein des jeux de données et utilise l'analyse de régression pour relier les variables au sein des outils et entre eux. Les résultats sont également comparés à l'information qualitative recueillie pendant la phase de conception.

***Sélectionnez les principaux messages à retenir :*** L'étude a permis d'obtenir de nouvelles données probantes et des données primaires qui peuvent être utilisées pour éclairer le dialogue politique et la planification des effectifs de la santé en Guinée. Entre autres, les conclusions suggèrent un certain nombre d'orientations politiques potentielles à envisager, notamment la décentralisation de la formation et du recrutement des agents de santé, la mise en place d'ensembles ciblés de prestations et d'incitations, le renforcement de l'environnement réglementaire et des capacités de formation pour améliorer les compétences et les performances du personnel de santé, et la prise en compte de la forte prévalence des paiements informels pour les services et la mise en commun des risques pour les populations pauvres.

Résumé analytique

Introduction

En 2016, vis-à-vis de l'indice de développement humain (IDH), la Guinée a été classée 183e pays sur188. Le système de santé guinéen est confronté à des défis liés aux besoins élevés, au faible financement et à la mauvaise répartition des ressources (y compris le personnel), qui sont concentrées dans les zones urbaines. Le Gouvernement guinéen a identifié les inégalités dans la composition et la répartition du personnel de santé, ainsi que la faible motivation et la performance sous-optimale des professionnels de la santé, comme un défi crucial pour la prestation efficace des services de santé. Ce rapport, qui est le fruit d'une collaboration entre le Ministère de la Santé (MdS) de la Guinée, la Banque mondiale, Oxford Policy Management (OPM) et la Cellule de recherche en santé de la reproduction en Guinée (CERREGUI), vise à fournir des informations importantes sur le marché du travail de la santé afin de soutenir le dialogue politique concernant le développement de politiques des ressources humaines de la santé fondées sur des données probantes et ciblées.

Méthodes

L'étude a porté sur deux enquêtes transversales représentatives à l'échelle nationale : une enquête auprès des agents de santé et une enquête sur les patients à la sortie de l’hôpital. En outre, nous avons effectué une enquête sur le fonctionnement des établissements de santé à partir d’échantillons d’agents de santé et de patients.

L'objectif de l'enquête auprès des agents de santé était d'obtenir de nouvelles données sur la motivation, le comportement et les choix sur le marché du travail des professionnels de la santé actuellement employés dans les établissements de santé primaire, secondaire et tertiaire en Guinée. Cette enquête comprenait également un module mené avec la méthode des choix discrets ("discrete choice experiment" ; DCE) pour comprendre les attributs financiers et non financiers, et les niveaux d'attributs requis pour attirer et retenir le personnel de santé dans les zones rurales en Guinée. L'objectif de l'enquête sur les patients à la sortie de l’hôpital était de recueillir des données sur la qualité et le rendement du système de santé et des professionnels de la santé au moyen d'entrevues auprès des utilisateurs à leur sortie de l’hôpital (entrevues de sortie).

Nous avons utilisé une approche d'échantillonnage stratifié à plusieurs degrés pour échantillonner les préfectures et les établissements de santé, puis les agents sanitaires et les patients des établissements de santé. Pour les enquêtes sur les agents de santé, la taille de l'échantillon était de 600 personnes ; pour les entretiens de sortie, elle était de 480 patients. Au total, 55 établissements de santé ont été échantillonnés, dont trois hôpitaux nationaux, sept hôpitaux préfectoraux, sept hôpitaux régionaux, trois hôpitaux communaux, 28 centres de santé et sept postes de santé. Parmi eux, 10 se trouvaient dans la région forestière, 17 dans la région maritime, 17 en moyenne Guinée et 11 en haute Guinée. Sur ces 55 établissements, 34 se trouvaient dans des zones urbaines et 21 dans des zones rurales, ce qui reflète la répartition de l'infrastructure sanitaire.

Les outils ont été adaptés à partir d'études connexes antérieures et, dans le cas du DCE, nous avons utilisé des données qualitatives recueillies auprès des quatre principaux groupes de personnel étudiés (médecins, infirmières, sages-femmes et Agents Technic de Santé (ATS)) en janvier 2017. Les données d'enquête ont été recueillies de décembre 2017 à janvier 2018. L'analyse est descriptive au sein des jeux de données et utilise l'analyse de régression pour relier les variables au sein des outils et entre eux. Les résultats sont également comparés à l'information qualitative recueillie pendant la phase de conception. Nous avons utilisé le franc guinéen (GNF) comme devise pour l'outil DCE et avons présenté les résultats en dollars américains (USD) en utilisant le taux de change de 1 USD = 9 014 GNF.

Résultats de l’étude

Établissements de santé

Les résultats sur le fonctionnement des structures sanitaires mettent en évidence la répartition inégale des ressources, les structures dans les zones rurales étant plus susceptibles de fonctionner de façon médiocre ou moyen (aucune structure en zone rurale n'a été trouvée dans le tiers de l'échantillon qui fonctionne le mieux). De même, les schémas régionaux sont clairs, avec une prédominance d'établissements moins performants dans la Haute-Guinée. Ces résultats montrent que les établissements de niveau supérieur sont plus susceptibles d'être plus performantes.

**Lieu de travail et historique de carrière des agents de santé**

Dans notre échantillon d’agents de santé, seulement 16 % travaillaient dans des régions rurales, ce qui reflète la mauvaise répartition des effectifs à l’échelle nationale. 95 % étaient des employés permanents.

Presque tous les médecins avaient été formés à Conakry et seulement 28 % avaient exercé en milieu rural pendant leur formation. Ceux qui travaillaient en milieu rural au moment de l’étude étaient beaucoup plus susceptibles d'avoir été exposés au milieu rural pendant leur formation (49 % contre 39 %). Pour ce qui concerne les infirmières et les sages-femmes formées dans deux ou trois sites, 44 % et 35 %, respectivement, avaient exercé dans des zones rurales pendant leur formation. Pour les ATS, bien que leur formation se déroule dans le plus grand nombre de sites, seule une minorité (47%) avait exercé dans les zones rurales pendant la formation.

Cette répartition du lieu de travail se reflète également dans l’historique de carrière des agents de santé ; seulement 9 % des médecins de l'échantillon travaillaient en milieu rural depuis 10 ans ou plus, alors que cette proportion était encore plus faible chez les sages-femmes (6,5 %). 25 % des infirmières et 28 % des ATS travaillaient en milieu rural depuis 10 ans ou plus. Le lieu de travail reflètait l'expérience de travail : 86 % du personnel exerçant dans les zones rurales au moment de l’étude avaient déjà travaillé dans des zones rurales, contre seulement 38 % pour ceux qui travaillaient dans les zones urbaines. Selon nos résultats, le personnel des établissements urbains serait beaucoup plus expérimenté et resterait en poste plus longtemps que le personnel des régions rurales, où le taux de roulement était plus élevé.

**Faire face aux tâches et à la charge de travail**

Les motivations pour entrer dans la profession sont perçues comme étant principalement altruistes, sans différence significative entre les régions rurales et urbaines. En général, les agents de santé se sentaient bien préparés pour leur travail (entre 78 % et 88 % dans l’ensemble de ces groupes). Cependant, il est inquiétant de constater que 12 % des médecins ne se sentaient pas du tout préparés. 49 % des agents de santé des zones rurales ont indiqué qu'ils devaient accomplir des tâches "quotidiennes" ou "fréquentes" pour lesquelles ils se sentent insuffisamment préparés, contre 39 % pour le personnel urbain.

En ce qui concerne la charge de travail, la plupart des membres du personnel (61 % à 89 % dans l’ensemble de ces groupes) ont estimé que leurs collègues travaillent aussi dur qu'eux, et il n'y avait pas de différences notables entre les régions rurales et urbaines. Cela se reflète dans les jours et heures de travail déclarés, qui sont relativement uniformes, soit environ 8,5 heures par jour et six jours par semaine pour l'ensemble des cadres. Le personnel de santé en milieu rural travaillait durant beaucoup plus d'heures par semaine (58 contre 50 pour le personnel de santé en milieu urbain) et voyait un plus grand nombre de patients par jour, mais la différence n'était pas significative (8,4 contre 7,7 pour le personnel de santé urbain). Seule une faible proportion du personnel (6 % dans les zones rurales et 3 % dans les zones urbaines) a estimé avoir une charge de travail trop lourde à gérer.

**Supervision et absentéisme**

La plupart du personnel de santé avait leurs superviseurs présents sur leur lieu de travail. Toutefois, les superviseurs étaient plus présents dans les zones urbaines (99%) que dans les zones rurales (90%). Le taux de satisfaction à l'égard de la supervision était généralement élevée ; 75 % des médecins échantillonnés et 88 % des ATS échantillonnés étaient d’accord pour dire que leurs superviseurs prennent leurs besoins en considération). La réaction initiale de la plupart des superviseurs face à l'absentéisme de leur personnel était de comprendre les raisons de leur absence (63 % à 78 % des cadres s'attendaient à un tel comportement), bien que des sanctions et avertissements de divers types aient été également envisageables. Seulement 1 % à 3 % du personnel de l'ensemble des cadres estimaient qu'aucune mesure ne serait prise en cas d'absence du personnel.

Le personnel a signalé que les collègues s'absentaient en moyenne deux à trois jours par mois, la maladie étant la principale raison, suivie des raisons familiales. Les données sur les absences signalées indiquent qu'environ 11 % des journées de travail étaient perdues chaque mois, avec des niveaux plus élevés pour les médecins que pour les autres membres du personnel et des niveaux plus élevés pour les zones urbaines (bien que la différence n’ait pas été significative).

Satisfaction

L'agent de santé moyen était assez satisfait de la vie en général (2,8 sur 4) et se sentait neutre quant à ses perspectives de carrière (2,6) et à son équilibre travail-vie privée (2,6). Les agents de santé étaient plus insatisfaits de leur situation financière (2.1), de leurs conditions de travail (2.4), même si ce sont surtout les médecins et les sages-femmes qui en souffraient. Un indice composite couvrant 22 indicateurs suggère une plus grande insatisfaction des médecins, par rapport aux autres cadres, et un niveau d'insatisfaction nettement plus élevé pour le personnel rural (11,5 contre 10,3 pour le personnel urbain, sur un total de 20). Les indicateurs de satisfaction générale à l'égard de la vie comprennent de bonnes conditions de travail, une motivation intrinsèque et un meilleur milieu socio-économique. En ce qui concerne le score composite de satisfaction, le fait de travailler en milieu urbain et d'être une femme était également associé de façon significative et positive à la satisfaction.

En ce qui concerne les questions précises sur leur carrière, la majorité des notes moyennes indiquent un niveau élevé de satisfaction ou des sentiments positifs. Les exceptions étaient les craintes d'être au chômage ou d'être affecté ailleurs, et les préoccupations vis-à-vis de l’excellence du travail effectué.

Si l'on examine la satisfaction des agents de santé quant à la qualité de leur établissement, la majorité (60 %) estimait que l'établissement répond aux demandes de leurs patients. Cependant, les médecins sont les plus critiques, seulement 37 % d'entre eux estimaient que leur établissement répond aux besoins de leurs patients. Dans l'ensemble, ce que les agents de santé souhaitaient le plus, c'est de voir des améliorations au niveau des compétences de leurs collègues (35 %), de l'équipement (29 %) et de l'infrastructure dans leurs établissements (15 %). Bien qu'il y ait eu peu de variation entre les quatre cadres, il existait des différences significatives entre les agents de santé urbains et ruraux. 15 % des travailleurs ruraux auraient aimé voir une amélioration de la disponibilité des médicaments et du matériel, mais cette proportion était de 6 % pour les travailleurs urbains. En outre, les travailleurs urbains auraient aimé voir la propreté et l'hygiène de leurs structures s'améliorer, alors que ce n'était le cas que pour 4 % des agents de santé dans les zones rurales.

Profils de motivation

Les agents de santé présentaient de faibles niveaux de motivation, des niveaux modérés de motivation intrinsèque et une réglementation bien identifiée et intégrée avec un score de 2,5 points sur 4, ce qui est beaucoup plus élevé que les scores pour la réglementation externe et introjectée. Cela suggère que le travailleur de santé moyen serait motivé surtout par le fait d'aider les autres, d'avoir des responsabilités, de donner un sens à son travail et de se sentir personnellement responsable. La motivation intrinsèque, quelque peu contraire aux attentes, était significativement plus élevée pour le personnel de santé urbain que pour le personnel de santé rural.

**Plans de carrière et préférences**

Une grande majorité (85 %) des agents de santé préfèraient, à long terme, exercer dans les zones urbaines. Cependant, cette moyenne était beaucoup plus élevée chez les médecins (94 %), les infirmières (91 %) et les sages-femmes (91 %), alors qu'elle était inférieure chez les travailleurs ATS (75 %). Comme prévu, une plus grande proportion de ceux qui travaillaient en milieu urbain au moment de l’étude préfèraient exercer en milieu urbain à long terme (89 %) que ceux qui travaillaient en milieu rural (63 %). En outre, une grande partie des agents de santé prévoiaient émigrer à l'étranger (85 %). Cette situation était la même chez l’ensemble des cadres et entre les travailleurs urbains et ruraux. 73 % des agents de santé auraient aimé être mutés de leur poste actuel dans un avenir proche, et, là encore, c'était la même chose chez l’ensemble des cadres et à travers les localités. Parmi les 11 % des agents de santé qui veulaient changer de profession, la plupart ont rapporté que c'était parce qu'ils recherchaient de meilleures options de carrière ou de meilleures perspectives de revenu.

Ceux qui avaient l'intention de continuer à travailler dans le secteur de la santé (89 %) préfèraient rester dans le secteur public/ gouvernemental (77 %), tandis que 10 % préfèraient aller dans le secteur privé et 14 % dans le secteur non gouvernemental (ONG)/ confessionnel. Une proportion plus élevée de sages-femmes préfèrait rester dans le secteur publique (89 %), par rapport aux autres travailleurs, tandis que les médecins étaient plus susceptibles de vouloir aller dans le secteur privé ou dans le secteur non gouvernemental (ONG)/ confessionnel. Il y avait peu de différence entre ceux qui travaillaitent en milieu rural et ceux qui travaillaient en milieu urbain en ce qui concerne la préférence de rester dans le secteur public (76 % et 80 %), tandis que les travailleurs urbains préfèraient aller dans le secteur privé (11 %) suivi de ceux qui préfèraient le secteur rural (4 %). La préférence par type d'établissement reflète en grande partie la répartition actuelle du personnel entre les différents types d'établissement.

Si les agents de santé avaient une expérience antérieure de travail en milieu rural, ils avaiet 14,6 % plus de chances d'y travailler au moment de l’étude. Chaque année supplémentaire d'expérience antérieure dans un établissement rural était associée à une augmentation de 1 % de la probabilité de préférer travailler dans les régions rurales à long terme. Toutefois, il est intéressant de noter qu'une certaine exposition aux zones rurales pendant la formation n'était pas fortement corrélée avec le fait de travailler dans les zones rurales au moment de l’étude, mais a une certaine corrélation avec une préférence pour le faire. La motivation d'un travailleur de la santé était un autre facteur prédictif de la préférence pour les établissements ruraux et du fait qu'il travaillait dans ces établissements. Ceux qui avait une motivation intrinsèque plus forte étaient plus susceptibles de travailler dans des établissements urbains (3 % plus susceptibles) au moment de l’étude – peut-être en raison des meilleures conditions de travail qu'on y trouvait – mais était plus susceptibles de préférer les structures rurales sur le long terme.

**Rémunération**

Dans l'ensemble, les agents de santé en Guinée ont déclaré un salaire mensuel net moyen de 185 USD et une médiane de 156 USD (Tableau 16), allant de 127 USD pour les ATS ruraux à 551 USD pour les médecins ruraux. En moyenne, les agents de santé ont déclaré recevoir une indemnité publique supplémentaire de 19 USD (médiane de 2 USD), bien que cette faible valeur soit due au fait que 32 % des agents de santé ne déclaraient pas recevoir d'autres types de paiement non salarial.

Les médecins étaient plus susceptibles que les autres agents de santé de recevoir des paiements non salariaux supplémentaires, 68 % des médecins urbains et 60 % des médecins ruraux recevant une autre forme de paiement. En particulier, ils étaient plus susceptibles de recevoir des allocations de transport, de logement et autres. Les infirmières, les sages-femmes et les ATS bénéficiaient d'un traitement similaire en termes d'allocations et d'autres paiements non salariaux. Dans l'ensemble, il ne semblait pas y avoir de tendance cohérente en ce qui concerne le personnel urbain et rural de la santé.

Si l'on examine les montants des divers paiements non salariaux, on constate qu'il y avait très peu de variation entre les cadres et les localités. Le paiement mensuel médian pour le transport était de 30 USD et pour le logement de 11 USD, et ces valeurs étaient exactement les mêmes pour les huit combinaisons de cadres et de localités. Comme on peut s'y attendre, il y avait plus de variation au niveau de l’indemnité journalière et de la rémunération au rendement. Dans l'ensemble, le paiement non salarial total médian était de 45 USD, les médianes étant similaires pour l'ensemble des cadres et des localités.

Les agents de santé ont déclaré recevoir régulièrement des paiements, 95 % d'entre eux n'ayant jamais manqué un paiement. Cependant, un tiers avait été payé en retard. Le nombre moyen de retards de paiement au cours de l'année écoulée était de 1,5. L'estimation était plus élevée pour les médecins (1,8) et les sages-femmes (2,0), et plus élevée pour les travailleurs ruraux (2,2) que pour les travailleurs urbains (1,3).

16 % des agents de santé ont affirmé qu'il était courant que les patients paient pour leurs services. Cette proportion était plus élevée dans les zones rurales (22 %) que dans les zones urbaines (15 %), bien que la différence n’ait pas été significative. 53 % des agents de santé étaient à l'aise d'accepter une rémunération, ce qui était plus élevé pour les travailleurs ruraux (62 %) que pour les travailleurs urbains (51 %), bien que cela n’ait pas été significatif. Diverses autres stratégies de rémunération étaient également mises en œuvre. Dans l'ensemble, 14 % des agents de santé déclaraient qu'il est pratique courante de recevoir des paiements pour fournir un meilleur traitement aux patients dans les établissements publics, avec une moyenne rapportée de 14 USD reçus par les agents de santé de cette source. Cette proportion était plus élevée dans les établissements ruraux (22 %) que dans les établissements urbains (13 %). La réception de cadeaux était largement répandue, avec 60 % des agents de santé recevant des cadeaux, ce qui était plus élevé dans les établissements urbains (62 %) que dans les établissements ruraux (49 %). Environ 88 % de ceux qui ont dit que c'était courant étaient à l'aise avec cette pratique.

En ce qui concerne la poursuite d'autres activités économiques, 23 % des agents de santé ont déclaré qu'il était courant de consulter les patients en privé en dehors des heures de travail, et de recevoir en moyenne 10 USD par semaine. Inopinément, la proportion était plus élevée chez les travailleurs ruraux (36 %) que chez les travailleurs urbains (20 %). 21 % des agents de santé ont également affirmé qu'il était pratique courante d'exercer des activités génératrices de revenus non liées à la santé, comme l'agriculture, en plus d'être un professionnel de la santé. La question de la double fonction et de la génération de revenus informels était sensible, et il est presque certain que les montants des revenus déclarés étaient sous-estimés.

**Résultats du DCE**

Pour le DCE, les réponses étaient dans l'ensemble bien équilibrées, bien qu'il soit intéressant de noter qu'une proportion faible mais significative du personnel de santé suivait les attributs dominants : 10 % des médecins optaient toujours pour la spécialisation, tandis que 8,5 % suivaient toujours le salaire le plus élevé. Pour les infirmières et les sages-femmes, certaines zones dominaient : 13 % des infirmières choisissaient toujours Conakry comme lieu d'affectation, tandis que 7 % choisissaient toujours un hôpital régional ; l'équivalent pour les sages-femmes était de 22 % et 4 %, respectivement.

L'analyse des résultats du DCE indique que pour tous les agents de santé, à l'exception des ATS, la localisation et la formation étaint les éléments les plus importants. Pour les médecins, les hôpitaux de Conakry et les hôpitaux régionaux aveint à peu près la même valeur, mais le coût négatif associé à un hôpital préfectoral (de district) était le plus élevé, estimé à environ 566 USD. Pour les infirmières et les sages-femmes, l'établissement ayant le plus bas niveau était le centre de santé rural, pour lequel elles auraient besoin de 433 USD. Cependant, l'emplacement des préfectures n'était pas très différent de celui des hôpitaux de Conakry ou des hôpitaux régionaux. Pour les infirmières et les sages-femmes, il était plus important d'accroître leur capital humain : une spécialisation en soins infirmiers et des ateliers fréquents étaient tous deux évalués à environ 666 USD par mois. Les ATS valorisaient également l'amélioration de leurs compétences et de leur statut par rapport à ceux des infirmières, soit 455 USD de plus, ce qui constituait également la plus grande caractéristique. La spécialisation venait au deuxième rang pour les médecins, avec environ 444 USD, tandis que les ateliers de formation vallaient 111 USD. En troisième position se trouvaient les conditions de travail dans l'établissement de santé, évaluées par les médecins à 122 USDpour le niveau moyen et à 211 USD pour les bonnes conditions. Les infirmières et les sages-femmes accordaient plus de valeur aux conditions de travail, soit respectivement 244 USD et 288 USD par mois en moyenne. Les conditions de travail n’étaient pas significatives pour les ATS. Les bonnes conditions étaient plus appréciées que les conditions de niveau moyen par tous les cadres, mais la différence n'était pas statistiquement significative. En quatrième position se trouvait le logement, à environ 111 USD pour les médecins, les infirmières et les sages-femmes, et à 44 USD pour les ATS. La valeur accordée aux motos était plus variée : les médecins les évaluaient moins que le logement, soit à seulement 67 USD, tandis que les infirmières/ sages-femmes et les ATS les évaluaient plus que le logement, soit à 211 USD et 133 USD par mois, respectivement. La différence entre la moyenne du logement et celle du transport n'était toutefois statistiquement significative pour aucun groupe.

Dans l'analyse désagrégée, il y avait une importance minime dans les divers groupes de médecins testés. Le sexe et l'origine rurale ne façonnaient pas les préférences de manière significative. Il n'y avait que deux attributs qui peuvaient changer : les motos et la spécialisation étaient préférées par les jeunes médecins (moins de 44 ans) et peu appréciées par les plus âgés. La spécialisation n'était pas tant recherchée par les médecins qui étaient mariés et avaient une maison que par les médecins dont le statut économique déclaré était inférieur.

Il y avait beaucoup plus de diversité dans les préférences des infirmières et des sages-femmes. En termes de localisation, ceux qui étaient mariés, d'origine rurale, plus pauvres, plus âgés et de sexe masculin préfèraient un hôpital régional ou un hôpital préfectoral, plutôt qu'une structure à Conakry. Les infirmières/ sages-femmes d'une région rurale, dont le statut socioéconomique était jugé faible par les répondants, et les hommes, accordaient une valeur positive à une affectation dans un centre de santé rural. La cohorte plus jeune et de la classe moyenne accordait une valeur élevée à l'équipement et à la spécialisation. Un détachement à durée limitée intéressait principalement la jeune cohorte.

Pour les ATS, il y avait moins d'hétérogénéité dans les préférences des différents groupes. Nous avons constaté que, comme pour les autres agents de santé, les jeunes accordaient de l’importance aux études plus poussées. Les personnes socio-économiquement riches avaient une forte préférence pour rester à Conakry. Les ATS d'origine rurale étaient intéressés par un bon salaire, alors que les femmes l’étaientmoins.

En examinant les ensembles d’attributs nécessaires pour accroître l'attrait et la rétention, nous avons d'abord conçu un scénario de référence, qui consistait en un emploi type à chaque niveau d'établissement. En appliquant ces hypothèses, l'équilibre naturel laissait les établissements de niveau inférieur en sous-effectif, avec seulement 9 % des médecins, 11 % des infirmières/ sages-femmes et 15 % des ATS choisissant d'y travailler.

La recherche indique que si l'on offrait des équipements et des ateliers de niveau moyen, la part des médecins dans les hôpitaux préfectoraux serait passé à 15 %. Une deuxième amélioration était de donner à ceux qui allaient en milieu rural une plus grande probabilité de spécialisation au lieu des ateliers. La simulation donnait une très forte augmentation du taux d'acceptation : 26 % (ce qui équivallait à une augmentation salariale de 444 USD). La troisième modernisation consistait à rénover les établissements du niveau préfectoral, et à construire une maison pour les médecins. Cela aurait augmenté le taux de participation de 6 % (~1/3) et amélioré le bien-être des patients grâce à de meilleurs établissements et à des heures d'ouverture plus longues pour les urgences. Enfin, la quatrième option consistait en un doublement du salaire des médecins, en plus du logement, des matériaux de qualité et des possibilités de spécialisation, ce qui aurait permis à 44 % des médecins d'exercer au niveau préfectoral.

Pour les infirmières et les sages-femmes, l'affectation "naturelle" aux centres de santé ruraux (selon les mêmes hypothèses que pour les médecins) n’aurait été que de 11 %, et plus des deux tiers auraient été à Conakry ou dans un hôpital régional. Cela n'était pas conforme à la répartition optimale du personnel de santé. Nous estimons que l'organisation d'ateliers ou l'offre d'une spécialisation pour renforcer leurs compétences, associée à l'amélioration de l'équipement, aurait permis d'augmenter le taux d'absorption des emplois ruraux de presque trois fois. Cela à lui seul aurait permis d'assurer un bon équilibre entre les infirmières et les sages-femmes dans les différents types d'établissements.

La répartition des ATS entre les différents niveaux n'était pas aussi déséquilibrée que le marché des médecins, des infirmières et des sages-femmes : au départ, 21 % auraient travaillé au niveau des centres de santé ruraux et 15 % dans les postes de santé. Comme pour les autres agents de santé, la mise à niveau des compétences (infirmière) aurait été un facteur de motivation déterminant, portant à 27 % le taux d'absorption dans les postes de santé. Bien que l'équipement ou le logement n'auraient pas eu un effet important, une hausse de salaire de 222 USD aurait augmenté le nombre de travailleurs de 7 %.

**Points de vue des utilisateurs**

Notre échantillon de patients était plus équilibré que celui des agents de santé, 47 % des patients vivant en milieu rural. Les besoins socio-économiques élevés de la population sont illustrés par le fait que 67 % de tous les patients ne savaient ni lire ni écrire et n'avaient pas terminé leurs études primaires (80 % des patients des zones rurales n'avaient pas terminé leurs études). 74 % de ceux vivant dans les zones rurales se décrivaient comme pauvres ou très pauvres ; dans les zones urbaines, ce chiffre se situait toujours à 53 %.

Un quart des patients vivaient dans un rayon de 1 km de l'établissement de santé et la distance médiane de l'établissement était de 3 km. Si l'on considère le statut socio-économique, la distance avait tendance à avoir une corrélation avec la richesse des patients, puisque ceux du quintile socio-économique inférieur parcouraient en moyenne 25 km, ceux du quintile intermédiaire 12 km et ceux du quintile supérieur 8 km. Les plus grandes distances à parcourir étaient souvent liées aux patients des régions rurales qui se rendaient dans les hôpitaux tertiaires urbains. En moyenne, les patients des régions rurales parcouraient 21 km, tandis que ceux des régions urbaines parcouraient 8 km. La plupart des patients ruraux se rendaient à pied à leur établissement de santé (58 %), tandis que les patients urbains étaient plus susceptibles d'utiliser les transports en commun (61 %). La durée moyenne du trajet était de 41 minutes, et variait d'une minute à trois heures.

Le temps d'attente était de moins d'une heure pour 77 % des patients et d’une à trois heures pour 21 % d'entre eux. Très peu de patients (7 sur 485) doivaient attendre plus de trois heures avant la consultation. Ceux issus des milieux socio-économiques les plus défavorisés avaient tendance à attendre moins longtemps, ce qui aurait pu s'expliquer par le fait que les patients les plus riches vivaient dans des zones urbaines où les établissements étaient plus occupés. En effet, dans 81 % des cas, les patients des régions rurales étaient vus au bout d'une heure, comparativement à 73 % dans les régions urbaines.

Les temps de consultation variaient selon les régions rurales et urbaines – 15 minutes en moyenne dans le premier cas et 21 minutes dans le second. Les patients ont signalé des scores élevés dans la plupart des domaines de qualité, avec peu de différence entre les zones rurales et urbaines. La satisfaction des patients était élevée dans tous les domaines – la satisfaction globale était de 93 % en milieu rural et de 89 % en milieu urbain – et la plupart aurait recommandé l'établissement à leurs amis et à leur famille. Les patients étaient plus satisfaits de la langue parlée, du sexe et de l'attitude du professionnel de la santé, ainsi que des analyses de laboratoire et les examens physiques. Ils étaient moins satisfaits du coût du traitement, de l'explication de la maladie et de l'historique de la maladie.

71 % des patients effectuent un certain nombre de paiements dans les établissements de santé, avec un paiement médian de 8 USD pour ceux qui se souviennent des montants. Si l'on compare les patients des régions rurales à ceux des régions urbaines, 76 % des patients vivant en milieu urbain doivent payer des frais, comparativement à 66 % de ceux qui vivent en milieu rural. Cependant, le tarif total médian est inférieur pour les citadins, soit 7 USD, comparativement à 8 USD pour les patients des régions rurales. Il ne semblait pas y avoir de tendance significative d'un statut socio-économique à l'autre.

Gloablement, seuls 27 % des patients ont reçu une facture pour leur paiement (31 % en milieu urbain et 21 % en milieu rural). 2 % ont déclaré avoir payé un membre du personnel pour obtenir un meilleur service et 2 % ont déclaré avoir offert des cadeaux au personnel. La plupart des revenus des ménages en milieu rural (72 %) et quelques uns des revenus en milieu urbain (28 %)) et des ménages proches de zéro étaient protégés par des mécanismes de partage des coûts tels que les assurances (0,7 % en milieu rural, 0,5 % en milieu urbain). La deuxième stratégie consistait à miser sur l'épargne (17 % des patients en milieu rural, 26 % en milieu urbain). Cependant, certains devaient adopter des stratégies plus risquées, comme la vente de biens (5 % en milieu rural, 1 % en milieu urbain) et des emprunts à la famille ou à des amis (10 % en milieu rural, 9 % en milieu urbain). Selon les patients, ils appliqueraient les mêmes stratégies à l'avenir, mais en mettant davantage l'accent sur l'épargne, la vente de biens et les emprunts.

Conclusion

Les enquêtes ont généré de nouvelles preuves et des données primaires sur la motivation et les choix du marché du travail du personnelde santé en Guinée. Les témoignages peuvent être utilisés pour aider à éclairer le dialogue politique sur les ressources humaines pour la santé (RHS) et les orientations futures de la recherche sur les RHS en Guinée. L'identification et la justification d'un ensemble d'orientations politiques prioritaires en matière de RHS nécessitent une évaluation complète du marché du travail et davantage d'informations sur le contexte et la disponibilité, la répartition et les performances du personnel de santé en Guinée. Elle exige également de l'information sur la faisabilité, le coût et l'efficacité de toute politique envisagée. Dans cette optique, un certain nombre de domaines potentiels peuvent néanmoins être mis en évidence pour être pris en considération dans tout dialogue politique ultérieur sur les RHS en Guinée :

1. En ce qui concerne **la formation**, il pourrait être recommandé de recruter du personnel issu des milieux pauvres et des zones rurales, en particulier pour les infirmières, les sages-femmes et les ATS. Il peut également être avantageux de veiller à ce que tous les membres du personnel passent une période obligatoire dans les zones rurales pendant leur formation, quelle que soit leur origine.
2. Les domaines de **compétence** dans lesquels le personnel a exprimé un manque de confiance pourraient être revus dans la formation de base et la formation interne, compte tenu en particulier du rôle important du secteur privé non réglementé dans la formation du personnel de santé.
3. Afin d'améliorer le **recrutement des médecins** dans les établissements de niveau inférieur, tels que les hôpitaux préfectoraux, l'offre d'une spécialisation conditionnelle, en particulier pour le personnel plus jeune, pourrait être envisagée, parallèlement à une aide au logement et au transport dans ces lieux. La mise en place d'une assurance maladie et de contrats à durée déterminée pour les détachements ruraux pourrait également faire l'objet d'une expérimentation.
4. Pour **les infirmières et les sages-femmes**, il peut être rentable de mettre l'accent sur la formation et les ateliers, en plus du transport et du logement, pour les retenir au niveau des centres de santé.
5. Pour les **ATS**, un programme similaire est attrayant, la formation présentant un intérêt particulier pour les jeunes, qui pourraient proposer un perfectionnement après une période de service obligatoire en tant que ATS dans les postes ou centres de santé. Les données internationales confirment l'existence d'une politique de soutien aux cadres de niveau intermédiaire, comme ceux-ci, afin de fournir une couverture sanitaire de base dans les zones rurales.
6. L'importance d'une **supervision de soutien** pour la satisfaction du personnel est soulignée et peut être renforcée à faible coût par le soutien et la formation de la direction.
7. Des **investissements plus importants dans l'équipement** peuvent également s'avérer nécessaires, bien que nos conclusions soulignent que ces investissements devraient se concentrer sur les fruits à portée de main, tels qu'un approvisionnement fiable en intrants médicaux de base, plutôt que sur la modernisation coûteuse des infrastructures.
8. En ce qui concerne **les paiements par les patients**, des mesures pourraient être prises à chaque niveau pour faire en sorte que les frais d'utilisation soient réduits grâce à une meilleure mise en commun des risques et que les frais soient prévisibles, transparents et entièrement acquittés, avec une tolérance zéro pour les paiements informels.

Plus généralement, les **flux de financement de la santé publique** pourraient être adaptés pour soutenir un système plus décentralisé de recrutement et de gestion du personnel de santé, en veillant à ce que les récompenses et les incitations soutiennent les priorités publiques visant à assurer une couverture équitable du personnel de santé.

Table des matières

[Préface iii](#_Toc31280084)

[Exposé sommaire iv](#_Toc31280085)

[Résumé analytique v](#_Toc31280086)

[Introduction v](#_Toc31280087)

[Méthodes v](#_Toc31280088)

[Résultats de l’étude vi](#_Toc31280089)

[Conclusion xv](#_Toc31280090)

[Table des matières xvii](#_Toc31280091)

[Liste des tableaux et des figures xix](#_Toc31280092)

[Liste des abréviations xxiii](#_Toc31280093)

[1 Introduction 1](#_Toc31280094)

 [Contexte 1](#_Toc31280095)

[1.1 1](#_Toc31280096)

[1.2 Objectifs de l’étude 7](#_Toc31280097)

[2 Méthodes 8](#_Toc31280098)

[2.1 Composantes 8](#_Toc31280099)

[2.2 Objectifs et aperçu 8](#_Toc31280100)

[2.3 Questions de recherche 9](#_Toc31280101)

[2.4 Échantillonnage 11](#_Toc31280102)

[2.5 Outils de collecte de données 13](#_Toc31280103)

[2.6 Réalisation de l’enquête 13](#_Toc31280104)

[2.7 Gestion et nettoyage des données 13](#_Toc31280105)

[2.8 Analyse des données 14](#_Toc31280106)

[2.9 DCE 14](#_Toc31280107)

[2.10 Considérations éthiques 17](#_Toc31280108)

[2.11 Limites méthodologiques 17](#_Toc31280109)

[3 Population étudiée 19](#_Toc31280110)

[3.1 Caractéristiques des établissements de santé échantillonnées 19](#_Toc31280111)

[3.2 Caractéristiques du professionnel de santé échantillonné 21](#_Toc31280112)

[3.3 Caractéristiques des patients échantillonnés 23](#_Toc31280113)

[4 Travailler comme agent de santé 24](#_Toc31280114)

[4.1 Expérience et exposition aux établissements ruraux 24](#_Toc31280115)

[4.2 Motivations pour devenir agents de santé et préparation 27](#_Toc31280116)

[4.3 Charge de travail 31](#_Toc31280118)

[4.4 Gestion et supervision 33](#_Toc31280119)

[4.5 Perceptions et plans des agents de santé 35](#_Toc31280120)

[4.6 Absentéisme 49](#_Toc31280121)

[4.7 Rémunération 51](#_Toc31280122)

[5 Choix du personnel de santé 59](#_Toc31280123)

[5.1 Qualité des données préliminaires 59](#_Toc31280124)

[5.2 Taux marginal de substitution et disposition à payer 62](#_Toc31280125)

[5.3 Effet hétérogène 66](#_Toc31280126)

[5.4 Forfaits 66](#_Toc31280127)

[Médecins 67](#_Toc31280128)

[6 Expérience des utilisateurs 72](#_Toc31280129)

[6.1 Raisons du choix de l’établissement de santé et accès 72](#_Toc31280130)

[6.2 Expérience de consultation 74](#_Toc31280131)

[6.3 Coût 76](#_Toc31280132)

[6.4 Satisfaction 78](#_Toc31280133)

[7 Conclusions et implications politiques 82](#_Toc31280134)

[Références 86](#_Toc31280135)

[Annex A Détails supplémentaires sur les méthodes 87](#_Toc31280136)

[Annex B Autres tableaux et figures de données 97](#_Toc31280137)

[A.1 Enquête sur les établissements 97](#_Toc31280138)

[A.2 Enquête sur les agents de santé 106](#_Toc31280139)

[A.3 Enquête auprès des patients 112](#_Toc31280140)

Liste des tableaux et des figures

[Tableau 3 : Effectif moyen du personnel par localité 19](#_Toc31280141)

[Tableau 4 : Nombre moyen de patients par localité 20](#_Toc31280142)

[Tableau 5 : Fonctionnalité des établissements par localité, région géographique et types 21](#_Toc31280143)

[Tableau 6 : Répartition des agents de santé par zone géographique par type 22](#_Toc31280144)

[Tableau 7 : Proportion des agents de santé ayant une expérience de travail à différents niveaux des établissements de santé 25](#_Toc31280145)

[Tableau 8 : Tâche accomplie malgré une formation inadéquate par type de travailleur de la santé 30](#_Toc31280146)

[Tableau 9 : Nombre moyen de jours de travail par semaine, d’heures de travail par jour, d’heures de travail par semaine et nombre de patients consultés par type de travailleur de la santé 31](#_Toc31280147)

[Tableau 11 : Score composite de motivation 39](#_Toc31280148)

[Tableau 12 : Score moyen d’accord avec les énoncés liés à la carrière sur une échelle de quatre points 41](#_Toc31280149)

[Tableau 13 : Préférences des agents de santé (lieu, poste et profession) 43](#_Toc31280150)

[Tableau 17 : Paiements par des patients dans les établissements de santé publique 56](#_Toc31280151)

[Tableau 18 : Paiements pour l'amélioration des services, la réception de cadeaux, la consultation privée et la poursuite d'activités génératrices de revenus non liées à la santé (en USD) 57](#_Toc31280152)

[Tableau 23 : Scénarios, caractéristiques et affectation au niveau le plus bas de l'établissement 71](#_Toc31280153)

[Tableau 24 : Paiements dans les établissements de santé 77](#_Toc31280154)

[Tableau 25 : Score moyen d'accord avec les affirmations relatives à la satisfaction des utilisateurs sur une échelle de quatre points 80](#_Toc31280155)

[Tableau 26 : Modèle de régression multiple pour prédire la satisfaction globale à l'égard de l'établissement en fonction des patients (score de 1 à 4) 81](#_Toc31280156)

[Tableau 31 : Catégorie 3 : Motivation 92](#_Toc31280157)

[Tableau 32 : Catégorie 4 : Motivation 93](#_Toc31280158)

[Tableau 33 : Construction de l’indicateur de fonctionnalité de l’établissement 95](#_Toc31280159)

[Tableau 34 : Nombre moyen de chambres et de lits dans chaque établissement de santé, par localité 97](#_Toc31280160)

[Tableau 35 : Principales sources d'électricité dans chaque localité 100](#_Toc31280161)

[Tableau 36 : Sources d'électricité de secours disponibles dans chaque localité 100](#_Toc31280162)

[Tableau 37 : Principales sources d'eau dans chaque localité 101](#_Toc31280163)

[Tableau 38 : Types de toilettes dans chaque localité 101](#_Toc31280164)

[Tableau 39 : Durée d’ouverture dans chaque localité 101](#_Toc31280165)

[Tableau 40 : Répartition des rôles pour chaque type de professionnel de la santé 106](#_Toc31280166)

[Tableau 41 : Répartition de la situation d’emploi pour chaque type de professionnel de la santé 107](#_Toc31280167)

[Tableau 42 : Répartition des régions de formation pour chaque type de professionnel de santé 107](#_Toc31280168)

[Tableau 43 : Se sentir bien préparé et formé pour votre poste actuel 107](#_Toc31280169)

[Tableau 44 : Score moyen d’accord avec les différentes affirmations sur une échelle de 4 points, par localité 108](#_Toc31280170)

[Tableau 45 : Proportions d’agents de santé ayant des actifs différents dans les ménages 109](#_Toc31280171)

[Table 46 : Proportions d’agents de santé ayant des actifs différents dans les ménages par localité 110](#_Toc31280172)

[Tableau 47 : Proportion des ménages de patients disposant de biens par localité 112](#_Toc31280173)

[Tableau 48 : Auto-classification socio-économique des patients par sexe et localité 112](#_Toc31280174)

[Tableau 49 : Classification socio-économique basée sur les actifs pour les patients qui se rendent dans les établissements de santé de chaque localité 113](#_Toc31280175)

[Tableau 51 : Répartition des niveaux d’éducation des patients par localité 114](#_Toc31280176)

[Figure 1 : Répartition des professionnels de la santé par cadre en Guinée en XX 4](#_Toc31280411)

[Figure 2 : Groupe d'âge des agents de santé, par sexe et par type de profession 22](#_Toc31280412)

[Figure 3 : Proportion des agents de santé qui ont exercé dans les zones rurales pendant la formation par type d’agent de santé 24](#_Toc31280413)

[Figure 4 : Nombre moyen d'années de travail comme professionnel de la santé et nombre moyen d'années de travail dans l'établissement actuel, par désignation et localité 26](#_Toc31280414)

[Figure 5 : Nombre de changements d'établissements de santé et nombre de changements de poste, par désignation et par localité 27](#_Toc31280415)

[Figure 6 : Principale raison de devenir agent de santé 28](#_Toc31280416)

[Figure 7 : Proportion d’agents de santé exécutant des tâches sans la formation requise 29](#_Toc31280417)

[Figure 8 : Perceptions des agents de santé sur la charge de travail, par cadre et par localité 32](#_Toc31280418)

[Figure 9 : Perceptions des agents de santé quant aux réactions des superviseurs face à l'absentéisme 34](#_Toc31280419)

[Figure 10 : Niveau de satisfaction sur certains domaines clés (sur une échelle de 4 points), par localité et par type d'agent de santé 35](#_Toc31280420)

[Figure 12 : Le secteur préféré des agents de santé (si ces derniers ont l'intention de rester dans le secteur de la santé, n = 535) 44](#_Toc31280421)

[Figure 13 : Préférence du type d'établissement de l’agent de santé (si l’agent a l’intention de rester dans un établissement de santé, n = 535) 45](#_Toc31280422)

[Figure 14 : Proportion d'agents de santé qui estiment que leur établissement de santé répond aux besoins des patients 48](#_Toc31280423)

[Figure 15 : Répartition de l’aspect le plus important que les agents de santé aimeraient améliorer dans leur établissement de santé 49](#_Toc31280424)

[Figure 16 : Nombre moyen de jours d'absence des collègues (par mois) 50](#_Toc31280425)

[Figure 17 : Principales raisons de l'absence de collègues de travail 50](#_Toc31280426)

[Figure 18 : Raisons de l'absence du personnel de santé 51](#_Toc31280427)

[Figure 19 : Nombre moyen de paiements en retard et manquants par cadre et localité 55](#_Toc31280428)

[Figure 20 : Proportion d'agents de santé recevant divers types de dons des patients, par type d'agents de santé 58](#_Toc31280429)

[Figure 22 : Taux d’absorption des emplois d'infirmières et de sages-femmes dans les centres de santé ruraux 69](#_Toc31280430)

[Figure 23 : Taux d'absorption des emplois dans les postes de santé ruraux pour les ATS 70](#_Toc31280431)

[Figure 24 : Distance parcourue pour se rendre à l'établissement, par statut socioéconomique et par localité 72](#_Toc31280432)

[Figure 25 : Modes de déplacement pour se rendre à l'établissement par localité 73](#_Toc31280433)

[Figure 26 : Raisons de la visite à l'établissement de santé par statut socio-économique et par localité 74](#_Toc31280434)

[Figure 27 : Temps d’attente à l’établissement par statut socioéconomique et par localité 75](#_Toc31280435)

[Figure 28 : Durée de la consultation par statut socio-économique et localité 75](#_Toc31280436)

[Figure 29 : Activités réalisées dans les établissements de santé 76](#_Toc31280437)

[Figure 30 : Frais totaux médians et pourcentage des patients qui paient des honoraires par statut socioéconomique et localité 77](#_Toc31280438)

[Figure 31 : Satisfait des différents aspects des soins de santé et de l'établissement de santé (score 1-4), par localité 79](#_Toc31280439)

[Figure 32 : Installations disponibles par établissement de santé et emplacement, par localité 97](#_Toc31280440)

[Figure 33 : Services médicaux disponibles, par localité 98](#_Toc31280441)

[Figure 34 : Services de santé disponibles, par localité 99](#_Toc31280442)

[Figure 35 : Electricité, eau et toilettes disponibles, par localité 100](#_Toc31280443)

[Figure 36 : Types de dispositifs/ équipements disponibles dans chaque localité 102](#_Toc31280444)

[Figure 37 : Source des fournisseurs médicaux pour chaque localité 103](#_Toc31280445)

[Figure 38 : Fournitures médicales disponibles, par localité 104](#_Toc31280446)

[Figure 39 : Équipements disponibles et en état de fonctionnement, par localité 105](#_Toc31280447)

[Figure 40 : Service à la clientèle disponible selon l’observation, par localité 106](#_Toc31280448)

[Figure 41 : Conditions socioéconomiques auto-classifiées des agents de santé, par type 111](#_Toc31280449)

[Figure 42 : Conditions socioéconomiques auto-classifiées des agents de santé, par localité 111](#_Toc31280450)

Liste des abréviations

ATS Agents techniques de santé

CERREGUI Cellule de recherche en santé de la reproduction en Guinée

DCE Discrete choice experiment/ Méthode des choix discrets

GNF Franc Guinéen

IDH Indice de développement humain

RHS Ressources humaines pour la santé

MdS Ministère de la Santé

TMS Taux marginal de substitution

ONG Organisation non gouvernementale

OPM Oxford Policy Management

PHRD Fonds fiduciaire japonais

PIB Produit intérieur brut

PNUD Programme des Nations Unies pour le développement

USD Dollar américain

OMS Organisation mondiale de la santé

# Introduction

## Contexte

La République de Guinée est un pays qui jouit d'une abondance de ressources naturelles, mais c'est aussi l'un des pays les plus pauvres du monde. En 2016, sa population totale s'élevait à 12,4 millions d'habitants ; elle est divisée en huit régions administratives et quatre régions géographiques. Avec un revenu national brut par habitant de 670 dollars américains (USD), selon la méthode Atlas, plus de la moitié de sa population vit en dessous du seuil national de pauvreté (Banque mondiale, 2018). En 2016, vis-à-vis du l'indice de développement humain (IDH), la Guinée a été classée 183e pays sur 188 (PNUD, 2016).

La Guinée a une faible espérance de vie de 58 ans en moyenne, en raison du taux de mortalité élevé. La mortalité maternelle est toujours parmi les plus élevées de la région Afrique(OMS, 2015). Le taux de mortalité maternelle en Guinée était de 550 pour 100 000 naissances en 2016. Cela s'explique en grande partie par la faiblesse de la prestation des services, qui est disproportionnellement évidente dans les zones rurales. Tous les indicateurs de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile favorisent les zones urbaines, à l'exception de l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, qui est plus élevée dans les zones rurales (INS, PNLP, ICF, 2017). Le profil épidémiologique de la Guinée reflète un système de santé confronté à de graves pénuries de financement et à des systèmes inefficaces de prestation de services, en particulier dans les zones rurales.

Avant la crise de l’infection au virus Ebola, les dépenses de santé financées par les recettes fiscales générales collectées par l'Etat guinéen ne représentaient que 2 % à 3% des dépenses publiques totales et seulement 0,5 % du PIB. Les dépenses par habitant s'élevaient à 23 USD en 2012 selon la revue des dépenses publiques – réalisée en 2014. À la suite de l’épidémie du virus Ebola, le Gouvernement a augmenté sa part des dépenses, le budget 2017 représentant 8 % du budget alloué à la santé par l’Etat (Ministère de la Santé ; MdS, 2017) ; ce qui représente environ 1,33 % du PIB et des dépenses estimées à 7,58 USD par habitant. En outre, l'exécution du budget en Guinée a été historiquement médiocre, avec seulement 44 % du budget d'investissement prévu du MdS effectivement dépensé en 2016 (MdS, 2017).

L'augmentation récente des dépenses publiques de santé est presque entièrement liée aux investissements (notamment l'embauche de 2 764 personnes supplémentaires en 2016). Pour les dépenses de fonctionnement et l'exécution des programmes de santé prioritaires, le pourcentage reste à peu près le même (environ 6%). Depuis 2005, les dépenses publiques consacrées à d'importants programmes de santé, notamment le Programme élargi de vaccination, les Soins omplets pour les maladies du nouveau-né et de l'Enfant, ainsi que le Programme de santé maternelle, ont représenté moins de 7 % du budget du MdS.

Les dépenses de santé publique ne représentent qu'un tiers des dépenses de santé, contre 45 % dans l'ensemble de la région, et les ménages supportent un lourd fardeau de ces dépenses. Parmi les dépenses privées de santé, qui représentent 4,3 % du PIB (contre une moyenne régionale de 3,5 %), 92 % sont des dépenses directes (contre 62 % en Afrique subsaharienne). Les ménages pauvres, dont la majorité vit à l'extérieur de Conakry et dans les régions les plus reculées du pays, dépensent nettement moins que les ménages riches (bien qu'ils financent une part plus importante). Les programmes dont les programmes d'assurance destinés à soutenir la fourniture gratuite de certains services de santé et à fournir une protection financière aux pauvres ne fonctionnent pas ou sont inexistants. Selon la politique officielle, les indigents sont exemptés du paiement de frais d'utilisation (une ligne budgétaire a été mise en place pour indemniser les prestataires) mais les problèmes de sous-financement et d'identification des indigents limitent l'efficacité de cette politique.

Conakry n'abrite que 15 % de la population, mais reçoit plus d'un tiers (et en 2012 plus de la moitié) des dépenses publiques. En 2012, par exemple, les dépenses publiques de santé par habitant à Conakry étaient environ six fois plus élevées que dans le reste de la Guinée. Ajustées pour tenir compte de la pauvreté, les dépenses publiques de santé à Conakry, dont le taux de pauvreté est près de la moitié de celui du reste du pays, sont presque 12 fois supérieures à celles du reste du pays. La région de Kindia, par exemple, où l'incidence de pauvreté est la plus élevée, affiche les dépenses par habitant les plus faibles, soit 3 200 GNF (0,35 USD) (contre 23 700 GNF « 2,63 USD» à Conakry).

Le secteur de la santé en Guinée est organisé en trois niveaux. Le premier niveau est composé de 925 postes de santé et 410 centres de santé, qui sont les établissements les plus proches des communautés et se trouvent principalement dans les zones rurales. Le deuxième niveau (niveau intermédiaire) est composé de 38 hôpitaux régionaux et préfectoraux qui sont respectivement les hôpitaux de premier et deuxième niveau de référence des centres de santé. Celles-ci sont généralement situées dans les centres urbains régionaux et préfectoraux. Le troisième niveau compte trois hôpitaux spécialisés de niveau tertiaire à Conakry. Ces hôpitaux s'adressent en grande partie aux populations urbaines et aux personnes les plus favorisées du point de vue économique.

Le secteur de la santé parapublique comprend trois dispensaires et quatre hôpitaux associés à des entreprises minières et agricoles. Le secteur privé de la santé se compose à la fois d'établissements de santé à but non lucratif et à but lucratif. Il est dominé par un secteur informel en pleine expansion, dirigé principalement par des infirmières et des agents techniques de santé (ATS) qui offrent des services de santé de base et des traitements à des prix variables. Le secteur privé formel de la santé comprend 41 cliniques et 106 cabinets médicaux, ainsi que des prestataires de médecine traditionnelle (MdS, 2015).

Défis auxquels le personnel de santé est confronté

Les professionnels de la santé sont un élément fondamental de la prestation des services de santé. Leur nombre, répartition et rendement influent directement sur les résultats en matière de santé. Des études à l’échelle mondiale montrent des associations statistiquement significatives entre la densité du personnel de santé et les taux de mortalité maternelle, infantile et infanto-juvénile, et la couverture vaccinale (Anand & Bärnighausen, 2004 ; Chen et al., 2004 ; Anand & Bärnighausen, 2007).

La récente crise du viris Ebola en Guinée a mis une pression supplémentaire sur un système de santé déjà fragile, y compris un effet d'entraînement sur les ressources humaines pour la santé (RHS). Cependant, même avant la crise du virus Ebola, le secteur de la santé en Guinée souffrait déjà d'une densité extrêmement faible de professionnels de santé par habitant, de déséquilibres dans la répartition des professionnels de santé en faveur des zones urbaines, du secteur hospitalier et de la pratique privée (formelle et informelle), ainsi que de faibles niveaux de motivation et de performance (responsables du MdS et universitaires, communication personnelle).

Les établissements de santé à la périphérie du système sanitaire sont souvent dotés d’ATS qui sont des cadres de première ligne formés pendant deux ans à la prestation des services de base et opérant dans toute la Guinée. En l'absence d'autres professionnels de la santé, la plupart des ATS assument toutes les fonctions d'infirmière, de sage-femme ou de médecin. Les ATS sont parfois appuyés par d'autres cadres auxiliaires, ainsi que par des agents de santé communautaires bénévoles au niveau des postes de santé et au sein de la communauté elle-même. Cependant, sans soutien externe, peu de ces fournisseurs de première ligne reçoivent le financement, la supervision, le mentorat et la formation continue nécessaires à la prestation efficace des services de santé. A ces contraintes s'ajoutent le manque d'intrants critiques, dont les produits pharmaceutiques, les suppléments en micronutriments (vitamine A, fer/ folate, zinc) et l'eau propre. Le Dépôt médical central semble fonctionner (à la suite de l'aide reçue par l'Union européenne mais n'en fournit que le maximum qui peut être financé (le financement est la principale contrainte). Du côté de la demande, lorsque l'offre de services existe, l'utilisation est limitée par des problèmes d'inaccessibilité financière (pour les plus pauvres). En théorie, le Gouvernement soutient les soins prénatals et l'accouchement gratuits dans tous les établissements de santé publique en fournissant des trousses d'accouchement, y compris des fournitures pour les césariennes. En réalité, cependant, le manque de financement, de transparence, de responsabilité et de soutien à ce programme rend ces programmes non fonctionnels. Parmi les autres contraintes liées à la demande, citons les longues distances à parcourir pour se rendre aux établissements de santé, les tabous culturels et les perceptions de mauvaise qualité (qui ont augmenté avec le virus Ebola).

En fin 2014, le nombre total d'employés dans les établissements de santé publics et privés s'élevait à 11 527 (MdS, 2015). De ce nombre, 7 706 peuvent être classés comme professionnels de la santé, y compris les médecins, les infirmières, les sages-femmes et les ATS. Cela suggère une densité de 0,62 agents de santé pour 1 000 habitants. Ces chiffres indiquent un déficit important par rapport à l'objectif minimum fixé par l'OMS de 2,28 professionnels de la santé pour 1 000 habitants (MdS, 2015).

Comme le montre la Figure 1, 1 417 médecins (généralistes et spécialistes) représentaient 18 % de tous les agents de santé, soit un médecin pour 8 748 personnes. La proportion d'infirmières était de 20 %. La proportion d’ATS (56 %) était plus élevée que celle des autres cadres, tandis que les sages-femmes représentaient 6 % de l'ensemble des agents de santé.

Figure 1 : Répartition des professionnels de la santé par cvorps en Guinée en XX

Le Tableau 1 montre que les statistiques de densité dans le secteur de la santé en Guinée sont fortement biaisées vers les zones urbaines, et plus particulièrement vers la région de Conakry. Les zones urbaines abritent la plupart des hôpitaux, ainsi que le secteur privé et d'autres activités génératrices de revenus (formelles et informelles). Alors que dans les régions rurales, le taux de personnel médical pour 100 000 habitants était de 0,3 pour 2014, 17 % des professionnels de la santé publique travaillent dans les zones rurales, où vivent 70 % de la population totale (MdS, 2015).

Tableau 1 : Nombre d’agents de santé dans les régions par cadre par

rapport à la proportion de la population

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Zone | Agents de santé (n) | Agents de santé (%) | Population (%) |
| Conakry | 6,361 | 55 | 16 |
| Kindia | 1,030 | 9 | 15 |
| N’Zérékoré | 841 | 7 | 16 |
| Labé | 779 | 7 | 9 |
| Faranah | 689 | 6 | 9 |
| Boké | 660 | 6 | 10 |
| Kankan | 645 | 6 | 19 |
| Mamou | 522 | 5 | 7 |

n : nombre

Les salaires par habitant des agents de santé sont extrêmement bas (par exemple, une infirmière ou une sage-femme gagne moins de 1 000 USD par an et un médecin moins de 1 500 USD). En l'absence de financement, les professionnels de la santé se sont tournés vers les dépenses personnelles et les frais d'utilisation. Ainsi, les services les plus performants et les professionnels de la santé de haut niveau se trouvent de façon disproportionnée dans les zones urbaines (où les possibilités d'imposer des frais d'utilisation et d'exercer d'autres activités génératrices de revenus sont plus nombreuses). Les centres de santé sont en grande partie desservis par des ATS. Ce schéma de mauvaise distribution des RHS est à l'origine d'une partie de l'iniquité des dépenses de santé décrite ci-dessus.

Les données existantes sur la qualité des services suggèrent que certains aspects essentiels pourraient être améliorés. Le Plan national de santé indique que plus de la moitié des utilisateurs de services de santé sont insatisfaits des coûts élevés des services de santé. D'autres goulets d'étranglement signalés sont la mauvaise qualité des services et les longs délais d'attente pour les patients. Sur l'ensemble des établissements du secteur de la santé, 51 % ne répondent pas aux normes définies au niveau national en raison de l'absence de systèmes d'assainissement et de ventilation adéquats. Il est suggéré que le manque d'équipement de base fonctionnel pour le diagnostic et les opérations, une gestion inefficace et inefficiente et l'absence d'eau potable, d'électricité et d'établissements sanitaires fonctionnelles dans les centres de santé ruraux entravent la prestation de services de santé de qualité, en particulier au segment le plus pauvre de la population (MdS, 2015).

Le Gouvernement guinéen a identifié les inégalités dans la composition et la répartition du personnel de santé, ainsi que la faible motivation et la performance sous-optimale des professionnels de la santé, comme un défi crucial pour la prestation efficace des services de santé. Selon le MdS, les principaux défis dans le développement des RHS incluent le manque de données fiables sur le marché du travail de la santé, l'absence de cadres de planification stratégique et le manque de capacité opérationnelle pour coordonner et mettre en œuvre ces stratégies. Des programmes de formation insuffisamment adaptés, des salaires peu élevés et l'absence générale d'incitations pour accroître la motivation des professionnels de la santé sont quelques-uns des principaux goulets d'étranglement qui entravent une meilleure prestation de services (MdS, 2015).

Face à ces défis, le renforcement du personnel de santé, notamment par l'élaboration de politiques incitatives et de politiques de formation novatrices, est devenu une priorité explicite dans les documents d'orientation de la réforme du secteur de la santé guinéen (MdS, 2015). L'un des éléments clés consiste à doter davantage de centres de santé d'infirmières, de sages-femmes et de médecins (on en trouve actuellement un nombre disproportionné dans les hôpitaux) et à déployer les ATS qui, en l'absence d'autres membres du personnel, exercent actuellement les fonctions de médecins de facto dans de nombreux centres de santé, dans les postes de santé et au niveau communautaire. Il faut beaucoup plus de données probantes pour aider à éclairer les incitations et les interventions en matière de formation pour y parvenir.

**Comprendre le comportement des professionnels de la santé du côté de l'offre**

Il est primordial d'obtenir des éléments de données probantes sur la dynamique du marché du travail dans le secteur de la santé pour élaborer des politiques fondées sur des bases factuelles et ciblées concernant le personnel de santé. L'un des principaux résultats d'une analyse du marché du travail dans le secteur de la santé est une meilleure compréhension du comportement des professionnels de la santé du côté de l'offre. Les professionnels de la santé font des choix sur leur lieu de travail et leur rendement en fonction de caractéristiques et de circonstances personnelles, d'incitatifs et de l'environnement institutionnel et organisationnel (Scheffler et al., 2016). L'acceptation du travail par les professionnels de la santé dans différents lieux géographiques (urbains ou ruraux, nationaux ou étrangers) et organisationnels (établissements de santé publics ou privés) est largement fonction des préférences, des décisions et des comportements individuels.

Une stratégie pour obtenir des données probantes sur le comportement des professionnels de la santé du côté de l'offre consiste à effectuer une analyse descriptive des motivations, préférences ou comportements déclarés des étudiants et des professionnels de la santé, ainsi que des facteurs monétaires et non monétaires qui les influencent. Bien que l'analyse descriptive ne soit pas aussi puissante que l'analyse occasionnelle, elle peut néanmoins générer des données et des informations quantitatives importantes, y compris diverses corrélations statistiques, pour aider à éclairer le dialogue politique sur les RHS, notamment sur les stratégies concernant les incitations ou la formation innovante.

Par exemple, les enquêtes transversales auprès des professionnels de la santé, y compris ceux qui utilisent la méthode des choix discrets (« discrete choice experiment » ; DCE), sont de plus en plus pratiquées pour encadrer l'élaboration des politiques incitatives. Le DCE ont pris de l'ampleur en tant que moyen d'informer les mécanismes d'élaboration des politiques afin de réduire les iniquités dans le nombre et la répartition des professionnels de la santé – en particulier dans les milieux aux prises avec des contraintes budgétaires. La méthode est appliquée pour identifier et mesurer l'importance relative des différentes incitations monétaires et non monétaires qui influencent les préférences des professionnels de la santé. Plus récemment, des analyses utilisant le DCE sur le personnel de santé ont été effectuées dans des pays à revenu faible et intermédiaire (Mandeville et al., 2014 ; Blaauw et al., 2010 ; Smitz et al., 2016).

Des enquêtes transversales auprès d'étudiants en santé ont contribué à allimenter la discussion sur l'élaboration de politiques éducatives transformatrices, comme les politiques d'acheminement en milieu rural. Des variables telles que l'origine rurale des étudiants, l'exposition à la formation rurale et les programmes d'études axés sur le milieu rural, par exemple, ont été identifiées comme des prédicteurs clés de la volonté des professionnels de la santé à travailler en milieu rural. Ces données ont, entre autres, permis de justifier et d’éclairer l'élaboration de stratégies de formation où les professionnels de la santé *originaires* des zones rurales sont formés *dans* les zones rurales, et *pour* les zones rurales.

Enfin, bien qu'une évaluation rigoureuse du rendement à l'aide d'une combinaison d'observation directe et de vignettes soit la plus souhaitable, il a été démontré que les sondages auprès des patients à la sortie de l'hôpital ont aussi de la valeur et peuvent faire ressortir certains aspects du rendement des professionnels de la santé (du point de vue de leurs patients). Dans l'ensemble, les données sur les préférences, la satisfaction et la motivation des professionnels de la santé (professionnels de la santé et étudiants en santé), lorsqu'elles sont complétées par des indicateurs indirects du rendement réel et de la qualité des soins ainsi que par des renseignements généraux sur les contraintes auxquelles ils sont confrontés dans leur milieu de travail (au moyen d'enquêtes dans les établissements), peuvent appuyer l'élaboration de politiques ciblées, efficaces et efficientes en matière de mesures d'incitation, d'éducation et de réglementation pour améliorer la main-d'œuvre et le système de santé.

## Objectifs de l’étude

L'objectif global de l'étude est de générer de nouvelles preuves pour alimenter le dialogue politique sur le renforcement des RHS en Guinée. Pour ce faire, une étude représentative a été réalisée pour évaluer les caractéristiques de l'offre des professionnels de la santé, complétée par des indicateurs de performance fournis par les patients et des informations sur les conditions de travail émanant d'une enquête auprès des établissements. Les données ont été recueillies au moyen de trois enquêtes transversales représentatives :

1. **Professionnels de la santé :** *Professionnels de la santé (médecins généralistes, infirmières/ sages-femmes, ATS) actuellement employés sur le marché du travail de la santé*. Il s'agissait notamment de produire de l'information sur la motivation, la satisfaction et les préférences déclarées des professionnels de la santé déjà employés dans le marché du travail de la santé, ayant des antécédents et des caractéristiques différents. Un DCE a également été utilisé pour déterminer et mesurer l'importance relative des variables influant sur la prise de décision prospective en ce qui concerne le recours à différents emplois.
2. **Patients :** *Les patients qui se sont rendus récemment dans un établissement de santé pour se faire soigner.* Il s'agissait notamment d’interroger les patients afin d'obtenir des données indirectes sur le rendement, la productivité et la qualité de la prestation des services par les professionnels de la santé.

**Établissements de santé :** Dans les établissements visités, pour interroger le personnel et les patients, nous avons recueilli des informations sur le contexte de travail des professionnels de la santé, l'absence ou la qualité des installations et des commodités existantes, comme l'électricité, l'eau et les installations sanitaires, la qualité du matériel et de l'infrastructure disponibles, ainsi que le nombre et la gamme des services de santé offerts.

Le présent rapport présente l'analyse des enquêtes susmentionnées.

# Méthodes

## Composantes

L'étude a principalement porté sur deux enquêtes transversales représentatives au niveau national : une enquête auprès des agents de santé et une enquête sur les patients à leur sortie de l’hôpital. En outre, nous avons mené une enquête sur les établissements de santé dans lesquels le personnel de santé et les patients ont été échantillonnés afin de comprendre le fonctionnement de ces établissements. Dans les sections suivantes, nous exposons l'approche méthodologique détaillée de ces enquêtes.

## Objectifs et aperçu

Enquête sur les agents de santé

L'objectif de l'enquête sur le personnel de santé était d'obtenir de nouvelles données pour comprendre la motivation, le comportement et les choix de travail opérés par les professionnels de santé actuellement employés dans les établissements de santé primaire, secondaire et tertiaire en Guinée. Les résultats peuvent servir à formuler de meilleures structures d'incitation et à réformer les politiques afin de retenir les professionnels de la santé dans les zones rurales et d'améliorer la productivité et la qualité des soins. L’enquête comprenait des questions sur les caractéristiques démographiques et socioéconomiques des professionnels de la santé, ainsi que sur leur satisfaction et leur motivation, leurs aspirations professionnelles et d'autres aspects liés à l'emploi.

Cette enquête comprenait également un module DCE pour comprendre les attributs financiers et non financiers et les niveaux de ces attributs qui seraient nécessaires pour attirer et retenir le personnel de santé rural en Guinée. L'objectif du DCE était de tester l'influence de certains attributs sur les préférences professionnelles en imitant les décisions de la vie réelle. Nous avons demandé aux professionnels de la santé appartenant à quatre cadres retenus de choisir entre des emplois hypothétiques, en fonction de leurs préférences. Les emplois hypothétiques ont été associés à différents attributs, qui ont été testés à plusieurs niveaux. Dans le cadre de cette enquête, nous avons demandé aux professionnels de la santé de choisir entre 16 ensembles d'emplois.

Le choix des ensembles d'emplois a été éclairé par un travail qualitatif préliminaire effectué en janvier 2017, qui comprenait des discussions de groupe avec des médecins, des étudiants en médecine, des infirmières, des sages-femmes et des ATS dans huit établissements (46 participants en tout). Ces discussions ont porté sur les attributs importants par rapport aux choix d'emploi et sur les considérations importantes pour les agents de santé par rapport au travail dans les zones rurales.

**Sondage auprès des patients à la sortie de l'hôpital**

L'objectif de cette enquête était de recueillir des données sur la qualité et le rendement du système de santé et des professionnels de la santé au moyen d'entrevues des utilisateurs – à la sortie. L'enquête a permis de recueillir des données sur les conditions démographiques et socio-économiques des patients, leurs choix, leur accès, leur coût, leur perception du système de santé, de leur rendement professionnel et leur satisfaction. Cela nous permet de tester quelques-uns des résultats du secteur de la santé – comme la réactivité.

**Enquête sur les établissements de santé**

L'enquête sur les établissements de santé était un outil complémentaire aux enquêtes sur le personnel de santé et les patients ; cette enquête avait pour but d’approndir notre compréhension du contexte dans lequel les agents de santé travaillent et le cadre de prestation des soins . L’enquête portait principalement sur la disponibilité des services, les heures d'ouverture, l'infrastructure, l'équipement, la dotation en personnel, le nombre de patients, les fournitures, la confidentialité et d'autres aspects liés à la convivialité.

## Questions de recherche

**Enquête sur les agents de santé**

Cette enquête était basée sur un échantillon représentatif à l’échelle nationale des professionnels de la santé employés dans les établissements de santé publique situés dans l’ensemble du pays. La recherche a été axée sur les questions de recherche inter-reliées suivantes, dans le but de comprendre (a) les facteurs liés aux circonstances personnelles et la motivation individuelle, (b) les facteurs liés au milieu de travail, et (c) les facteurs locaux et communautaires qui sous-tendent les décisions relatives au marché du travail :

* Quels sont les **facteurs de motivation individuelle et de circonstances personnelles** qui motivent les décisions relatives au marché du travail ? Les facteurs personnels étudiés comprenaient : *la motivation intrinsèque, les normes et valeurs énoncées, les préférences déclarées d'emploi à court et à long terme, l'aversion pour le risque, les facteurs socio-économiques, comme le nombre de personnes financièrement à charge, les obligations financières, les conditions de vie, l'importance perçue des frais d'utilisation et l'accès à ceux-ci, et les activités génératrices de revenus.*
* Quels sont les **facteurs en milieu de travail** qui motivent les décisions relatives au marché du travail ? Les facteurs qui ont fait l'objet d'enquête comprenaient : *les antécédents professionnels et la satisfaction à l'égard des affectations antérieures et actuelles, l'absentéisme, la charge de travail perçue, les objectifs professionnels et les possibilités professionnelles perçues, les niveaux perçus de mentorat et de supervision, les intentions et possibilités de migration, la réputation et le rôle au sein de la communauté, les infrastructures, et la fonctionnalité des équipements.*

Pour mieux comprendre les incitatifs financiers pour les professionnels de la santé, il importe de comprendre le contexte financier qui sous-tend les décisions relatives au marché du travail. La question de recherche correspondante était donc :

* Quelles sont les composantes des **portefeuilles de revenu** ? Cette question de recherche a permis de recueillir des données sur les *composantes de la rémunération de l'emploi actuel, le revenu et les dépenses du ménage, ainsi que le flux de trésorerie.*

Enfin, l'enquête visait à répondre aux deux questions suivantes :

* Quelles sont les **principales caractéristiques démographiques/ socio-économiques** du personnel de la santé en Guinée ?
* Quelles caractéristiques démographiques/ socio-économiques sont corrélées avec certaines préférences, motivations et comportements sur le marché du travail ?

Enquête auprès des patients

L'enquête auprès des patients à la sortie de l'hôpital a permis de recueillir des données sur la qualité des services de santé et sur le rendement des professionnels de la santé au moyen de la perception des bénéficiaires. Le fait d'utiliser les entrevues des patients à la sortie de l'hôpital plutôt que d'autres options (par exemple, observation clinique directe, vignettes, etc.) présente l'avantage d'être à la fois efficace et efficient. Les entrevues de sortie permettent de recueillir des données sur le rendement perçu et la prestation de services des professionnels de la santé, et donc d'obtenir une évaluation indépendante du rendement des professionnels de la santé.

Plusieurs facteurs individuels qui ont été identifiés et mesurés à l'aide de l’enquête auprès des professionnels de la santé ont été validés à l'aide de l’enquête portant sur des patients à la sortie. Par exemple : Les professionnels de la santé semblent-ils motivés ? Fournissent-ils des services de santé de qualité ? Traitent-ils les patients avec respect et selon les codes de conduite de leur profession ? Certains professionnels de la santé s’absentent-ils ?

Comme nous l'avons souligné plus haut, ces facteurs peuvent être des moteurs essentiels des préférences du marché du travail et du comportement des professionnels de la santé. L'enquête auprès des patients qui quittent l'hôpital complète donc l'enquête sur les professionnels de la santé. De plus, cette enquête recueille des données qui répondent aux questions de recherche inter-reliées suivantes :

1. Quels professionnels de la santé sont généralement employés dans les établissements de santé primaires, secondaires et tertiaires en Guinée ? Fournissent-ils les services pour lesquels ils ont été formés ?
2. Les services de santé sont-ils fournis de manière accessible et adéquate, en particulier pour la population rurale ? Afin de répondre à cette question de recherche, des informations ont été recueillies sur de nombreux facteurs, tels que *le transport et les dépenses d'accès aux établissements de santé, les heures d'ouverture des établissements, la présence de professionnels de la santé, les temps d'attente des patients, la durée des consultations, la qualité perçue des consultations, etc.*
3. Les services de santé sont-ils abordables ? Pour quels services de santé des frais sont-ils facturés et à quel prix ? Existe-t-il une certaine souplesse en ce qui concerne la tarification des services ? Afin de répondre à cette question de recherche, des renseignements ont été recueillis sur de nombreux facteurs, comme *les frais d'utilisation et autres frais, les stratégies d'adaptation des patients pour faire face aux dépenses, les paiements volontaires effectués pour accélérer le traitement ou améliorer la qualité des soins reçus, etc.*
4. Les usagers du secteur de la santé sont-ils satisfaits des services reçus ? Afin de répondre à cette question de recherche, des renseignements ont été recueillis sur de nombreux facteurs, tels que *la qualité de l'examen et de la consultation, l'infrastructure et l'équipement de l'établissement, le coût du traitement, etc.*

## Échantillonnage

Aperçu

La base de l’échantillonnage comprenait le personnel de la santé (médecins, infirmières, sages-femmes et ATS) travaillant dans les établissements de santé du secteur public en Guinée. Nous avons utilisé une approche d'échantillonnage stratifié à plusieurs degrés pour échantillonner les préfectures et les établissements de santé, puis pour faire un échantillon des agents sanitaires et des patients dans les établissements de santé étudiés. Pour l'enquête sur les agents de santé, la taille de l'échantillon calculé était de 600 agents et 480 patients. L'exigence d'un échantillon plus étoffé pour les agents de santé a été motivée par la nécessité de tenir compte de la corrélation intra-cluster liée aux quatre types différents d’agents de santé.

**Étapes de l'échantillonnage**

**Première étape – le prélèvement d'échantillons dans les préfectures**

Territorialement, la Guinée comprend Conakry et sept régions administratives. Tandis que Conakry est considérée à la fois comme une région spéciale et une préfecture spéciale, les sept régions administratives sont subdivisées en 33 préfectures. Au total, il y a donc huit régions et 34 préfectures. La préfecture principale de chaque région est appelée "chef-lieu" de région et porte le nom même que celui de la région.

Dans un premier temps, nous avons échantillonné 15 préfectures : Conakry, le chef-lieu de chacune des sept autres régions, et une autre préfecture rurale dans chaque région, choisis au hasard avec des probabilités égales parmi toutes les préfectures autres que le chef-lieu.

**Deuxième étape – échantillonnage des établissements de santé**

Les trois hôpitaux nationaux du pays sont tous situés à Conakry. Les autres préfectures ont chacune un hôpital. Ceux situés dans les chefs-lieux des régions sont désignés comme hôpitaux régionaux et les autres comme hôpitaux préfectoraux.

Nous avons échantillonné 17 hôpitaux au total : les trois hôpitaux nationaux de Conakry, les sept hôpitaux régionaux et les sept hôpitaux préfectoraux des préfectures sélectionnées. La probabilité de sélection était de 1,0 pour les hôpitaux nationaux et régionaux et de 0,25 pour les hôpitaux préfectoraux.

Nous avons également échantillonné trois hôpitaux communautaires et centres de santé à Conakry. Ils ont été choisis au hasard avec une probabilité égale de 0,5 parmi les six établissements de santé de la capitale. Dans chacune des 14 autres préfectures sélectionnées, nous avons échantillonné un centre de santé urbain et un centre de santé rural, choisis au hasard avec une probabilité égale parmi le nombre total de centres de santé urbain et rural situés dans la préfecture.

En résumé, nous avons échantillonné 55 établissements au total : les trois hôpitaux nationaux et les trois hôpitaux communaux de Conakry, les sept hôpitaux régionaux, sept autres hôpitaux préfectoraux (un dans chaque région), 28 centres de santé (un urbain et un rural dans chacune des 14 préfectures) et sept postes de santé.

**Troisième étape – échantillonnage des agents de santé et des patients**

Au troisième stade, nous avons échantillonné les agents de santé et les patients en échantillonnant deux ou trois groupes (chacun composé de cinq professionnels de la santé), selon la taille des établissements, dans chacun des 55 établissements choisis. En d'autres termes, les enquêtes ont échantillonné 5, 10 ou 15 professionnels de la santé dans chaque établissement, selon la taille de l'établissement. Au total, il fallait 120 groupes (600 agents de santé) répartis entre les 55 établissements de santé en fonction de leur taille et de leur complexité. L'échantillon des agents de santé de chaque établissement a été stratifié en trois catégories professionnelles : médecins, infirmières et sages-femmes, et ATS. De même, dans chaque groupe, nous avons échantillonné quatre patients pour atteindre l'échantillon total de 480 patients. Les membres de l'équipe de terrain ont reçu des formulaires d'échantillonnage dans des enveloppes scellées contenant le premier nombre aléatoire et les étapes d'échantillonnage afin qu'ils puissent prélever les échantillons sur le terrain.

## Outils de collecte de données

Nous avons utilisé un questionnaire structuré pour l'enquête sur les agents de santé. Le questionnaire et l'outil DCE ont été adoptés à partir d'outils d'enquête sur les agents de santé réalisés au Timor-Leste par la Banque mondiale et Oxford Policy Management (OPM), qui étaient basés sur une analyse documentaire complète (à partir de 2010) sur les incitations destinées aux agents de santé et les applications du DCE. Les questionnaires ont été pré-testés dans deux établissements de santé en Guinée. La conception du DCE a été réalisée à l'aide de la macro Mktex pour SAS. Une première ébauche de l'enquête auprès des professionnels de la santé a été communiquée aux collègues de l'équipe de recherche du MdS de Guinée, qui l’ont utilisé pour la première étape des révisions. Les outils de collecte de données et le protocole de l'étude ont été finalisés en collaboration avec le MdS en septembre 2017.

## Réalisation de l’enquête

La Cellule de recherche en santé de la reprodcution en Guinée (CERREGUI) était responsable de la formation des recenseurs, de la collecte et de la saisie des données dans le cadre de programmes de collecte de données prédéfinis, avec l'appui et l'assistance du MdS, de la Banque mondiale et d'OPM. Les outils d'enquête ont été administrés au moyen d'interviews personnelles assistées par ordinateur (IPAO) dans des tablettes Android. Le manuel des travailleurs sociaux et les outils de collecte de données ont été traduits en français.

Les recenseurs ont reçu une formation approfondie de deux semaines sur l'administration des outils de collecte de données. Ils ont également mis en œuvre un projet pilote à la fin de la formation. Les données ont été recueillies sur deux mois, de décembre 2017 à janvier 2018.

## Gestion et nettoyage des données

L'IPAO a été utilisé pour la gestion à l'aide de Survey Solutions ; un programme de saisie de données élaboré et hébergé par la Banque mondiale.[[1]](#footnote-1) Les données ont été téléchargées tous les jours à l'aide du portail Survey Solutions. Un expert en gestion des données d'OPM a vérifié l'exhaustivité et l'exactitude des données chaque jour pendant la collecte et a demandé à l'équipe s'il y avait des divergences, qui ont été résolues immédiatement pendant que les équipes étaient sur le terrain.

Les données ont été transférées à Stata à l'aide de StatTransfer. Les données ont ensuite fait l'objet d'une vérification plus poussée, avant l'analyse, pour déterminer les écarts, les valeurs aberrantes et les incohérences internes, et ont été nettoyées.

## Analyse des données

Statistiques descriptives et associations

Les données ont été analysées dans les logiciels statistiques R et Stata. Des statistiques descriptives ont été présentées pour les agents de santé, les patients et les données sur les établissements de santé selon différents attributs, notamment les régions géographiques, les localités (urbaines et rurales), les types d'établissements de santé, les types de professionnels de la santé, etc. Les responsables des établissements de santé, qui ont répondu à l'enquête sur les établissements de santé, ont classé les établissements dans une catégorie "urbaines" ou "rurales" en fonction de leur connaissance de la région. Dans nos enquêtes précédentes, nous avons constaté qu'il s'agit d'une source d'information locale plus fiable que les autres sources.

Au cours de l'analyse, nous avons regroupé les agents de santé en catégories "très motivés" et "moins motivés", ainsi qu'en catégories "essentiellement intrinsèquement motivés" et "essentiellement extrinsèquement motivés", sur la base d'un score composite pour leur profil de motivation, composé de 21 indicateurs explicites (voir Annexe A pour plus de détails concernant ces scores composites).

Le regroupement des agents de santé selon leur niveau de satisfaction a été effectué à partir d'un score composite, qui comprend des mesures de : a) leur confiance et leur efficacité signalée, b) la charge de travail, c) le milieu de travail, c) les difficultés financières et e) quatre échelles génériques de satisfaction professionnelle.

Pour l'enquête sur les établissements de santé, nous avons généré un indice composite avec les données des établissements de santé pourles classer dans une catégorie"mieux équipées" ou "mal équipées", et nous avons utilisé cette variable pour examiner l'association de cette classification avec les données des agents de santé et des enquêtes auprès des patients.

Nous avons divisé les participants à l'enquête auprès des patients en fonction de leur statut socio-économique à l'aide d'informations sur leurs actifs. Nous avons également regroupé les patients en deux catégories : "satisfaits" ou "insatisfaits" pour tester d'autres associations.

## DCE

Introduction à la méthode DCE

Un DCE est une expérience dans laquelle les répondants doivent faire des choix entre deux options ou plus. Les options diffèrent selon le niveau de leurs attributs. Les chercheurs construisent de multiples ensembles d'options (emplois) pour sonder l'utilité des répondants pour chacun des attributs composant les options. Il est également possible d'évaluer l'utilité conjointe des attributs lorsqu'ils sont présentés ensemble. Cette méthode permet aux chercheurs de quantifier le degré de substitution entre les différents attributs impliqués. Il leur permet également de prédire comment l'utilité des répondants changera à mesure que les attributs seront modifiés.

La conception du DCE guinéen

Au cours des entrevues qualitatives de 2017, nous avons choisi les attributs qui sont pertinents pour les agents de santé, ainsi que ceux qui peuvent être pris en compte du point de vue des politiques. Les attributs ont ensuite été regroupés pour former des ensembles d'emplois qui ont été présentés aux agents de santé, qui ont ensuite été invités à faire un choix entre eux.

#### Sélection des attributs

La conception du DCE a été éclairée par un travail qualitatif sur le terrain. Des groupes de discussion ont été organisés avec différents groupes d'étudiants et le professionnel de santé, à Conakry et à Kindia, et à différents niveaux des établissements de santé. Des entretiens ont également été organisés avec de hauts responsables du MdS, ainsi qu'avec le directeur d'un hôpital de Conakry. Les attributs suivants ont été retenus :

* **Emplacement :** Hôpital de Conakry, hôpital régional ou préfectoral. Ce dernier était l'établissement de niveau le plus bas où les médecins devaient être incités pour y être affectés. Pour les infirmières et les sages-femmes, le niveau le plus bas était celui des centres de santé ruraux. Pour les ATS, les postes de santé étaient les plus bas.
* **Equipement :** Pour l'infrastructure et l'équipement, nous avons inclus l'infrastructure et les instruments comme une salle d'attente, une salle privée pour les agents de santé (avec un téléphone et un ordinateur) et de l'équipement adapté aux différents niveaux d'établissements (par exemple, échocardiographie ou appareil à ultrasons pour les hôpitaux nationaux et régionaux). Nous avons également inclus des instruments et des fournitures de moindre importance que toutes les structures devraient avoir. Il s'agit notamment de thermomètres, de tensiomètres, de stéthoscopes, de seringues, d'aiguilles, de points, de bandages et de médicaments de base.
* **Logement :** Ceci a été inclus comme variable dichotomique : que le logement soit fourni par l'administration de l'établissement de santé ou non.
* **Transport :** Nous avons inclus une moto fournie par les établissements de santé comme moyen de transport dans les ensembles de choix.
* **Contrat à durée déterminée :** Il s'agit de la durée maximale pendant laquelle les agents de santé resteraient dans l'établissement avant d'être promus ou transférés dans un établissement de niveau supérieur. Pour les médecins, nous avons choisi cinq ans, et pour les infirmières, les sages-femmes et les ATS, nous avons choisi sept ans.
* **Formation :** Les médecins avaient le choix de se spécialiser ou d'assister à des ateliers. Les infirmières et les sages-femmes ont organisé des ateliers sur des thèmes spécifiques, ou ont suivi une spécialisation technique. Les ATS se sont vus offrir la possibilité de devenir infirmière dans le cadre d'un programme spécifique.
* **Salaire :** Les attentes salariales pour les régions éloignées étaient très élevées et présentaient une grande variabilité, de sorte qu'il a été décidé d'avoir deux niveaux, le deuxième échelon étant plus élevé que le premier.

Le Tableau 2 montre les niveaux de salaire des quatre types de professionnels de santé. Nous avons utilisé le GNF comme devise pour l'outil DCE et avons présenté les résultats en USD en utilisant le taux de change de 1 USD = 9014 GNF, qui était le taux de change publié sur www.xe.com au moment de finaliser ce rapport (août 2018).

Tableau 2 : Niveaux de salaires, par type d’agent de santé (millions de GNF)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Niveau 1 | Niveau 2 | Niveau 3 |
| Médecins | 2 | 3,5 | 6 |
| Infirmières et sages-femmes | 2 | 3 | 4,5 |
| ATS | 1,5 | 2,25 | 4 |

ATS : Agents techniques de santé

**Conception**

Avec de nombreux niveaux et attributs, des centaines de combinaisons d'emplois différents peuvent être créées. Nous devions choisir celles qui étaient les plus pertinentes, c'est-à-dire celles qui mettaient le mieux en évidence le compromis que nous voulions estimer. Le plan est une matrice (X) dans laquelle chaque rangée est un choix fait par un répondant (ou exécuter), et chaque colonne est un attribut. La cellule est le niveau de cet attribut de la colonne (j) dans le jeu de choix (i). Cette matrice possède une structure de variance interne (X'X)-1, qui doit être minimisée afin de pouvoir décrire et expliquer au mieux les dimensions de son espace. Le processus ressemble quelque peu à une analyse en composantes principales. La mesure standard pour évaluer la performance d'une matrice est la moyenne géométrique (d’efficacité) ou arithmétique (a-efficacité) de ses valeurs propres.

Trois modèles de DCE ont été créés : un pour chaque type d’agent de santé. Au sein du type, nous avons décidé de n'avoir qu'un seul ensemble de choix (c’est-à-dire ne pas utiliser le "blocage"), car le blocage est plus difficile à mettre en œuvre. Afin d'éviter la fatigue due au fardeau cognitif élevé occasionné par la nécessité de faire des choix difficiles, nous avons limité le nombre de choix à 16. L'optimisation a été réalisée en utilisant la macro pour SAS (Kuhfeld, 2010). Certaines restrictions ont été appliquées, comme l'absence de moto ou de logement sur le site de Conakry, afin de maintenir l'équilibre de l'expérience.

Trois modèles de DCE ont été créés : un pour chaque type d’agent de santé. Au sein du type, nous avons décidé de n'avoir qu'un seul ensemble de choix (c’est-à-dire ne pas utiliser le "blocage"), car le blocage est plus difficile à mettre en œuvre. Afin d'éviter la fatigue due au fardeau cognitif élevé occasionné par la nécessité de faire des choix difficiles, nous avons limité le nombre de choix à 16. L'optimisation a été réalisée en utilisant la macro pour SAS (Kuhfeld, 2010). Certaines restrictions ont été appliquées, comme l'absence de moto ou de logement sur le site de Conakry, afin de maintenir l'équilibre de l'expérience.

## Considérations éthiques

Les protocoles de l'étude ont été revus et approuvés en octobre 2017 par le Comité national d'ethique pour la recherche en santé du MdS en Guinée. Le consentement éclairé de tous les répondants a été obtenu avant la collecte des données. Les données ont été présentées à un niveau agrégé et ont été rendues anonymes avant l'analyse.

## Limites méthodologiques

Cette étude comporte plusieurs limites. Premièrement, l'enquête a exclu les professionnels de la santé travaillant exclusivement dans le secteur privé. L'enquête n'a pas non plus été menée auprès des professionnels de la santé travaillant actuellement dans des établissements de santé parapublics. En effet, alors que les données du secteur privé pourraient fournir des informations précieuses sur les caractéristiques du marché du travail, une part importante des activités du secteur privé en Guinée sont informelles ; la collecte de données aurait nécessité un cadre et une méthode de recherche sensiblement différents si nous les avions inclus. En outre, les cliniques du secteur privé sont susceptibles de limiter l'accès et la collecte de données pourrait être sévèrement restreinte.

Deuxièmement, nous n'avons pas inclus de méthodes complexes comme des observations discrètes ou des visites inopinées pour recueillir des données plus fiables sur la double pratique et l'absentéisme. De plus, nous n'avons pas inclus de techniques plus sophistiquées, comme les techniques de dénombrement des articles, pour saisir des renseignements délicats sur l'absentéisme, la double pratique ou la génération informelle de revenus. Nous n'avons pas non plus utilisé de méthodes plus sophistiquées pour saisir les concepts de motivations intrinsèques ou extrinsèques des agents de santé. Les concepts d'altruisme et de motivations intrinsèques ou extrinsèques sont vagues et controversés, même lorsqu'ils sont mesurés par des méthodes plus sophistiquées. Dans l'ensemble, bien que tous les domaines mentionnés ci-dessus soient des sujets intéressants et importants pour le personnel de santé en Guinée, ils n'ont pas été le principal sujet de recherche de cette étude. L'inclusion d'outils et de techniques plus complexes augmenterait le coût, et la collecte d'information à l'aide de ces outils aurait, par ailleurs, soulevé certaines questions éthiques.

De même, les points de vue des utilisateurs sont représentés par des entrevues des patients à la sortie de l’hôpital, qui sont bien conçues pour saisir les points de vue des utilisateurs de services, mais qui ne fournissent pas de perspective démographique (c’est-à-dire qu'elles ne tiennent pas compte des points de vue de l'ensemble de la communauté, y compris ceux des non-utilisateurs des services publics officiels).

Enfin, bien que nous ayons classé les agents de santé par zone urbaine et rurale en fonction de l'affichage de leur poste, des données empiriques suggèrent que de nombreux agents de santé (en particulier les médecins) vivent et travaillent dans des zones urbaines malgré leur affectation officielle dans des zones rurales. Cela a pu influer sur quelques-unes des réponses, en particulier sur leurs préférences pour les emplois ruraux.

# Population étudiée

## Caractéristiques des établissements de santé échantillonnées

Au total, 55 établissements de santé ont été échantillonnés, dont 3 hôpitaux nationaux, 7 hôpitaux préfectoraux, 7 hôpitaux régionaux, 7 hôpitaux communaux, 28 centres de santé et 7 postes sanitaires. Parmi eux, 10 se trouvaient dans la région forestière, 17 dans la région maritime, 17 en moyenne Guinée et 11 en haute Guinée. Sur ces 55 établissements, 34 se trouvaient en milieu urbain et 21 en milieu rural.

Le Tableau 3 indique le nombre moyen d’agents de santé dans les établissements de santé par localité. Le nombre d’agents de santé était beaucoup plus élevé dans les établissements urbains que dans les établissements ruraux, mais il faut aussi tenir compte du fait que les plus grands établissements sont généralement situés dans les zones urbaines. Les médecins étaient absents des établissements ruraux.

Tableau 3 : Effectif moyen du personnel par localité

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Urbain (n) | Rural (n) |
| Médecins spécialistes qualifiés sous contrat | 7,1 | 0 |
| Médecins spécialistes qualifiés non encore engagés | 3,2 | 0 |
| Médecins spécialistes en formation | 2,1 | 0 |
| Médecins généralistes qualifiés sous contrat | 15,6 | 0,2 |
| Médecins généralistes qualifiés non encore engagés | 5,0 | 0 |
| Médecins généralistes en formation | 19,5 | 0 |
| Infirmières et infirmiers contractuels qualifiés | 17,1 | 1,5 |
| Infirmières qualifiées non encore engagées | 8,3 | 0,5 |
| Infirmières en formation | 5,5 | 0 |
| Sages-femmes qualifiées sous contrat | 8,4 | 0,9 |
| Sages-femmes qualifiées non encore engagées | 1,8 | 0,2 |
| Sages-femmes en formation | 1,4 | 0 |
| ATS qualifiés sous contrat | 19,0 | 3,5 |
| ATS qualifiés non encore engagés | 12,2 | 1,8 |
| ATS en formation | 2,6 | 0 |
| Personnel non médical | 16,5 | 1,2 |
| Total (personnel de l’établissement) | 99,8 | 9,7 |

n : nombre, ATS : agents techniques de santé

Une autre constatation importante qui ressort du Tableau 3 est qu'il y avait un grand nombre d'agents de santé de tous types travaillant dans les établissements de santé mais qui ne sont pas encore embauchés (ils travaillent comme bénévoles) ; ils sont proportionnellement plus nombreux dans les établissements urbains.

La charge de patients est également beaucoup plus élevée dans les établissements urbains que dans les établissements ruraux (Tableau 4). Environ la moitié des patients qui fréquentent les établissements de santé sont des enfants de moins de 15 ans. Il y a plus de femmes adultes que d'hommes. Ces résultats sont constants dans tous les établissements urbains et ruraux.

Tableau 4 : Nombre moyen de patients par localité

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Urbain (n moyen) | Rural (n moyen) |
| Patients par jour | 130,0 | 9,2 |
| Patients qui ont consulté la veille de l'entrevue | 124,2 | 7,2 |
| Patients par mois | 1136,8 | 275,4 |
| Patients adultes de sexe masculin | 240,4 | 40,1 |
| Patients adultes de sexe féminin | 418,7 | 79,4 |
| Patients enfants (5-15 ans) | 285,5 | 85,6 |
| Patients enfants (< 5 ans) | 248,8 | 70,3 |

n : nombre

Pour mieux comprendre l'état des établissements, nous avons créé un index des services offerts et de la disponibilité de l'eau, de l'électricité, des toilettes, des équipements et des fournitures médicales. Chaque établissement de santé a reçu un point pour chaque élément de la liste. Cet indice d'échelle continue variait de 24 à 69, avec une moyenne de 45,7 et un écart-type de 10,8.

Nous avons classé cet indice en trois groupes : les établissements "mal équipés" ont obtenu un score inférieur à 41 (premier quartile) pour l'indice de fonctionnalité, les établissements "mieux équipés" ont obtenu un score supérieur à 55 (troisième quartile), et les établissements "moyennement équipés " se situaient entre 41 et 55. Par conséquent, notre échantillon comprenait 13 établissements médiocres, 27 établissements moyens et 15 établissements mieux équipés. Le Tableau 5 présente le nombre d'établissements de santé selon ces catégories, par localité, par région géographique et par type d'établissement.

Tableau 5 : Fonctionnalité des établissements par localité, région géographique et types

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Mal équipés | Moyennement équipés | Mieux équipés | N |
| Par localité |  |  |  |  |
| Urbain | 1 | 18 | 15 | **34** |
| Rural | 12 | 9 | 0 | **21** |
| Par zones géographiques |  |  |  |  |
| Forêts | 2 | 7 | 1 | **10** |
| Maritime | 3 | 6 | 8 | **17** |
| Moyen | 3 | 10 | 4 | **17** |
| Haut | 5 | 4 | 2 | **11** |
| Par type d’établissement |  |  |  |  |
| Hôpital national | 0 | 1 | 2 | **3** |
| Hôpital régional | 0 | 2 | 5 | **7** |
| Hôpital préfectoral | 0 | 2 | 5 | **7** |
| Hôpital communal | 0 | 0 | 3 | **3** |
| Centre de santé amélioré | 0 | 1 | 0 | **1** |
| Centre de santé | 6 | 21 | 0 | **27** |
| Poste de santé | 7 | 0 | 0 | **7** |
| Total | **13** | **27** | **15** | **55** |

N : nombre

Comme indiqué dans le Tableau 5, les établissements urbains étaient plus susceptibles d'être moyennement ou mieux équipés que leurs homologues ruraux, où la majorité des installations étaient mal équipées. Les établissements de santé des régions maritimes étaient également mieux équipés que ceux des autres régions. Le Tableau 5 montre également que les établissements de niveau supérieur étaient généralement mieux équipés. Aucun des hôpitaux nationaux, des hôpitaux régionaux, des hôpitaux préfectoraux, des hôpitaux communaux ou des centres de santé améliorés n'était mal équipé alors que 22 % des centres de santé et tous les postes de santé étaient mal équipés.

## Caractéristiques du professionnel de santé échantillonné

Dans l'enquête sur les agents de santé, nous avons échantillonné 600 agents de santé. L'une des entrevues était incomplète, laissant un échantillon de 599 agents de santé, dont 153 (26 %) médecins, 111 infirmières (19 %), 74 sages-femmes (12 %) et 261 (44 %) ATS. Sur 153 médecins, 22 (4 % de l'échantillon total) étaient des médecins spécialistes. La répartition des agents de santé selon les zones géographiques dans lesquelles ils ont été déployés est présentée dans le Tableau 6.

Tableau 6 : Répartition des agents de santé par zone géographique par type

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Médecin (%) | Infirmière (%) | Sage-femme (%) | ATS (%) | Total (%) |
| Guinée forestière | 18,3 | 18,9 | 20,3 | 18,4 | 18,7 |
| Guinée Maritime | 35,3 | 32,4 | 31,1 | 31,8 | 34,4 |
| Moyenne Guinée | 27,5 | 29,7 | 32,4 | 30,3 | 28,0 |
| Haute Guinée | 19,0 | 18,9 | 16,2 | 19,5 | 18,9 |
| N | **153** | **111** | **74** | **261** | **599** |

ATS : agent technique de santé, N : nombre

Sur les 599 répondants, 341 étaient des femmes (57 %) et 258 étaient des hommes (43 %). La majorité d'entre eux (503, 84 %) travaillaient dans les zones urbaines et les 97 autres (16 %) dans les zones rurales. La Figure 2 montre la répartition d’âge des agents de santé échantillonnés par sexe et par type d’agent de santé.

Figure 2 : Groupe d'âge des agents de santé, par sexe et par type de profession

## Caractéristiques des patients échantillonnés

Dans le cadre de l'enquête auprès des patients, un total de 485 personnes ayant visité les établissements de santé ont été interrogées. Parmi eux, 335 étaient des patients, 118 étaient des parents de patients et 32 étaient d’autres soignants des patients.

Sur l'ensemble des patients, 256 (53 %) vennaient des régions urbaines et 229 (47 %) des régions rurales. La majorité des patients (291, 60 %) étaient des femmes, ce qui concorde avec les données sur les flux de patients de l'enquête sur les établissements de santé. L'âge des patients variait de 1 à 82 ans (moyenne 28,9 ans, écart-type 19,2 ans). Parmi les patients adultes, 74 % étaient mariés et avaient en moyenne trois enfants. La plupart des patients étaient analphabètes ; 67 % d'entre eux ne savaient ni lire ni écrire et n'avaient pas terminé leurs études primaires.

Pour voir l'association du statut socio-économique des patients, nous avons créé un indice avec les actifs de leur ménage. Cet indice du statut socio-économique continu variait de 0 à 12, avec une moyenne de 5,5 et un écart-type de 2,4. Nous avons classé cet indice en quatre groupes : le groupe "le plus pauvre" a obtenu un score inférieur à 4 (premier quartile) dans l'indice du statut socio-économique, le groupe "pauvre" a obtenu un score entre 4 (premier quartile) et 5 (médian), le groupe "riche" un score entre 5 (médian) et 7 (troisième quartile) et le groupe "le plus riche" un score supérieur à 7 (troisième quartile). Par conséquent, il y avait 91 patients "plus pauvres", 96 de la tranche inférieure à la tranche moyenne, 134 de la tranche supérieure à la tranche moyenne et 164 patients "riches" dans notre échantillon.

# Travailler comme agent de santé

## Expérience et exposition aux établissements ruraux

La majorité des médecins avaient reçu une formation dans des instituts situés en milieu urbain, mais seulement 40 % d'entre eux avaient eu la possibilité de pratiquer en milieu rural pendant leur formation. La Figure 3 montre la proportion du personnel de santé qui avaient exercé dans les zones rurales pendant leur formation. La plus faible proportion était enregistré chez les médecins (28 %) et la plus élevée chez les ATS, près de la moitié des ATS ayant eu l'occasion d’exercer dans des établissements ruraux (48 %). Comme prévu, une plus grande proportion des agents de santé travaillant dans des établissements ruraux avait exercé dans les zones rurales pendant leur formation (49 %), par rapport à ceux travaillant dans des établissements urbains (39 %). Cette différence de 11 % était statistiquement significative au seuil de 5 % (valeur p de 0,049).

Figure 3 : Proportion des agents de santé qui ont exercé dans les zones rurales pendant la formation par type d’agent de santé

Le Tableau 7 présente la proportion des agents de santé ayant une expérience de travail à différents niveaux des établissements de santé. Presque tous les médecins et la grande majorité des autres agents de santé avaient travaillé dans des zones urbaines au moins une fois au cours de leur affectation précédente. Ce chiffre était beaucoup plus faible pour ceux qui travaillent dans les zones rurales au moment de l’étude, soit 67 %.

Une proportion importante d'agents de santé avait également travaillé dans le secteur privé avant de rejoindre le secteur public. La proportion la plus élevée était observée chez les sages-femmes, 30 % d'entre elles ayant travaillé dans le secteur privé dans le passé.

Tableau 7 : Proportion des agents de santé ayant une expérience de travail à différents niveaux des établissements de santé

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Médecin (%) | Infirmière (%) | Sage-femme (%) | ATS (%) | Urbain (%) | Rural (%) |
| Zones urbaines | 99,3 | 93,7 | 94,6 | 87,7 | 97,6 | 67,0 |
| Zones rurales  | 28,1 | 53,2 | 41,9 | 54,0 | 38,1 | 85,6 |
| Hôpitaux nationaux | 69,9 | 42,3 | 33,8 | 14,2 | 38,1 | 25,8 |
| Hôpitaux régionaux | 62,7 | 45,0 | 41,9 | 43,3 | 51,6 | 32,0 |
| Hôpitaux préfectoraux  | 52,3 | 42,3 | 51,4 | 46,4 | 51,0 | 30,9 |
| Centres de santé | 22,9 | 65,8 | 58,1 | 70,9 | 50,2 | 86,6 |
| Postes de santé | 2,0 | 18,9 | 8,1 | 31,0 | 13,4 | 45,4 |
| Etablissements de santé privés | 26,1 | 22,5 | 29,7 | 11,9 | 19,1 | 22,7 |
| N | **153** | **111** | **74** | **261** | **502** | **97** |

ATS : agent technique de santé, N : nombre

Dans l'ensemble, le nombre moyen d'années pendant lesquelles les agents de la santé avaient travaillé dans la profession était de 14,6 ans, dont environ la moitié dans leurs établissements actuels, soit 7,4 ans (Figure 4). Ce sont les infirmières qui avaient le plus d'expérience, soit 16,2 ans, puis les ATS (15,4), les médecins (15,0) et les sages-femmes (8,4). Il y avait une grande différence entre les agents de santé urbains (15,2 ans) et ruraux (11,6 ans), à 3,6 ans, ce qui était statistiquement significatif au seuil de 1 % (valeur p de 0,000). La différence entre les localités pour le nombre moyen d'années pendant lesquelles les agents de santé travaillaient dans leur établissement était de 5,0 ans, et était statistiquement significative au seuil de 1 % (valeur p de 0,000). Cela suggère qu'il y avait un taux de roulement plus élevé dans les établissements ruraux (seulement 3,2 ans) que dans les établissements urbains (8,2 ans).

Figure 4 : Nombre moyen d'années de travail comme professionnel de la santé et nombre moyen d'années de travail dans l'établissement actuel, par désignation et localité

La Figure 5 montre le nombre moyen d'établissements de santé et de postes dans lesquels les agents de santé avaient travaillé. Dans l'ensemble, les agents de santé avaient travaillé dans 2,5 établissements de santé différents et dans 2,2 postes différents. Il n'y avait pas de variation significative entre les quatre cadres. Cependant, en comparant les localités, lorsqu'on examinait le nombre moyen d'établissements de santé, il existait une différence statistiquement significative entre les professionnels de la santé ruraux et urbains. Le professionnel de santé rural moyen avait travaillé dans 3,2 établissements, tandis que le personnel de santé urbain avait travaillé dans 2,3 établissements, soit une différence de 0,8 an (valeur p de 0,002). Cela confirme qu'il y avait plus de roulement dans les établissements ruraux.

Figure 5 : Nombre de changements d'établissements de santé et nombre de changements de poste, par désignation et par localité

## Motivations pour devenir agents de santé et préparation

L'écrasante majorité des raisons signalées pour lesquelles les quatre cadres étaient devenus agents de santé était le souhait d’aider les autres, bien que cette majorité l’ait été davantage pour les sages-femmes (73 %) et moins pour les médecins (58 %) (Figure 6). 11 % des sages-femmes avaient également déclaré être sages-femmes afin de perpétuer la tradition familiale. 14 % des médecins mentionnaient le statut social comme principal facteur de motivation. Les raisons pour lesquelles les agents de santé ruraux choisissaient ce métier par rapport aux agents de santé urbains n’étaient pas statistiquement différentes.

Figure 6 : Principale raison de devenir agent de santé

La plupart des agents de santé (78 % des médecins, 81 % des infirmières, 89 % des sages-femmes et 85 % des ATS) a déclaré qu'ils étaient globalement bien préparés et formés pour travailler à leur poste. Cependant, lorsqu'on les interrogeait davantage, 41 % des agents de santé mentionnaient avoir été confrontés à des situations où ils avaient dû accomplir des tâches pour lesquelles ils n'avaient pas reçu une formation adéquate, que ce soit quotidiennement ou de façon fréquente (Figure 7). Ce chiffre était plus élevé chez les ATS, soit 48 %, et plus faible chez les médecins (33 %). 31 % des travailleurs ruraux ne se sentaient pas à la hauteur au quotidien, comparativement à 20 % des travailleurs urbains, soit une différence de 11 %, ce qui était statistiquement significatif au seuil de 5 % (valeur p de 0,029). De même, 44 % des travailleurs urbains ne s’étaient jamais sentis inaptes, comparativement à 32 % des travailleurs ruraux, soit une différence de 12 %, également statistiquement significative au seuil de 5 % (valeur p de 0,018).

Figure 7 : Proportion d’agents de santé exécutant des tâches sans la formation requise

Le Tableau 8 montre plus en détail les tâches que les agents de santé estimaient ne pas pouvoir accomplir. La plupart des sages-femmes qui avaeint déclaré ne pas se sentir à la hauteur (quotidiennement ou de façon fréquente) dans leurs tâches se sentaient inadéquates dans les services de santé maternelle (20,3 %) et de planification familiale (21,6 %). La plupart des infirmières et des ATS qui ne se sentaient pas à la hauteur dans leurs tâches se sentaient incompétentes dans les services de consultations externes, des accidents et des urgences, ainsi que dans les services de santé maternelle. Les médecins se sentaient principalement incompétents dans “d’autres" tâches, qui comprennent des services spécialisés, comme la prise en charge du VIH ou de chirurgies spécifiques, ou le travail administratif. Ces données montrent clairement les lacunes en matière de formation dans certains domaines et la nécessité d'une formation en cours d'emploi. Il existait également une différence significative entre les agents de santé urbains et ruraux pour certaines catégories. Par exemple, pour la vaccination, 16 % des agents de santé ruraux s’étaient déjà sentis incapables d'accomplir cette tâche, contre 3 % des travailleurs urbains, soit une différence de 12 % à un seuil de 1 % (valeur p de 0,001). La différence pour les tâches liées à la pharmacie était de 9 % (12 % pour les tâches rurales et 3 % pour les tâches urbaines), à un seuil de 1 % (valeur p de 0,006). Pour les services de santé maternelle et les consultations externes, les différences étaient significatives à un seuil de 5 % (8 % avec une valeur p de 0,041 et 11 % avec une valeur p de 0,016 respectivement).

Tableau 8 : Tâche accomplie malgré une formation inadéquate par type de travailleur de la santé

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Médecin (%) | Infirmière (%) | Sage-femme (%) | ATS (%) | Urbain (%) | Rural (%) | *Diff.* (%) |
| Consultations externes | 2,6 | 13,5 | 10,8 | 16,9 | 10,2 | 20,6 | 10,5\*\* |
| Accident et urgences | 5,2 | 9,0 | 8,1 | 5,7 | 6,4 | 7,2 | 0,8 |
| Chirurgie mineure | 4,6 | 5,4 | 5,4 | 5,7 | 5,8 | 3,1 | 2,7 |
| Vaccination | 1,3 | 3,6 | 4,1 | 8,8 | 3,4 | 15,5 | 12,1\*\*\* |
| Services de santé maternelle | 3,3 | 8,1 | 20,3 | 7,3 | 6,8 | 14,4 | 7,7\*\* |
| Services de planification familiale | 0,7 | 4,5 | 21,6 | 6,9 | 5,8 | 11,3 | 5,6 |
| Pharmacie | 1,3 | 3,6 | 4,1 | 6,9 | 3,0 | 12,4 | 9,4\*\*\* |
| Autres | 23,5 | 16,2 | 9,5 | 19,2 | 18,7 | 17,5 | 1,2 |
| Au moins une des tâches ci-dessus | **32,7** | **39,6** | **35,1** | **48,3** | **39,4** | **49,5** | **10,0\*** |

*\*p < 0,1 ; \*\*p < 0,05 ; \*\*\*p < 0,01*

ATS : agent technique de santé, Diff. : différence rural-urbain

## Charge de travail

Globalement, le nombre moyen de jours de travail par semaine pour les agents de santé était de 5,9. Le temps de travail moyen par jour était de 8,6 heures. Le Tableau 9 montre les résultats par type d’agent de santé, indiquant qu'il y avait une charge de travail similaire entre les cadres et les localités. Sur 599 agents de santé échantillonnés, 492 (82 %) offraient des consultations aux patients quotidiennement. En moyenne, ils offraient les consultations à 7,9 patients par jour, avec un écart-type de 6,9, allant de 1 à 50 patients par jour.

En comparant les cadres (Tableau 9), il n'y avait pas de différence statistiquement significative pour le nombre moyen de patients bénéficiant d’une consultation par jour par type de personnel de santé. Cependant, si l'on considère le nombre de jours travaillés par semaine, ce sont les médecins qui travaillaient le plus, soit 6,3 jours, et les sages-femmes qui travaillaient le moins, soit 5,7 jours. Ces différences étaient statistiquement significatives au seuils de 1 % et de 5 % respectivement.[[2]](#footnote-2) Cependant, si l'on considère le nombre de jours travaillés par semaine, ce sont les médecins qui travaillent le plus, soit 6,3 jours, et les sages-femmes qui travaillent le moins, soit 5,7 jours. Ces différences sont statistiquement significatives au seuils de 1 % et de 5 %, respectivement.[[3]](#footnote-3)

Tableau 9 : Nombre moyen de jours de travail par semaine, d’heures de travail par jour, d’heures de travail par semaine et nombre de patients consultés par type de travailleur de la santé

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Médecin | Infirmière | Sage-femme | ATS | Urbain | Rural |
| Jours ouvrables par semaine | 6,3 | 5,9 | 5,7 | 5,9 | 5,9 | 6,3 |
| Heures de travail par jour | 8,5 | 8,6 | 8,9 | 8,7 | 8,5 | 9,1 |
| Heures de travail par semaine | 53,4 | 50,7 | 47,9 | 50,7 | 49,7 | 58,1 |
| Nombre de patients par jour | 8,3 | 7,8 | 7,2 | 7,8 | 7,7 | 8,4 |

ATS : agent technique de santé

Si l'on compare le nombre moyen de jours et d'heures de travail des agents de santé urbains à ceux des agents ruraux, on constate une différence significative dans le nombre moyen de jours et d'heures de travail, mais pas dans le nombre de patients consultés par jour. Le nombre moyen de jours de travail par semaine pour les agents de santé urbains était de 5,9, contre 6,3 pour leurs homologues ruraux, une différence de 0,4 jour qui était statistiquement significative au seuil de 1 % (valeur p de 0,000). Le nombre moyen d'heures de travail par jour était de 8,5 et 9,1 heures pour les agents de santé urbains et ruraux, respectivement. Cette différence de 0,6 heure, bien que non substantielle, était statistiquement significative au seuil de 5 %, avec une valeur p de 0,049. Les agents de santé ruraux voyaient en moyenne plus de patients par jour que leurs homologues en milieu urbain (8,4, comparativement à 7,7) ; toutefois, cette différence n'était pas statistiquement significative.

La Figure 8 montre la perception des agents de santé quant à leur charge de travail. 6 % de ces agents pensaient qu'ils devaient traiter plus de patients qu'ils ne peuvaient en traiter. Un tiers d'entre eux estimaient qu'ils vaient juste assez de patients, tandis que près des deux tiers pensaient qu'ils pouvaient prendre en charge plus de patients qu'ils n’en consultaient régulièrement. C'était plus fréquent chez les sages-femmes et les infirmières, dont 76 % et 70 %, respectivement, estimaient pouvoir prendre en charge plus de patients, alors que ce n'était le cas que pour 53 % des médecins. 66 % des agents de santé en milieu urbain, comparativement à 61 % des agents ruraux, estimaient qu'ils peuvaient effectuer davantage de travail. (Cette différence n'était pas statistiquement significative, avec une valeur p de 0,244). Les trois quarts des répondants ont également indiqué qu'ils avaient suffisamment de temps pour accomplir leurs tâches de façon régulière. Dans l'ensemble, ces résultats indiquent que la charge de travail des agents de santé se situait dans une fourchette acceptable.

Figure 8 : Perceptions des agents de santé sur la charge de travail, par cadre et par localité

La plupart des agents de santé pensaient que la charge de travail de leurs collègues était la même que la leur, 74 % déclarant avoir des jours de travail similaires par semaine et 75 % des heures de travail similaires par jour. La seule différence notable était la perception qu'avaient les médecins de la charge de travail de leurs collègues : 24 % des médecins croyaient travailler plus de jours par semaine que leurs collègues et 27 % croayient travailler plus d'heures par jour que leurs collègues.

## Gestion et supervision

La majorité des agents de santé échantillonnés (98 % des médecins, 95 % des infirmières et sages-femmes et 97 % des ATS) avaient leurs superviseurs basés dans les établissements de santé dans lesquels ils travaillent. La proportion d'établissements ayant des superviseurs dans la même structure était significativement plus élevée (p < 0,01) dans les établissements urbains (98 %) que dans les établissements ruraux (89 %).

64% des agents de santé estimaient qu'il existait une hiérarchie stricte sur le lieu de travail. Cette perception était plus fréquente chez les ATS, soit 70 %, comparativement à 61 % des médecins, 59 % des infirmières et 53 % des sages-femmes. Malgré cela, la plupart des agents de santé (75 % des médecins, 84 % des infirmières, 81 % des sages-femmes et 88 % des ATS) pensaient que leurs besoins et suggestions étaient pris en compte par leurs superviseurs. Si l'on compare par localité, 93 % des agents de santé ruraux estimaient que leurs supérieurs hiérarchiques prennaient en compte leurs besoins, contre 81 % des agents urbains. Cette différence de 12 % était statistiquement significative à un seuil de 1 % (valeur p de 0,000).

Figure 9 : Perceptions des agents de santé quant aux réactions des superviseurs face à l'absentéisme

La Figure 9, dans laquelle des réponses multiples ont été autorisées, illustre comment les agents de santé perçoivaient les réactions de leurs superviseurs à l'absentéisme. La majorité des agents de santé pensaient qu'en cas d'absence, leurs superviseurs essaieraient de découvrir ce qui ne va pas chez le personnel. Toutefois, un grand nombre de participants signalaient également qu'il pourrait y avoir des mesures disciplinaires.

## Perceptions et plans des agents de santé

Satisfaction des agents de santé

Nous avons demandé aux agents de santé d'exprimer leur satisfaction dans cinq domaines clés sur une échelle de quatre points : " 4 : très satisfait ", " 3 : satisfait ", " 2 : insatisfait " et " 1 : très insatisfait ". La Figure 10 présente le score moyen pour ces cinq domaines clés. Comme la neutralité correspondait à un score de 2,5, les données montrent que l'agent de santé moyen était plus satisfait de la vie en général (score moyen de 2,8) et avait une attitude plus neutre quant à ses perspectives de carrière et son équilibre travail-vie privée (les deux avaient un score moyen de 2,6). Les agents de santé étaient les plus insatisfaits de leur situation financière (2.1) et de leurs conditions de travail (2.4), bien que cela fut plus marqué chez les médecins et les sages-femmes. Mis à part cette légère variation dans les conditions de travail, tous les cadres avaient des scores très similaires dans chacun des quatre autres domaines clés. Il n'y avait pas non plus de différence statistiquement significative entre les agents de santé en milieu urbain et les agents de santé en milieu rural dans ces régions, malgré des scores légèrement plus élevés dans les zones urbaines.

Figure 10 : Niveau de satisfaction sur certains domaines clés (sur une échelle de 4 points), par localité et par type d'agent de santé

Nous avons également créé un score composite de satisfaction à l'aide de 22 indicateurs, allant du sentiment de préparation des agents de santé, de la charge de travail, de la gestion des établissements de santé, des conditions de travail, des finances. La Figure 11 présente le score composite final, allant de 1 à 20, les valeurs les plus élevées représentant une plus grande insatisfaction. Comme pour les résultats ci-dessus, les niveaux de satisfaction étaient généralement neutres, avec un score moyen de 10,5. Les comparaisons par cadre montrent que les médecins étaient les plus insatisfaits, avec un score de 12,0, comparativement aux infirmières à 10,3, et aux sages-femmes et ATS à 10,0. Cette différence était statistiquement significative au seuil de 1 % (valeur p de 0,000). Le personnel des établissements de santé ruraux était également plus insatisfait que le personnel urbain, avec un score de 11,5, contre 10,4. Cette différence de 1,2 point était statistiquement significative au seuil de 1 % (valeur p de 0,008).

Figure 11 : Score composite de satisfaction (sur une échelle de 20 points), par type d'agent de santé et par localité

Des régressions ont été effectuées pour comprendre les facteurs corrélés à la satisfaction exprimée par un agent de santé à l'égard de sa vie, en général, et à sa satisfaction en fonction d'un score composite de 22 indicateurs. C'est ce que montre le Tableau 10.

Si l'on examine le sentiment de satisfaction des agents de santé à l'égard de la vie en général, le facteur le plus important était de savoir si l'équipement de l'établissement d'un agent de santé était bon. La relation était positive, avec une valeur p de 0,009. Les agents de santé avaient une augmentation de 0,083 point de satisfaction dans la vie lorsque leurs conditions de travail étaient meilleures et qu'ils étaient mieux équipés pour accomplir leurs responsabilités professionnelles. Il était également important de tenir compte de leur milieu familial socio-économique, qui a également une relation positive avec la satisfaction, dont la valeur p est de 0,049. Les agents de santé ont obtenu 0,065 point de plus de satisfaction dans la vie pour chaque quintile de revenu croissant, ce qui est probablement dû au fait qu'ils avaient plus de possibilités de grandir et qu'ils disposaient d'un filet de sécurité financière grâce à leur famille. Il était également important d'avoir une motivation intrinsèque, car ceux qui aimaient naturellement travailler dans le secteur de la santé obtiennaient 0,086 points de plus (avec une valeur p de 0,012). Bien qu'elle ne fut pas aussi importante, la motivation extrinsèque intégrée (c’est-à-dire la motivation à faire quelque chose d'utile et de significatif) était aussi un facteur important, qui s’est traduit par une relation positive avec satisfaction de 0,064 point et une valeur p de 0,109.

Tableau 10 : Modèle de régression multiple pour prédire le score composite de satisfaction et la satisfaction globale à l’égard de la vie

|  | Satisfaction déclarée par rapport à la vie en général | Score composite de satisfaction |
| --- | --- | --- |
|  | Est. | ET | Valeur p | Est. | ET | Valeur p |
| Est une femme | - 0,007 | 0,055 | 0,897 | -1,38 | 0,39 | 0,010\*\*\* |
| Age | 0,002 | 0,023 | 0,931 | 0,13 | 0,09 | 0,174 |
| Age au carré | 0,000 | 0,000 | 0,721 | 0,00 | 0,00 | 0,088\* |
| A un conjoint ou est fiancé | 0,022 | 0,085 | 0,803 | 0,18 | 0,43 | 0,693 |
| Nombre d'enfants | -0,022 | 0,013 | 0,131 | 0,02 | 0,06 | 0,806 |
| Milieu familial (quintile socio-économique) | 0,065 | 0,027 | 0,049\*\* | -0,13 | 0,20 | 0,540 |
| Travaille actuellement dans un établissement rural | -0,062 | 0,097 | 0,544 | 1,02 | 0,41 | 0,0410\*\* |
| Travaille actuellement à l'hôpital | -0,097 | 0,057 | 0,132 | -0,09 | 0,56 | 0,881 |
| Est infirmière | -0,106 | 0,146 | 0,493 | -0,31 | 0,26 | 0,274 |
| Est sage-femme | 0,002 | 0,140 | 0,989 | -0,55 | 0,57 | 0,368 |
| Est un ATS | 0,022 | 0,064 | 0,747 | 0,00 | 0,67 | 0,994 |
| Revenu (USD) | -0,000 | 0,000 | 0,197 | 0,00 | 0,00 | 0,947 |
| Revenu au carré (USD) | 0,000 | 0,000 | 0,111 | 0,00 | 0,00 | 0,913 |
| Nombre d'années d'expérience en tant qu'agent de santé | 0,000 | 0,002 | 0,852 | -0,01 | 0,01 | 0,652 |
| Motivation extrinsèque (externe) | 0,048 | 0,035 | 0,215 | 0,22 | 0,19 | 0,298 |
| Motivation extrinsèque (introjectée) | 0,003 | 0,045 | 0,943 | -0,07 | 0,13 | 0,622 |
| Motivation extrinsèque (intégrée) | 0,064 | 0,035 | 0,109 | -0,34 | 0,22 | 0,170 |
| Motivation intrinsèque | 0,086 | 0,025 | 0,012\*\* | -0,67 | 0,13 | 0,001\*\*\* |
| Le superviseur tient compte des besoins de l’agent | 0,033 | 0,050 | 0,532 | -0,72 | 0,36 | 0,086\* |
| L'équipement de l'établissement est bon | 0,083 | 0,024 | 0,009\*\* | -4,03 | 0,36 | 0,000\*\*\* |
| *N* | *572* | *572* |
| *r2* | *0,1016* | *0,521* |

*\* p < 0,1, \*\* p < 0,05, \*\*\* p < 0,01*

ATS : agent technique de santé, N : nombre, Est. : estimés, ET : erreurs-types

De même, pour les niveaux composites de satisfaction (avec des scores plus faibles signifiant une plus grande satisfaction), le fait d'avoir un bon équipement au niveau des établissements de santé est fortement corrélé avec de meilleurs scores composites de satisfaction, avec une baisse de 4,03 points, à un seuil de signification de 1 % (valeur p de 0,000). En comparant les agents de santé urbains et ruraux, ceux qui travaillent actuellement dans les zones urbaines ont 1,02 point de moins et sont donc plus satisfaits que les agents ruraux (valeur p 0,0410). Les femmes sont plus satisfaites, avec une baisse de 1,38 point, à un seuil de signification de 1 %. En ce qui concerne la motivation, les personnes qui s'intéressent davantage aux tâches de soins de santé (motivation intrinsèque) et qui en tirent plus de plaisir ont de meilleurs scores composites de satisfaction (baisse de 0,67 point, avec une valeur p de 0,001).

Motivation des agents de la santé

Nous avons caractérisé le personnel de santé à l'aide de profils de motivation (voir l'Annexe A pour plus de détails), de la motivation aux trois types de motivations extrinsèques à la motivation intrinsèque (Tableau 11).

Tableau 11 : Score composite de motivation

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Motivation (% sans motivation) | Extrinsèque, réglementation externe(0-4) | Extrinsèque, réglementation introjecté(0-4) | Extrinsèque, réglementation identifiée et intégrée(0-4) | Intrinsèque(0-4) | n |
| Total | 0,7 | 1,4 | 1,3 | 2,5 | 1,7 | 599 |
| Par type |  |  |  |  |  |  |
| Médecin | 0,7 | 1,3 | 1,2 | 2,3 | 1,6 | 153 |
| Infirmière | 0,0 | 1,4 | 1,6 | 2,5 | 1,7 | 111 |
| Sage-femme | 0,0 | 1,3 | 1,3 | 2,4 | 1,5 | 74 |
| ATS | 1,1 | 1,4 | 1,3 | 2,6 | 1,9 | 261 |
| Par localité |  |  |  |  |  |  |
| Urbain | 0,6 | 1,3 | 1,3 | 2,5 | 1,8 | 502 |
| Rural | 0,1 | 1,5 | 1,3 | 2,5 | 1,5 | 97 |
| *Diff.* | *0,689* | *0,146* | *0,791* | *0,559* | *0,018\*\** |  |

*Note : Erreurs-types robustes regroupées par région ; \*p < 0,1 ; \*\*p < 0,05 ; \*\*\*p < 0,01*

ATS : agent technique de santé, n : nombre, Diff. : différence

En commençant par la motivation, il est clair que ceux qui n'avaient aucune motivation à travailler dans le secteur de la santé publique étaient très rares. Dans l'ensemble, quatre personnes sur 599 (0,67 %) interrogées montraient trois des quatre indicateurs de motivation (chercher à changer de profession, se contenter uniquement d'un emploi dans le secteur de la santé pour avoir du travail, etc.). L'un d’eux était un médecin travaillant dans un établissement urbain et les trois autres étaient des ATS (un dans un établissement rural et deux dans un établissement urbain).

Si l'on compare les différents types de motivation extrinsèque, l'agent de santé moyen (à travers le cadre et la localité) avait une motivation plus autonome, nécessitant des types de motivation moins réglementés. Dans l'ensemble, la note moyenne pour la réglementation identifiée/ intégrée était de 2,5 points, ce qui était beaucoup plus élevé que les notes pour la réglementation externe et introjectée. Cela suggère que l'agent de santé type était motivé de façon autonome par le désir d'aider les autres, d'avoir des responsabilités et de donner un sens à son travail. Ils étaient moins motivés par le fait d'avoir un bon statut social et la reconnaissance de leur travail par la communauté (réglementation introjectée), et par le fait d'occuper un emploi pour des raisons financières et de stabilité (règlementation externe). Il y avait peu de variation dans les scores extrinsèques entre les agents de santé urbains et ruraux et aucune des différences n'était significative. Si l'on compare les notes par cadre, on constate des variations mineures : les infirmières étaient plus susceptibles d'être motivées par une réglementation introjectée que les autres désignations, et les médecins étaient moins susceptibles d'être motivés par une réglementation intégrée que les autres désignations.

Enfin, si l'on considère la motivation intrinsèque, ou la motivation due à l'engagement dans le secteur de la santé et à l'accomplissement de tâches médicales, les niveaux étaient inférieurs aux niveaux modérés, à 1,7 point (sur 4). Toutefois, le score était plus élevé pour les ATS (1,9) et plus bas pour les sages-femmes (1,5). Si l'on compare selon la localité, les agents de santé urbains étaient intrinsèquement plus motivés, avec un score de 1,8, contre 1,5 pour les agents ruraux. Cette différence était significative (valeur p de 0,018).

Le Tableau 12 montre le score moyen d'accord avec les divers énoncés liés à la carrière qui contribuaient aux scores de motivation. Encore une fois, les réponses avient été données sur une échelle de quatre points, où 1 signifie un fort désaccord et 4, un fort accord. La majorité des notes moyennes indiquaient une plus grande satisfaction ou des sentiments positifs. Les exceptions étaient les craintes d'être au chômage et de ne pas avoir un salaire suffisamment élevé pour couvrir les dépenses de base. Les agents de santé se sentaient également neutres à l'idée d'avoir suffisamment de médicaments et d'équipement pour traiter les patients, ce qui était plus important pour les médecins (avec un score d'accord de 1,9).

Tableau 12 : Score moyen d’accord avec les énoncés liés à la carrière sur une échelle de quatre points

|  | Médecin | Infirmière | Sage-femme | ATS | Urbain | Rural |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| J'ai suffisamment d'occasions d'apprendre au niveau de l'établissement de santé | 2,7 | 2,9 | 2,9 | 2,9 | 2,9 | 2,8 |
| Les perspectives de carrière et les promotions sont basées sur la performance | 2,3 | 2,7 | 2,6 | 2,7 | 2,6 | 2,8 |
| Je me sens motivé pour aller travailler tous les jours | 3,1 | 3,3 | 3,4 | 3,2 | 3,2 | 3,3 |
| Mon salaire est assez élevé pour couvrir les dépenses courantes de ma famille | 1,3 | 1,2 | 1,4 | 1,3 | 1,3 | 1,4 |
| Les agents de santé n'ont pas à demander aux patients de payer pour gagner leur vie | 2,9 | 3,3 | 3,4 | 3,2 | 3,1 | 3,1 |
| Je ne crains pas d'être au chômage | 1,7 | 1,4 | 1,4 | 1,6 | 1,5 | 1,6 |
| Nous avons suffisamment de médicaments et de fournitures pour traiter les patients | 1,9 | 2,4 | 2,4 | 2,5 | 2,3 | 2,4 |
| Je ne crains pas d'être transféré dans une autre région | 2,9 | 2,5 | 2,7 | 2,5 | 2,6 | 2,8 |
| Nous avons assez d'équipement en état de fonctionnement pour traiter les patients | 1,9 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,3 | 2,4 |
| Quand je fais bien mon travail, mon appréciation de moi-même s'améliore | 3,7 | 3,9 | 3,9 | 3,7 | 3,7 | 3,8 |
| Je travaille ici parce que le salaire reflète les contributions de chaque professionnel de la santé | 1,7 | 2,1 | 1,9 | 2,3 | 2,1 | 2,0 |
| Il est important pour moi d'avoir des occasions de faire progresser ma carrière | 3,5 | 3,6 | 3,7 | 3,5 | 3,5 | 3,6 |
| Je suis heureux de travailler dans cet établissement plutôt que dans tout autre établissement de santé | 2,7 | 2,8 | 2,5 | 3,0 | 2,9 | 2,6 |
| Je me sens personnellement responsable si nous ne pouvons pas répondre aux besoins d'un patient | 2,9 | 2,8 | 2,7 | 3,1 | 2,9 | 2,9 |
| Je pense rarement à quitter ce travail | 3,2 | 3,6 | 3,5 | 3,3 | 3,3 | 3,3 |
| Mes collègues sont solidaires, c'est pour ça que j'aime travailler ici | 3,1 | 3,3 | 3,1 | 3,2 | 3,2 | 3,3 |
| Je travaille ici parce que cela assure une sécurité à long terme | 2,9 | 3,2 | 2,8 | 3,1 | 3,0 | 3,0 |
| Je travaille ici parce que j'ai des possibilités de promotion | 2,7 | 2,9 | 2,7 | 3,0 | 2,8 | 2,8 |
| Je sens que je peux accomplir quelque chose d'utile dans ce travail | 3,3 | 3,4 | 3,3 | 3,4 | 3,4 | 3,4 |
| Je travaille ici parce que j'aime faire ce travail | 3,0 | 3,0 | 2,7 | 3,1 | 3,0 | 2,9 |
| Il est facile de se préoccuper beaucoup du fait que le travail soit bien fait | 2,4 | 2,6 | 2,5 | 2,3 | 2,5 | 2,3 |
| J'ai rarement l'impression que mon travail n’a pas de sens | 3,2 | 3,6 | 3,4 | 3,2 | 3,3 | 3,3 |
| Il est important pour moi d'obtenir la reconnaissance de la communauté pour mon travail | 3,6 | 3,8 | 3,8 | 3,7 | 3,7 | 3,6 |
| Score global | **2,7** | **2,9** | **2,8** | **2,9** | **2,8** | **2,8** |

Préférences des agents de santé

Une série de questions a été posée aux agents de la santé au sujet de leurs préférences professionnelles, y compris le lieu, le secteur et le poste. Les résultats sont présentés au Tableau 13 et dans les Figures 12 et 13.

En commençant par l'emplacement, une forte majorité (85 %) des agents de santé ont exprimer leur souhait de préfèraient travailler dans les zones urbaines à long terme. Cependant, cette moyenne était beaucoup plus élevée chez les médecins (94 %), les infirmières (91 %) et les sages-femmes (91 %), alors qu'elle était plus faible chez les ATS (75 %). Comme prévu, une plus grande proportion de ceux qui travaillaient en milieu urbain ont dit vouloir travailler en milieu urbain à long terme (89 %), comparativement à ceux qui travaillaient en milieu rural (63 %). Cette différence de 26 % était statistiquement significative au seuil de 1 % (valeur p de 0,000). En outre, une grande partie des agents de la santé prévoyaient émigrer (85 %). Cette situation était la même pour tous les cadres et entre les agents de santé urbains et ruraux, bien qu'il y eu pas de différence significative entre les groupes.

73 % des agents de santé ont dit vouloir être mutés de leur poste dans un proche avenir, ce qui était assez constant dans l'ensemble des cadres. Il n'y avait pas de différence significative entre les localités, bien que la proportion ait été moindre pour les travailleurs urbains que pour les travailleurs ruraux (72 % contre 80 %). Dans l'ensemble, un nombre important d’agents de la santé envisagaient de changer de profession à plus long terme (trois à cinq ans), soit 11 %. Le nombre de ces agents était plus faible pour les infirmières (3 %) et les médecins (7 %), et plus élevé pour les sages-femmes (11 %) et les ATS (16 %). La proportion était également plus élevée pour les agents de santé en milieu rural (15 %) que pour ceux en milieu urbain (10 %), bien que la différence n’ait été significative. Parmi les 11 % (ou 64) des agents de santé qui veulaient changer de profession, la plupart ont dit que c'était parce qu'ils étaient à la recherche de meilleures options de carrière ou de meilleures perspectives de revenu.

Tableau 13 : Préférences des agents de santé (lieu, poste et profession)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Par désignation | Par localité |
|  | **Global (%)** | **Médecin (%)** | **Infirmière (%)** | **Sage-femme (%)** | **ATS (%)** | **Urbain (%)** | **Rural (%)** |
| Préfère les zones urbaines | 85 | 94 | 91 | 91 | 75 | 89 | 63 |
| Envie d’émigrer à l’étranger | 84 | 82 | 88 | 86 | 82 | 83 | 88 |
| Préfère être muté à un nouveau poste | 73 | 76 | 75 | 77 | 70 | 72 | 80 |
| Vous cherchez à changer de profession | 11 | 7 | 3 | 11 | 16 | 10 | 15 |

Les deux chiffres suivants résument les préférences du secteur et du type d'établissement des 89 % des agents de santé restants qui prévoyaient rester dans la profession. Dans l'ensemble, une grande majorité préfèrait rester dans le secteur public/ gouvernemental (77 %), tandis que 10 % préfèraient migrer vers le secteur privé et 14 % préfèraient migrer vers les ONG/ le secteur confessionnel. Les sages-femmes avaient une proportion plus élevée d’agents qui préfèraent rester dans le secteur public (89 %), tandis que les médecins étaient plus susceptibles de vouloir migrer vers le secteur privé ou les ONG/ le secteur confessionnel. Il y avait peu de différence entre ceux qui travaillaient en milieu rural et ceux qui travaillaient en milieu urbain en matière de préférence à rester dans le secteur public (76 % et 80 %), tandis que plus d’agents de santé urbains préfèraient migrer vers le secteur privé (11 %) que les agents ruraux (4 %). Cette différence était statistiquement significative à un seuil de 1 %, avec une valeur p de 0,005.

Figure 12 : Le secteur préféré des agents de santé (si ces derniers ont l'intention de rester dans le secteur de la santé, n = 535)

Globalement, 38 % des agents de santé préfèraient travailler dans les hôpitaux nationaux, 24 % dans les hôpitaux régionaux, 16 % dans les hôpitaux préfectoraux ou communaux et 22 % dans les centres de santé. Naturellement, cela variait beaucoup d'un cadre à l'autre, en particulier pour les médecins et les sages-femmes qui se tournaient davantage vers les hôpitaux nationaux et régionaux que les infirmières, et surtout les ATS, qui préfèraient les centres de santé. Ceux des centres urbains préfèraient travailler dans les hôpitaux et, bien que cette différence ait été importante, elle est probablement due au fait que les régions urbaines comptaient plus d'hôpitaux et plus de médecins (qui préfèrent les hôpitaux).

Figure 13 : Préférence du type d'établissement de l’agent de santé (si l’agent a l’intention de rester dans un établissement de santé, n = 535)

Le Tableau 14 montre les résultats des régressions illustrant les corrélations entre les diverses caractéristiques des agents de santé et la probabilité qu'ils i) travaillaient dans des zones rurales et ii) préfèraient travailler dans un établissement de santé rural à long terme.

Tableau 14 : Modèle de régression multiple pour prédire si un agent de santé travaille actuellement et a une préférence à long terme pour travailler dans un établissement de santé rural

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Travaille en milieu rural | A une préférence à long terme pour le travail en milieu rural |
|  | **Est.** | **ET** | **Valeur p** | **Est.** | **ET** | **Valeur p** |
| Est une femme | -0,029 | 0,028 | 0,330 | -0,016 | 0,016 | 0,340 |
| Age | -0,026 | 0,011 | 0,043\*\* | -0,028 | 0,016 | 0,130 |
| Age au carré | 0,000 | 0,000 | 0,147 | 0,000 | 0,000 | 0,215 |
| A un conjoint ou est fiancé | 0,050 | 0,040 | 0,249 | 0,018 | 0,041 | 0,676 |
| Nombre d’enfants | -0,001 | 0,009 | 0,882 | 0,012 | 0,008 | 0,158 |
| Milieu familial socio-économique (1-5) | -0,027 | 0,013 | 0,083\* | -0,021 | 0,012 | 0,131 |
| A grandi dans une zone rurale | -0,001 | 0,052 | 0,984 | 0,046 | 0,038 | 0,271 |
| Exposé aux zones rurales pendant la formation  | -0,045 | 0,047 | 0,369 | 0,039 | 0,018 | 0,064\* |
| A de l’expérience en milieu rural | 0,146 | 0,066 | 0,064\* | 0,017 | 0,044 | 0,706 |
| Nombre d’années d’expérience en milieu rural | 0,024 | 0,004 | 0,000\*\*\* | 0,010 | 0,004 | 0,034\*\* |
| Motivation extrinsèque (réglementation externe) | 0,030 | 0,017 | 0,134 | -0,029 | 0,014 | 0,071\* |
| Motivation intrinsèque | -0,028 | 0,012 | 0,043\*\* | 0,011 | 0,006 | 0,113 |
| Travaille en milieu rural |  |  |  | -0,101 | 0,042 | 0,045\*\* |
| N | 592 | 592 |
| *r2* | *0,267* | *0,130* |

*\*p < 0,1 ; \*\*p < 0,05 ; \*\*\*p < 0,01*

Est. : estimés, ET : erreurs-types (robustes regroupées par région), N : nombre

Si l'on examine les facteurs permettant de déterminer la probabilité qu’un agent de santé travaille dans un établissement rural, on constate que ceux qui avaient déjà travaillé dans des régions rurales avaient 14,6 % plus de chances de travailler actuellement dans ces régions, bien que la valeur p soit légèrement inférieure au seuil de 5 %, soit 0,064. De plus, chaque année supplémentaire d'expérience rurale était associée à une probabilité de 2,4 % de travailler dans les zones rurales, ce qui était significatif au seuil de 1 % (valeur p de 0,000). On pouvait s'y attendre, car ceux qui travaillaient dans les zones rurales répondait automatiquement à la définition d'avoir une certaine expérience des équipements ruraux. Cette tendance était similaire quand il s’agissait de prédire les préférences des agents de santé à l'égard du travail dans les zones rurales à long terme. Chaque année supplémentaire d'expérience antérieure de travail dans un établissement rural était associée à une augmentation de 1 % de la probabilité de préférer travailler dans les régions rurales à long terme (valeur p de 0,034). Toutefois, il est intéressant de noter qu'une certaine exposition aux zones rurales pendant la formation n'était pas fortement corrélée au fait de travailler dans les zones rurales, mais plutôt à une préférence à long terme. Une certaine exposition pendant la formation augmentait de 3,9 % les chances qu'un agent de santé ait une préférence à long terme pour le travail dans les zones rurales, bien que la valeur p sign soit légèrement inférieure à 5 %, soit 0,064.

La motivation d'un agent de santé était un autre facteur prédictif du travail dans les établissements ruraux et de la préférence qu'il leur accorde. Ceux qui avaient une plus grande motivation intrinsèque (ceux qui aimaient naturellement le secteur de la santé et les tâches à accomplir) étaient plus susceptibles de travailler actuellement dans des établissements urbains, mais étaient plus susceptibles de préférer les établissements ruraux à long terme. Ils étaient 3 % plus susceptibles de travailler dans des établissements urbains au moment de l’étude (valeur p de 0,043) ; c'est peut-être parce qu'ils avaient plus de possibilités de travailler dans les hôpitaux, ce qui convenait à leur affinité pour la pratique de la médecine. Pour ceux qui étaient plus motivés par des réglementations externes, comme le fait d'avoir besoin d'un emploi et d'avoir un revenu stable, les données suggèrent, quoique de façon peu significative, qu'ils étaient plus susceptibles de travailler dans des installations rurales mais aurait préféré être dans des zones urbaines. Ils avaient 3 % plus de chances de travailler dans des établissements ruraux au moment de l’étude, probablement parce qu'ils avaient plus de possibilités de trouver un emploi et de percevoir davantage de prestations, mais ils étaient moins motivés à aider autrui et préfèraient donc le confort du travail dans les zones urbaines.

Opinions des agents de santé sur la qualité des soins dispensés dans les établissements de santé

En ce qui concerne la satisfaction à l'égard de la qualité de leur établissement de santé (Figure 14), 60 % des agents de santé estimaient que leur établissement répondait aux demandes de leurs patients, 21 % estimaient que leur établissement répondait parfois à ces demandes et 19 % qu'il n'y répond pas. Cependant, les médecins étaient plus critiques, seulement 37 % d'entre eux estimaient que leur établissement répondait aux exigences de leurs patients, et la plupart disaient que ce n'était pas tout le temps le cas (44 %). Il y a une certaine différence entre les agents de santé urbains et ruraux (59 % et 66 %, respectivement, se disaient satisfaits), mais cette différence était surtout attribuable au regroupement des médecins dans les régions urbaines et elle n'était pas significative.

Figure 14 : Proportion d'agents de santé qui estiment que leur établissement de santé répond aux besoins des patients

La Figure 15 présente les différents aspects que les agents de santé auraient aimé améliorer dans leur établissement de santé. Dans l'ensemble, les agents de la santé souhaitaient le plus souvent une amélioration des compétences de leurs collègues (35 %), de l'équipement (29 %) et de l'infrastructure dans leurs établissements (15 %). Bien qu'il y ait eu peu de variation entre les quatre cadres, il existait des différences significatives entre les agents de la santé urbains et ruraux. 15 % des agents ruraux aurais aimé voir la disponibilité des médicaments et du matériel s'améliorer, mais cette proportion était de 6 % pour les agents urbains. Cette différence de 10 % était presque significative au seuil de 1 % (valeur p de 0,011). En outre, 9 % des agents de santé urbains auraient souhaité voir la propreté et l'hygiène de leurs installations s'améliorer, alors que ce n'était le cas que pour 4 % des agents de santé ruraux, soit une différence de 5 %, avec une valeur p de 0,036.

Figure 15 : Répartition de l’aspect le plus important que les agents de santé aimeraient améliorer dans leur établissement de santé

## Absentéisme

Du fait qu'il était difficile de recueillir des données fiables sur l'absentéisme à partir des comptes rendus des agents de santé eux-mêmes, nous avons demandé aux répondants de parler de l'absentéisme de leurs collègues (Figure 16). Sur 599 répondants, 45 % ont déclaré que bon nombre de leurs collègues étaient absents du travail chaque jour, tandis que 51 % ne partageaient pas cet avis et 4 % préféraient ne pas le commenter. Le nombre moyen de jours d'absence d'un collègue au cours d'un mois est de 2,7 jours. Étant donné que la plupart des agents de santé avaient déclaré travailler six jours par semaine, on a pu estimer qu’ils étaient absents de leur lieu de travail pendant 11 % des jours ouvrables. Les médecins et les infirmières affirmaient que leurs collègues étaient absents plus longtemps (3,4 jours) comparativement aux sages-femmes et ATS (2,2 et 2,1 jours). Dans les établissements urbains, le nombre de jours d'absence était plus élevé (2,8 jours) que dans les établissements ruraux (2,2 jours). Toutefois, cette différence n'est pas statistiquement significative (valeur p de 0,120).

Figure 16 : Nombre moyen de jours d'absence des collègues (par mois)

La Figure 17 présente les principales raisons de l'absentéisme des collègues telles que rapportées par les répondants. Dans l'ensemble, les principales raisons signalées étaient la maladie ou le fait d'être trop fatigué (31 %) et les obligations du ménage ou de la famille (25 %). Les raisons invoquées par les agents de santé ruraux et urbains étaient similaires et il n'y avait pas de différences statistiquement significatives.

.

Figure 17 : Principales raisons de l'absence de collègues de travail

Interrogés sur les raisons de leur dernière absence du travail, un grand nombre de répondants ont nié être absents sans autorisation (42 %) (Figure 18). Les répondants qui avaient admis être absents du travail ont déclaré être malades ou fatigués (19 %), occupés par des responsabilités familiales (21 %) et indisponibles à cause de maladies familiales ou d'autres événements liés à leur famille (10 %), comme principales raisons de leur absence. Les infirmières et les sages-femmes étaient plus susceptibles de s'absenter en raison des responsabilités domestiques. Les médecins étaient moins susceptibles de déclarer être absents sans permission, mais plus susceptibles de l'être parce qu'ils étaient malades ou fatigués. Si l'on compare les agents de santé ruraux et urbains, il existait quelques légères différences qui n’étaient pas statistiquement significatives.

Figure 18 : Raisons de l'absence du personnel de santé

## Rémunération

Dans l'ensemble, les agents de santé en Guinée avaient un salaire mensuel net moyen de 185 USD et un salaire médian de 156 USD (Tableau 15). En moyenne, les agents de santé reçoivaient un paiement supplémentaire de 19 USD (médiane de 2 USD), bien que cette faible valeur soit due au fait que 32 % des agents de santé ne reçoivaient aucun autre type de paiement non salarial.

Avec la réserve que certaines tailles d'échantillon aient été très faibles pour certains groupes, nous avons néanmoins pu comparer les salaires par cadres et par localité. Comme prévu, les médecins, tant en milieu urbain que rural, reçoivaient les salaires les plus élevés (médianes de 204 USD et 254 USD, respectivement) et le montant le plus élevé de paiements supplémentaires (médianes de 24 USD et 45 USD). Bien que les médecins ruraux semblassent gagner plus que les médecins urbains, les données n’étaient pas claires, car le nombre de médecins ruraux échantillonnés était très faible, et seulement trois d'entre eux ont divulgué leur salaire net.

Les infirmières et les sages-femmes, tant en milieu urbain qu'en milieu rural, gagnaient des salaires très similaires qui se situaient autour ou légèrement au-dessus du salaire moyen ou médian des agents de santé. Les infirmières en milieu urbain gagnaient un salaire médian de 165 USD, tandis que les infirmières en milieu rural gagnaient 156 USD. Le salaire médian des sages-femmes urbaines était de 157 USD et celui des sages-femmes rurales était de 162 USD. Les ATS gagnaient le moins, soit 132 USD pour les travailleurs urbains et 126 USD pour les travailleurs ruraux. En général, pour les infirmières, les sages-femmes et les ATS, il y avait peu de différence entre les agents de santé ruraux et urbains par rapport au salaire mensuel net.

Tableau 15 : Salaire mensuel net moyen et médian et paiements nets non salariaux des agents de santé (en USD) par cadre et localité

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Salaire Net (USD) | Paiements non-salariaux net (USD) |
| **Moyen** | **Médian** | **Quartiles 1 et 3** | **n** | **Moyen** | **Médian** | **n** |
| Médecin en milieu urbain | 259 | 204 | 193-289 | 140 | 32 | 24 | 148 |
| Médecin en milieu rural | 551 | 254 | 204-1194 | 3 | 27 | 45 | 5 |
| Tous les médecins | 265 | 204 | 194-290 | 143 | 32 | 52 | 153 |
| Infirmière en milieu urbain | 182 | 165 | 154-198 | 90 | 18 | 0 | 90 |
| Infirmière en milieu rural | 209 | 156 | 154, 170 | 21 | 11 | 0 | 21 |
| Toutes les infirmières | 187 | 164 | 154-190 | 111 | 16 | 0 | 111 |
| Sage-femme en milieu urbain | 202 | 157 | 154-170 | 60 | 15 | 0 | 60 |
| Sage-femme en milieu rural | 197 | 162 | 156-176 | 14 | 13 | 0 | 14 |
| Toutes les sages-femmes | 201 | 159 | 155-170 | 74 | 14 | 0 | 74 |
| ATS en milieu urbain | 137 | 132 | 121-157 | 196 | 16 | 2 | 204 |
| ATS en milieu rural | 127 | 126 | 55-154 | 55 | 11 | 0 | 57 |
| Tous les ATS | 134 | 132 | 121-155 | 251 | 15 | 0 | 261 |
| Total | **185** | **156** | **132-198** | **579** | **19** | **2** | **599** |

ATS : agent technique de santé

Le Tableau 16 examine en détail les paiements non salariaux, en ventilant le pourcentage de travailleurs recevant les sept autres types de paiements et le montant médian payé (si le paiement avait été reçu). Dans l'ensemble, les médecins étaient plus susceptibles de recevoir des paiements non salariaux supplémentaires, 68 % des médecins en milieu urbain et 60 % des médecins en milieu rural recevant une autre forme de paiement. En particulier, ils étaient plus susceptibles de recevoir des allocations de transport, de logement et autres. Les infirmières, les sages-femmes et les ATS bénéficiaient d'un traitement similaire en termes d'allocations et d'autres paiements non salariaux. Dans l'ensemble, il ne semblait pas y avoir de constance entre les agents de santé urbains et ruraux.

Si l'on examine les montants des divers paiements non salariaux, on constate qu'il y avait très peu de variations entre les cadres et les localités. Le paiement mensuel médian pour le transport était de 30 USD pour le transport et de 11 USD pour le logement, et ces valeurs étaient exactement les mêmes pour les huit combinaisons de cadres et de localités. Les indemnités journalières et la rémunération au rendement variaient davantage, comme on pouvait s'y attendre. Au total, le paiement total médian non salarial était de 45 USD, les médianes étant similaires entre les cadres et les localités.

Tableau 16 : Proportion des agents de santé recevant divers autres paiements non salariaux et montant médian du paiement s’ils reçoivent un paiement (en USD), par cadre et localité

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Au moins une rémunération non salariale | Transport | Logement | Autres indemnités | Prime de risque | Indemnité journalière | Rémunération au rendement | Autres | n |
| Médecin en milieu urbain (%) | 68 | 51 | 51 | 29 | 22 | 3 | 4 | 32 | 148 |
| Montant du paiement  | 45 | 30 | 11 | 4 | 11 | 8 | 11 | 9 |  |
| Médecin en milieu rural (%) | 60 | 60 | 60 | 40 | 20 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| Montant du paiement  | 45 | 30 | 11 | 4 | 4 | - | - | - |  |
| Infirmière en milieu urbain (%) | 40 | 26 | 28 | 17 | 7 | 2 | 13 | 10 | 90 |
| Montant du paiement  | 45 | 30 | 11 | 4 | 10 | 14 | 11 | 5 |  |
| Infirmière en milieu rural (%) | 33 | 19 | 19 | 14 | 5 | 5 | 10 | 0 | 21 |
| Montant du paiement  | 45 | 30 | 11 | 13 | 4 | 22 | 6 | . |  |
| Sage-femme en milieu urbain (%) | 45 | 22 | 20 | 20 | 12 | 0 | 13 | 8 | 60 |
| Montant du paiement  | 33 | 30 | 11 | 4 | 11 | - | 11 | 4 |  |
| Sage-femme en milieu rural (%) | 43 | 29 | 29 | 14 | 0 | 7 | 7 | 14 | 14 |
| Montant du paiement  | 45 | 30 | 11 | 4 | - | 1 | 4 | 4 |  |
| ATS en milieu urbain (%) | 54 | 32 | 30 | 16 | 8 | 0 | 6 | 23 | 204 |
| Montant du paiement  | 37 | 30 | 11 | 4 | 10 | - | 6 | 4 |  |
| ATS en milieu rural (%) | 35 | 26 | 25 | 9 | 7 | 2 | 2 | 7 | 57 |
| Montant du paiement  | 41 | 30 | 11 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 |  |
| Total (%) | **52** | **34** | **33** | **19** | **11** | **2** | **7** | **19** | **599** |
| Montant du paiement  | **45** | **30** | **11** | **4** | **10** | **6** | **11** | **4** |  |

n : nombre, ATS : agent technique de santé

Dans l'ensemble, les agents de santé reçoivaient des paiements régulièrement, 95 % d'entre eux n'ayant jamais manqué un paiement. Cependant, un tiers d'entre eux avaient été payés en retard à un moment donné. La Figure 19 montre le nombre moyen de paiements en retard et manquants, par cadre et par localité. Le nombre moyen de retards de paiement au cours de l'année écoulée était de 1,5. L'estimation, selon la profession, était plus élevée pour les médecins (1,8) et les sages-femmes (2,0) et, selon la localité, plus élevée pour les agents en milieu rural (2,2) que pour les agents en milieu urbain (1,3). Cette différence de 0,9 paiement était statistiquement significative au seuil de 5 % (valeur p de 0,020). Le nombre moyen de paiements manquants était également plus élevé pour les agents de santé ruraux (0,4) que pour les agents de santé urbains (0,1). Cette différence était moins significative (valeur p de 0,084).

Figure 19 : Nombre moyen de paiements en retard et manquants par cadre et localité

Le Tableau 17 examine la prévalence des paiements des patients dans les établissements de santé publique et les normes régissant ces paiements. Dans l'ensemble, 16 % des agents de santé ont affirmé qu'il était courant que les patients paient pour leurs services. Cette proportion était plus élevée dans les zones rurales (22 %) que dans les zones urbaines (15 %), bien que la différence ne fut pas significative. Sur les 96 établissements qui acceptaient un paiement, 56 % indiquaient les prix que les patients peuvent payer et 74 % informaient leurs patients avant de leur fournir un service. 53 % des agents de santé étaient disposés à accepter une rémunération, ce qui était plus élevé pour les agents en milieu rural (62 %) que pour les agents en milieu urbain (51 %), mais pas de façon statistiquement significative.

Tableau 17 : Paiements par des patients dans les établissements de santé publique

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | n | Total | Urbain | Rural | Diff. | Valeur p |
| % d'établissements dans lesquels il est courant que les patients paient leurs soins après la prestation des services  | 599 | 16 | 15 | 22 | 7 | 0,135 |
| % d'établissements dans lesquels les prix sont indiqués quelque part pour que le patient puisse les voir (si le paiement est régulier) | 96 | 56 | 60 | 43 | 17 | 0,165 |
| % d'établissements dans lesquels les patients sont informés à l'avance (avant de recevoir des services) des paiements (si le paiement est régulier) | 96 | 74 | 72 | 81 | 9 | 0,376 |
| % d'agents de santé qui se sentent à l'aise ou acceptent les paiements des patients dans les établissements de santé publique (si le paiement est régulier) | 96 | 53 | 51 | 62 | 11 | 0,357 |

n : nombre ; Diff. : différence rural-urbain

Le Tableau 18 examine d'autres pratiques courantes en matière de rémunération des agents de santé publique, y compris les paiements pour de meilleurs services, la réception de cadeaux, la consultation privée et la poursuite d'activités non liées à la santé. Dans l'ensemble, 14 % des agents de santé ont déclaré qu'il était pratique courante de recevoir des paiements de la part de patients désireux de recevoir de meilleurs traitements dans des établissements publics, la moyenne étant de 14 USD (si c'est pratique courante) pour les agents de santé de cette source (si la pratique est courante). La proportion était plus élevée dans les établissements ruraux (22 %) que dans les établissements urbains (13 %), et cette différence était significative au seuil de 5 % (valeur p de 0,041). Recevoir des cadeaux était plus fréquente, 60 % des agents de santé recevant des cadeaux, et plus élevé dans les établissements urbains (62 %) que dans les établissements ruraux (49 %). Cette différence était significative (valeur p de 0,024). Parmi ceux qui disaient que c'est courant, 88 % se sentaient à l'aise avec cette pratique.

En ce qui concerne la poursuite d'autres activités économiques, 23 % des agents de santé ont déclaré qu'il était courant de consulter les patients en privé en dehors des heures de travail et qu'ils peuvaient recevoir en moyenne 10 USD par semaine pour cela. La proportion était plus élevée chez les agents de santé en milieu rural (36 %) que chez les agents en milieu urbain (20 %), et cette différence était statistiquement significative (valeur p de 0,002). 21 % des agents de santé ont également affirmé qu'il était pratique courante d'exercer des activités génératrices de revenus non liées à la santé, comme l'agriculture, en plus d'être un professionnel de la santé.

Tableau 18 : Paiements pour l'amélioration des services, la réception de cadeaux, la consultation privée et la poursuite d'activités génératrices de revenus non liées à la santé (en USD)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | n | Total | Urbain | Rural | Diff. | Valeur p |
| % disant qu'il est pratique courante d'être payé par les patients pour recevoir un meilleur traitement dans un établissement public | 599 | 14 | 13 | 22 | 9 | 0,041\*\* |
| Paiements hebdomadaires moyens que l'agent de santé peut recevoir des patients dans un établissement public (s'il s'agit d'une pratique courante)  | 83 | 14 | 15 | 11 | 3 | 0,474 |
| % disant qu'il est courant de recevoir des cadeaux de patients dans un établissement public | 599 | 60 | 62 | 49 | 12 | 0,024\*\* |
| % sont à l'aise ou acceptent des cadeaux dans les établissements de santé publique (si la réception de cadeaux est courante) | 359 | 88 | 88 | 83 | 5 | 0,371 |
| % disent qu'il est courant de consulter les patients en privé en dehors des heures de travail | 599 | 23 | 20 | 36 | 16 | 0,002\*\* |
| Le revenu hebdomadaire moyen que peut recevoir un agent de santé d'un cabinet privé (si la consultation privée est courante)  | 129 | 10 | 13 | 4 | 9 | 0,006\*\* |
| % disent qu'il est pratique courante d'exercer des activités génératrices de revenus non liées à la santé | 599 | 21 | 20 | 26 | 5 | 0,256 |

n : nombre ; Diff. : différence rural-urbain

La Figure 20 présente les différents types de cadeaux que les agents de santé reçoivent des patients. Les produits les plus courants étaient les légumes, les fruits, la viande et les produits laitiers, ce qui était plus fréquent chez les médecins (62 %) que chez les infirmières (47 %), les sages-femmes (39 %) et les ATS (45 %). Les médecins reçoivaient aussi souvent de l'argent (25 %), les infirmières reçoivaient généralement des coupons de temps d'antenne (20 %) et les sages-femmes reçoivaient souvent des cosmétiques et des savons (24 %) et du tissu (16 %).

Figure 20 : Proportion d'agents de santé recevant divers types de dons des patients, par type d'agents de santé

# Choix du personnel de santé

## Qualité des données préliminaires

Avant de présenter les principales conclusions du DCE, il est toujours bon de vérifier les données pour déceler les caractéristiques qui pourraient indiquer une mauvaise conception ou une incompréhension de l’exercice de la part des répondants.

* Il est possible que les agents de santé aient toujours choisi l'un des deux types d'emploi (emploi A ou B), car ils auraient peut-être simplement souhaité accélérer le processus, ou parce qu'ils ne comprennaient pas les différences entre les options. Toutefois, les données indiquent que seul un petit nombre d'agents de santé étaient dans ce cas.
* Cela aurait également été un problème si, pour un choix spécifique, tous les agents de santé avaient choisi la même alternative. Cela aurait indiqué que ce choix n'était pas bien calibré et que nous n'étions pas capables d'examiner certains compromis analysés dans le cadre de ce choix. De tous les ensembles de choix pour tous les types d'agents de santé (16\*4 = 64), seulement trois avaient plus de 90 % des répondants ayant choisi la même réponse, et six avaient plus de 80 % ayant fait le même choix. Par conséquent, les solutions de rechange étaient équilibrées et les données devaient contenir des renseignements pertinents.

Le Tableau 19 montre, par type d'agents de santé, les choix par question et la probabilité qu'ils soient sélectionnés.

Tableau 19 : Choix par question et type d'agent de santé

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Médecins | Infirmières et sages-femmes | ATS |
| **Ensemble de choix** | **Choix A (%)** | **Accepterait (%)** | **Choix A (%)** | **Accepterait (%)** | **Choix A (%)** | **Accepterait (%)** |
| 1 | 73,9 | 91,5 | 58,6 | 97,3 | 55,4 | 95,9 |
| 2 | **93,5** | 68,6 | 44,1 | 92,8 | 39,2 | 94,6 |
| 3 | 52,9 | 85,6 | 71,2 | 93,7 | 66,2 | 93,2 |
| 4 | 67,3 | 72,5 | 42,3 | 91,0 | 47,3 | 91,9 |
| 5 | 79,7 | 58,8 | 37,8 | 95,5 | 44,6 | 94,6 |
| 6 | 76,5 | 79,1 | 50,5 | 95,5 | 56,8 | 98,6 |
| 7 | 61,4 | 71,9 | 76,6 | 93,7 | 73,0 | 95,9 |
| 8 | 45,1 | 73,9 | 64,9 | 96,4 | 63,5 | 95,9 |
| 9 | 34,0 | 80,4 | 39,6 | 95,5 | 50,0 | 97,3 |
| 10 | 73,2 | 86,9 | **90,1** | 94,6 | **91,9** | 93,2 |
| 11 | 52,3 | 60,8 | 53,2 | 92,8 | 63,5 | 94,6 |
| 12 | 52,3 | 64,1 | **19,8** | 91,0 | **18,9** | 94,6 |
| 13 | 32,7 | 61,4 | 27,0 | 91,9 | 24,3 | 93,2 |
| 14 | 38,6 | 65,4 | 38,7 | 92,8 | 39,2 | 93,2 |
| 15 | **88,2** | 86,9 | 30,6 | 95,5 | 23,0 | 98,6 |
| 16 | **83,7** | 89,5 | 24,3 | 91,0 | 28,4 | 93,2 |
| **Total** | 62,8 | 74,8 | 48,1 | 93,8 | 49,1 | 94,9 |

ATS : agents techniques de santé

* Après chaque choix, une sous-question demandait si les agents de santé auraient accepté cet emploi plutôt que celui qu'ils occupaient. La proportion de personnes qui auraient accepté l'emploi choisi était élevée (~90%). Cela dénote probablement que le meilleur des deux emplois proposés était plus favorable que leur situation au moment de l’étude. C'est tout à fait logique, car le pire de tous les attributs reflète souvent les conditions de travail des agents de santé au moment de l’étude : manque de matériel, salaires les plus bas, peu de possibilités de formation, pas de moto et pas de logement.
* Un autre problème qui aurait pu se poser était la situation dans laquelle certains agents de santé prendraient des décisions basées uniquement sur un attribut ou sur un niveau d'un attribut. Le Tableau ci-dessous indique le pourcentage d'agents de santé qui suivaient toujours un attribut s'il était disponible. Voici les résultats obtenus :
* 10 % des médecins auraient suivi la spécialisation, et 8,5 % auraient toujours suivi le salaire le plus élevé.
* 12,6 % des infirmières auraient toujours opté pour une affectation à Conakry et 7,2 % auraient toujours choisi un hôpital régional.
* 21,6 % des sages-femmes auraient toujours opté pour Conakry, et 4 % auraient toujours choisi un hôpital régional (en tant qu'infirmières, mais avec plus de préférence pour Conakry).
* 9 % des ATS auraient toujours opté pour un hôpital régional, 8 % auraient toujours choisi une école d'infirmières pour devenir infirmière (afin d'améliorer leur carrière) et 3,5 % auraient toujours choisi un salaire plus élevé.

Dans l'ensemble, un pourcentage relativement faible, mais significatif, des agents de santé ne semblait pas vouloir changer de poste lorsqu'un attribut était disponible, soit parce que le poste occupé avait beaucoup de valeur, soit parce que le répondant avait adopté une règle de simplification et n'avait pas bien évalué les différents emplois.

Le Tableau 20 présente les modèles de choix des agents de santé qui correspondent à un attribut dominant par type d'agents de santé.

Tableau 20 : Modèles de choix des agents de santé correspondant à un attribut dominant

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Médecins | Infirmières | Sages-femmes | ATS |
| Attribut | **Choisissent toujours un emploi en fonction de (%)** | **Choix avec attribut dominant (n)** | **Choisissent toujours un emploi en fonction de (%)** | **Choix avec attribut dominant (n)** | **Choisissent toujours un emploi en fonction de (%)** | **Choix avec attribut dominant (n)** | **Choisissent toujours un emploi en fonction de (%)** | **Choix avec attribut dominant (n)** |
| Conakry | 3,27 | 8 | **12,61** | 3 | **21,62** | 3 | 2,68 | 4 |
| Hôpital régional | 3,92 | 12 | **7,21** | 4 | **4,05** | 4 | **9,20** | 5 |
| Hôpital préfectoral | 0,65 | 12 | 4,50 | 13 | 1,35 | 13 | 2,30 | 7 |
| Centre de santé rural |  |  | 0,90 | 12 | 0,00 | 12 | 0,38 | 8 |
| Poste de santé rurale |  |  |  |  |  |  | 1,15 | 8 |
| Equipement : moyen | 0,00 | 7 | 0,00 | 10 | 0,00 | 10 | 0,00 | 10 |
| Equipement : bon | 0,65 | 8 | 0,00 | 12 | 0,00 | 12 | 0,77 | 10 |
| Ateliers  | 0,00 | 6 | 0,00 | 10 | 0,00 | 10 |  |  |
| Spécialisation | **9,80** | 8 | 1,80 | 12 | 0,00 | 12 | **8,05** | 14 |
| Limité dans le temps | 0,00 | 10 | 0,00 | 11 | 0,00 | 11 | 0,00 | 10 |
| Logement | 0,00 | 11 | 0,00 | 11 | 0,00 | 11 | 0,38 | 12 |
| Moto | 0,00 | 12 | 0,00 | 12 | 0,00 | 12 | 0,00 | 10 |
| Salaire 2 | 0,00 | 8 | 0,00 | 12 | 0,00 | 12 | 0,38 | 12 |
| Salaire 3 | **8,50** | 6 | **0,90** | 11 | 0,00 | 11 | **3,45** | 9 |

ATS : agents techniques de santé, n : nombre

## Taux marginal de substitution et disposition à payer

Les deux Tableaux ci-dessous présentent les résultats de la régression ainsi que le taux marginal de substitution (TMS). Le TMS est en fait le "prix" de chaque attribut, c'est-à-dire son taux de change avec l'argent. Il y a cinq regressions ; les trois premières s'adressent aux médecins : l'échantillon groupé, la méthode standard d'administration des modules et la méthode alternative. L'alternative est celle dans laquelle les médecins tiennent le comprimé et font leurs choix en privé, en gérant le temps qu'ils consacrent à chaque choix.

Pour tous les agents de santé, à l'exception des ATS, la localité et la formation étaient les éléments les plus importants. Pour les médecins, les sites de Conakry et les hôpitaux régionaux avaient à peu près la même valeur, mais le coût négatif associé à un hôpital préfectoral était le plus important : estimé à environ 5,1 millions de GNF (566 USD). Pour les infirmières et les sages-femmes, l'établissement de niveau le plus bas était un centre de santé rural : il leur aurait fallu 3,9 millions de GNF (433 USD) pour les indemniser d'avoir accepté un poste dans un tel établissement. Cependant, l'emplacement préfectoral n'était pas significativement différent de Conakry ou d'un hôpital régional. Pour les infirmières et les sages-femmes, il était plus important d'accroître leur capital humain : une spécialisation en soins infirmiers et des ateliers fréquents étaient tous deux évalués à environ 6 millions de GNF (666 USD) par mois. Les ATS auraient aussi beaucoup apprécié l'amélioration de leurs compétences et de leur statut d'infirmière, pour un montant supplémentaire de 4,1 millions de GNF (455 USD), ce qui était aussi le plus important attribut à lui seul. La spécialisation vennait en deuxième position pour les médecins, avec environ 4 millions de GNF (4444 USD), tandis que les ateliers auraient représéenté 1 million de GNF (111 USD).

En troisième position, il y avait le matériel de niveau moyen ou de bonne qualité dans l'établissement de santé, évalué à 1,1 million de GNF (122 USD) et 1,9 million de GNF (211 USD), respectivement, pour les médecins. Les infirmières et les sages-femmes accordaient plus d'importance à cet aspect, soit 2,2 millions de GNF (244 USD) et 2,6 millions de GNF (288 USD) par mois en moyenne. Le matériel des établissements de santé n'était pas significatif pour les ATS. Les bons matériels étaient plus appréciés que les matériels de niveau moyen par tous les types d'agents de santé, mais la différence n'était pas statistiquement significative. Cela indique que la modernisation des installations en briques et en mortier n'était pas la plus importante pour améliorer le bien-être des agents de santé : un approvisionnement fiable en intrants médicaux de base aurait été une amélioration très positive.

En quatrième position se trouvait le logement, avec environ 1 million de GNF (111 USD) pour les médecins, infirmières et sages-femmes, et 0,4 million de GNF (44 USD) pour les ATS. La valeur d'une moto était plus dépendante des agents de santé : les médecins n'évaluaient les motos qu'à 0,6 million de GNF (67 USD), tandis que les infirmières/ sages-femmes et les ATS les évaluaient plus que le logement, à 1,9 million de GNF (211 USD) et 1,2 million de GNF (133 USD), respectivement, par mois. Toutefois, a différence entre le logement et la moyenne du transport n'était statistiquement significative pour aucun groupe.

Une affectation à durée déterminée de cinq ou sept ans n'était pas significative dans la régression, malgré le fait qu'elle ait été jugée très importante dans tous les groupes de discussion. Il était possible que les répondants n'aient pas bien compris cet attribut, le confondant avec un contrat à durée déterminée au lieu d'un contrat à durée indéterminée, ou qu'ils n'aient pas confiance dans un engagement de cinq à sept ans. Nous pensons toujours que cet attribut était important et devrait être perçu comme un outil pertinent sur le marché du travail pour les agents de santé.

Tableau 21 : Régression

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Médecins (tous) | Médecins (standard) | Médecins (alternative) | Infirmières/ sages-femmes | ATS |
|  |  | **Coef.** | **ET** | **Coef.** | **ET** | **Coef.** | **ET** | **Coef.** | **ET** | **Coef.** | **ET** |
| Localisation base = Conakry | Hôpital Régional | 0,033 | 0,093 | 0,041 | 0,130 | 0,029 | 0,133 | 0,210068 | 0,119 | 0,480\*\*\* | 0,102 |
| Hôpital Préfectoral | -1,271\*\*\* | 0,110 | -1,387\*\*\* | 0,152 | -1,159\*\*\* | 0,159 | 0,054 | 0,125 | 0,407\*\*\* | 0,106 |
| Centre de santé rural |  |  |  |  |  |  | -0,645\*\*\* | 0,145 | 0,320\*\*\* | 0,110 |
| Poste de santé rural |  |  |  |  |  |  |  |  | 0,003 | 0,126 |
| Equipementbase = inadéquat | Moyen | 0,284\*\*\* | 0,100 | 0,286\*\* | 0,141 | 0,291\*\* | 0,145 | 0,368\*\*\* | 0,084 | 0,036 | 0,055 |
| Bon | 0,370\*\*\* | 0,092 | 0,287\*\* | 0,129 | 0,466\*\*\* | 0,135 | 0,440\*\*\* | 0,071 | 0,090 | 0,064 |
| Formationbase = aucune | Atelier | 0,270\*\*\* | 0,094 | 0,219731 | 0,131 | 0,326\*\* | 0,136 | 0,951\*\*\* | 0,090 |  |  |
| Spécialisation | 0,982\*\*\* | 0,100 | 0,805\*\*\* | 0,137 | 1,183\*\*\* | 0,147 | 1,066\*\*\* | 0,075 |  |  |
| École d’infirmières |  |  |  |  |  |  |  |  | 0,716\*\*\* | 0,056 |
| Limite dans le temps base = aucune | 5 ans | 0,048 | 0,087 | 0,090 | 0,121 | 0,001 | 0,127 |  |  |  |  |
| 7 ans |  |  |  |  |  |  | 0,092 | 0,064 | 0,008 | 0,052 |
| Logement | Oui | 0,230\*\*\* | 0,072 | 0,219\*\* | 0,102 | 0,246\*\* | 0,103 | 0,187\*\*\* | 0,064 | 0,074 | 0,073 |
| Moto | Oui | 0,154\*\* | 0,070 | 0,073 | 0,098 | 0,238\*\* | 0,100 | 0,319\*\*\* | 0,069 | 0,214\*\*\* | 0,057 |
| Salaire | (en millions de GNF) | 0,248\*\*\* | 0,028 | 0,258\*\*\* | 0,040 | 0,241\*\*\* | 0,040 | 0,165\*\*\* | 0,032 | 0,173\*\*\* | 0,035 |
|  | const | -0,246\*\*\* | 0,065 | -0,270\*\*\* | 0,090 | -0,226\*\*\* | 0,094 | -0,108\*\*\* | 0,069 | -0,141\*\* | 0,069 |
|  | N | 4,896 | 2,560 | 2,336 | 5,920 | 8,350 |

*\*p < 0,1 ; \*\*p < 0,05 ; \*\*\*p < 0,01*

ATS : agents techniques de santé, Coef. : coefficients, ET : erreurs-types, N : nombre

Tableau 22 : TMS : valeur monétaire en millions GNF

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Médecins (all) | Médecins (standard) | Médecins (alternative) | Infirmières/ sages-femmes | ATS |
|  |  | **TMS** | **valeur p** | **TMS** | **valeur p** | **TMS** | **valeur p** | **TMS** | **valeur p** | **TMS** | **valeur p** |
| Localisation base = Conakry | Hôpital Régional | 0,132 | 0,725 | 0,161 | 0,749 | 0,121 | 0,827 | 1,276 | 0,079 | 2,770 | 0,004 |
| Hôpital Préfectoral | **-5,124** | 0,000 | **-5,370** | 0,000 | **-4,808** | 0,000 | 0,326 | 0,665 | 2,347 | 0,007 |
| Centre de santé rural |  |  |  |  |  |  | **-3,920** | 0,001 | 1,845 | 0,042 |
| Poste de santé rural |  |  |  |  |  |  |  |  | 0,020 | 0,979 |
| Equipementbase = inadéquat | Moyen | 1,146 | 0,011 | 1,109 | 0,065 | 1,208 | 0,071 | 2,238 | 0,000 | 0,205 | **0,516** |
| Bon | 1,494 | 0,000 | 1,113 | 0,033 | 1,936 | 0,002 | 2,673 | 0,000 | 0,518 | 0,107 |
| Formationbase = aucune | Atelier | 1,087 | 0,002 | 0,851 | 0,074 | 1,354 | 0,009 | 5,776 | 0,000 |  |  |
| Spécialisation | **3,959** | 0,000 | **3,117** | 0,000 | **4,907** | 0,000 | **6,475** | 0,000 |  |  |
| École d’infirmières |  |  |  |  |  |  |  |  | **4,129** | 0,000 |
| Limite dans le temps base = aucune | 5 ans | 0,194 | 0,581 | 0,349 | 0,461 | 0,004 | 0,994 |  |  |  |  |
| 7 ans |  |  |  |  |  |  | 0,560 | 0,174 | 0,048 | 0,871 |
| Logement  | Oui | 0,927 | 0,001 | 0,849 | 0,027 | 1,021 | 0,016 | 1,139 | 0,003 | 0,425 | 0,264 |
| Moto | Oui | 0,621 | 0,032 | 0,284 | 0,463 | 0,986 | 0,025 | 1,939 | 0,000 | 1,234 | 0,000 |

ATS : agents techniques de santé, TRS : taux marginal de substitution

## Effet hétérogène

Nous avons effectué les régressions avec quelques expressions d'interaction pour inclure les caractéristiques des individus.

Médecins

Pour les médecins, il y avait peu d'importance dans les différents groupes testés : le sexe ou les origines rurales ne déterminaient pas les préférences de manière significative. Seules deux caractéristiques étaient susceptibles de changer : les motos et la spécialisation étaient préférées par les jeunes médecins (moins de 44 ans) et peu appréciées par les plus âgés, ce qui n'était pas étonnant. La spécialisation n'était pas tant recherchée par les médecins qui étaient mariés et avaient une maison que par les médecins se déclarant eux-mêmes de statut économique inférieur. La moitié des médecins avaient également été affectés à une méthode d'administration différente pour le DCE : on leur a donné les comprimés et ils ont fait leurs choix à leur propre rythme et en toute confidentialité. Seule la spécialisation avait eu de l'importance, et sa valeur avait augmenté de manière significative (régression'MD alternative'). Trois choix étaient très différents : les choix numéros 2, 5 et 7.

Infirmières et sages-femmes

Il y avait beaucoup plus de diversité dans les préférences des infirmières et des sages-femmes. En termes de localisation : ceux qui étaient mariés, d'origine rurale, plus pauvres, plus âgés et de sexe masculin préfèraient un hôpital régional ou un hôpital préfectoral, plutôt qu'un emplacement à Conakry. Les infirmières et les sages-femmes d'une région rurale, qui avaient un statut socioéconomique mal évalué et qui étaient de sexe masculin, auraient même positivement apprécié une affectation dans un centre de santé rural. La valeur élevée accordée à l'équipement et à la spécialisation provennait de la cohorte des jeunes et de la classe moyenne (auto-évaluation). Un détachement à durée limitée aurait principalement intéressé la jeune cohorte.

ATS

Pour les ATS, il y avait moins d'hétérogénéité dans les préférences des différents groupes. Nous constatons que, comme les autres agents de santé, les jeunes privilégaiient la poursuite des études. Les personnes socio-économiquement riches (auto-évaluées) avaient de fortes préférences pour rester à Conakry. Les ATS d'origine rurale accordaient plus de valeur à un bon salaire, alors que les femmes en accordent moins.

## Forfaits

Comme notre cadre économétrique était un logit conditionnel, nous avons pu évalué les probabilités de choix à l'aide de la formule suivante, où Pni était la probabilité de sélectionner l'emploi i, dans un contexte où il y a plusieurs emplois j = 1,...k (Train, 2009).



Nous avons d'abord conçu un scénario de référence, qui consistait en un emploi type au niveau de chaque installation. Ils étaient similaires, sauf pour l'équipement, qui était bon à Conakry, moyen à l'hôpital régional, et inadéquat ailleurs. Il s'agissait bien entendu d'une hypothèse, et c'était au lecteur d'examiner dans quelle mesure elle était représentative de la situation réelle. Par exemple, l'argent que les agents de santé peuvaient gagner en pratique privée n'éait pas inclus ici. En appliquant ces hypothèses, l'équilibre naturel laissait les établissements de niveau inférieur en sous-effectif, avec seulement 9 % des médecins, 11 % des infirmières/ sages-femmes et 15 % des ATS qui y allaient.

Nous avons effectué quatre simulations dans lesquelles nous avons amélié constamment les conditions de travail au niveau le plus bas de l'établissement et nous avons osbervé comment le taux d'absorption a changé en conséquence. Le Tableau 23 présente les résultats de ces simulations.

## Médecins

Tout d'abord, nous avons ajouté des équipements et des ateliers de niveau moyen, ce qui aurait porté le pourcentage de médecins dans les hôpitaux préfectoraux à 15 %. L'effet collatéral aurait été évidemment une meilleure prise en charge des patients, avec une amélioration des compétences et du matériel des médecins, ce qui n'est pas à négliger.

Une deuxième amélioration aurait été de donner, à la place des ateliers, une plus grande possibilité d'obtenir une spécialisation à ceux qui iraient dans les zones rurales. La simulation donnait une très forte augmentation du taux d'acceptation : 26 % (soit une augmentation des salaires de 4 millions de GNF/ 4444 USD). La troisième modernisation aurait consisté à rénover les installations en briques et en mortier du niveau préfectoral, en plus de construire sur le trajet une maison pour médecins. Dans ce scénario, le taux de participation aurait augmenté de 6 % supplémentaires (~un tiers) et le bien-être des patients s'en serait également trouvé amélioré grâce à des installations plus performantes et des heures d'ouverture plus longues pour les urgences.

Enfin, le quatrième scénario proposait de doubler plus ou moins le salaire des médecins, en plus du logement, des matériaux de bonne qualité et des possibilités de spécialisation, pour un maximum possible de 44 % des médecins exerçant au niveau préfectoral. Ces résultats sont présentés au Tableau 23.

Une façon plus intuitive d'appréhender ces simulations était de les présenter sous forme de graphique. Comme pour la simulation précédente, le graphique ci-dessous est basé sur une simulation du taux d'absorption des emplois dans trois endroits : les hôpitaux préfectoraux (déclarés), régionaux et urbains. Seul le taux d'utilisation de l’établissement le plus bas (préfectorale) était affiché. L'axe horizontal était le salaire payé pour le travail préfectoral : au fur et à mesure que le salaire augmentait, on constate que le taux de participation augmentait également. La ligne de base représente le taux d'absorption naturel présumé compte tenu des conditions de travail : c'est celle qui se trouvait au bas de l'échelle. Chaque ligne ci-dessus représente une simulation d'une amélioration de l'emploi préfectoral, qui aurait déplacé la courbe d'utilisation vers le haut.

Figure 21 : Taux d'absorption des postes préfectoraux de médecins

Infirmières and sages-femmes

Pour les infirmières et les sages-femmes, les affectations " naturelles " aux centres de santé ruraux (selon les mêmes hypothèses que pour les médecins) n’auraient été que de 10,7% ; plus des deux tiers auraient été à Conakry ou dans un hôpital régional. Cela n'était pas conforme à la répartition optimale du personnel de santé.

L'organisation d'ateliers ou la création d'une possibilité pour les infirmières et les sages-femmes de se spécialiser afin de se perfectionner, associée à un meilleur équipement léger, aurait permis d'augmenter de presque trois fois le nombre d'emplois dans les zones rurales. Cela à lui seul aurait contribué à un bon équilibre entre les infirmières et les sages-femmes dans les différents types d'établissements. Par conséquent, la participation au niveau préfectoral aurait pu même être trop faible, passant de 21 % à 16 %. Il importe également d'améliorer les conditions au niveau des préfectures pour éviter qu'elles ne soient dépassées.

Le graphique ci-dessous montre les taux de participation au niveau de l'établissement le plus bas, à savoir les centres de santé pour infirmières. La différence ici est qu'elle était basée sur les affectations dans quatre établissements au lieu de trois (comme pour les médecins).

Figure 22 : Taux d’absorption des emplois d'infirmières et de sages-femmes dans les centres de santé ruraux

ATS

La répartition naturelle des ATS entre tous les niveaux n'était pas aussi déséquilibrée que le marché des médecins, des infirmières et des sages-femmes : 21 % auraient travaillé dans les centres de santé ruraux et 15 % dans les postes de santé. Comme pour les autres agents de santé, une mise à niveau des compétences (vers le poste d'infirmière) aurait été un facteur de motivation important, portant le taux d’absorption des postes de santé à 27 % afin que les ATS puissent obtenir la possibilité d'être mis à niveau. Alors que les matériaux ou le logement n'auraient pas eu d’effet important, une augmentation de salaire de 2 millions de GNF aurait augmenté l'absorption de 7 % supplémentaires. Le taux d'absorption dans les dispensaires ruraux, qui était le niveau le plus bas possible pour les ATS, est présenté à la Figure 23. Il est également possible que les ATS n’aient pas été disponibles au niveau des centres de santé et certaines précautions auraient dû être prises pour s'assurer que le remplissage des postes de santé par des ATS ne se fasse pas au détriment des centres de santé. D'autres simulations pourront être fournies sur demande.

Figure 23 : Taux d'absorption des emplois dans les postes de santé ruraux pour les ATS

Les scénarios, les caractéristiques et l'affectation au niveau le plus bas de l'établissement pour différentes catégories et pour différents types d'agents de santé sont présentés au Tableau 23.

Tableau 23 : Scénarios, caractéristiques et affectation au niveau le plus bas de l'établissement

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Scénarios | Caractéristiques | Affectation au niveau le plus bas de l'établissement |
|   | **Localisation** | **Equipe-ment** | **Formation** | **Loge-ment** | **Durée** | **Moto** | **Salaire (en millions GNF)** | **Médecins (%)** | **Infirmières/ sages-femmes (%)** | **ATS (%)** |
| Scénario de base | **Conakry** | **Bon** | Aucun | Aucun | Aucun | Aucun | 2 | 46,7 | 31,6 | 16,4 |
| **Hôpital régional** | **Moyen** | Aucun | Aucun | Aucun | Aucun | 2 | 44,3 | 36,3 | 25,2 |
| **Hôpital préfectoral** | **Inadéquat** | Aucun | Aucun | Aucun | Aucun | 2 | 9,0 | 21,5 | 22,6 |
| **Centre de santé rural** | **Inadéquat** | Aucun | Aucun | Aucun | Aucun | 2 | - | 10,7 | 20,7 |
| **Poste de santé rurale** | **Inadéquat**  | Aucun | Aucun | Aucun | Aucun | 2 | - | - | 15,1 |
| Amélioration mineure | Hôpital Préfectoral | **Moyen** | **Ateliers** | Aucun | Aucun | Aucun | 2 | 14,8 | 30,9 | - |
| Ajouter la spécialisation | Hôpital Préfectoral | **Moyen** | **Spéciali-sation** | Aucun | Aucun | Aucun | 2 | 26,1 | 33,4 | 27,4 |
| Ajouter ‘la brique et le mortier' | Hôpital Préfectoral | **Bon** | **Spéciali-sation** | **Loge-ment** | Aucun | Aucun | 2 | 32,6 | 39,4 | 30,0 |
| Ajouter 2 millions de GNF | Hôpital Préfectoral | **Bon** | **Spéciali-sation** | **Loge-ment** | Aucun | Aucun | **4** | 44,3 | 47,4 | 37,7 |

ATS : agents techniques de santé

# Expérience des utilisateurs

## Raisons du choix de l’établissement de santé et accès

Près de la moitié des utilisateurs échantillonnés (239 sur 485, soit 49 %) ont déclaré avoir visité l'établissement de santé en question car il était meilleur que les autres en termes de qualité. Parmi les autres raisons courantes, il y avait le fait que l'établissement était le plus proche du domicile (32 %) et le fait qu'il y avait été référé (13 %).

Si l'on considère la distance parcourue (Figure 24), un quart des patients résidaient dans un rayon de 1 km de l'établissement de santé et la distance médiane de celui-ci est de 3 km. Cependant, la moyenne était de 14,5 km, ce qui s'explique principalement par des valeurs aberrantes allant de 0 à 450 km. Si l'on considère l'ensemble du statut socioéconomique, la distance tendait à avoir une corrélation avec la richesse des patients, puisque ceux du quintile socio-économique le plus bas parcouraient en moyenne 24,6 km, ceux du quintile moyen 11,9 km et ceux du quintile supérieur 8,4 km. Les plus grandes distances à parcourir étaient souvent liées aux patients des régions rurales qui se rendaient dans les hôpitaux tertiaires urbains. En moyenne, les patients des régions rurales parcouraient 21,2 km, tandis que ceux des régions urbaines parcouraient 7,7 km, une différence de 13,5 km qui était statistiquement significative au seuil de 1 % (valeur p 0,001).

Figure 24 : Distance parcourue pour se rendre à l'établissement, par statut socioéconomique et par localité

Comme le montre la Figure 25 ci-dessous, les transports publics étaient le mode de transport le plus courant pour les patients vivant en milieu urbain, alors que la plupart des patients des zones rurales se rendaient à pied à l'établissement de santé, La durée moyenne des déplacements était de 41,2 minutes, et allait d'une minute à trois heures.

Figure 25 : Modes de déplacement pour se rendre à l'établissement par localité

Si l'on examine les diverses raisons de se rendre dans un établissement de santé (Figure 12), la raison la plus fréquente était la médecine générale (37 %) et les services maternels (21 %), puis les soins d'urgence/ urgences (18 %), les services pédiatriques (14 %), et la chirurgie (6 %). Parallèlement aux dimensions socio-économiques, ceux qui se situaient à l'extrémité inférieure du spectre avaient tendance à se rendre dans les établissements de santé plus pour des raisons de médecine générale et moins pour des soins d'urgence et des urgences. Ceux qui avaient un statut socio-économique plus élevé consultaient moins pour la chirurgie et la médecine générale, et plus pour les soins d'urgence et les urgences. Les services pédiatriques et maternels étaient généralement utilisés de façon similaire dans tous les quintiles socioéconomiques.

Figure 26 : Raisons de la visite à l'établissement de santé par statut socio-économique et par localité

## Expérience de consultation

Le temps d'attente était de moins d'une heure pour 77 % des patients et d’une à trois heures pour 21 % d'entre eux (Figure 27). Très peu de patients (7 sur 485) avaient dû attendre plus de trois heures avant la consultation. Ceux dont le statut socioéconomique était le plus bas avaient tendance à attendre moins longtemps, ce qui aurait pu être dû au fait que les patients les plus riches vivaient dans des régions urbaines où les établissements de santé étaient plus fréquentés. En effet, dans 81 % du temps les patients des zones rurales avaient été vus par les agents de santé en une heure, comparativement à 73 % des patients des zones urbaines, bien que cette différence (de 7 %) ne fût pas statistiquement significative.

Figure 27 : Temps d’attente à l’établissement par statut socioéconomique et par localité

La durée moyenne de la consultation était de 18,4 minutes, allant de deux minutes à deux heures (Figure 28). Ce délai était plus long pour les patients vivant en milieu urbain, soit 21,3 minutes comparativement à 15,4 minutes en milieu rural et pour ceux dont le statut socioéconomique était plus élevé (21,7 minutes au Q4 et 26,8 minutes au Q5), ce qui aurait contribué aux temps d'attente plus longs mentionnés ci-dessus.

Figure 28 : Durée de la consultation par statut socio-économique et localité

La Figure 29 montre les différentes activités de soins réalisées lors de la consultation. La plupart des patients ont déclaré avoir été bien accueillis (98 %) et que le prestataire de soins de santé avait écouté leurs plaintes (98 %). La majorité des répondants ont également déclaré avoir reçu des explications sur leur maladie (72 %), des conseils (78 %) et une ordonnance écrite (79 %). Quant aux soins techniques, certains patients ont subi une prise de sang, de température, de pouls et de fréquence respiratoire, bien que cela ne fut pas toujours nécessaire. Une plus grande majorité d'entre eux ont déclaré qu'ils avaient une intimité au niveau visuel (89 %) et au niveau auditif (82 %) pendant la consultation. Dans l'ensemble, il y avait très peu de différence entre les patients des milieux ruraux et urbains à cet égard.

Figure 29 : Activités réalisées dans les établissements de santé

## Coût

Sur les 485 patients échantillonnés, 339 (70 %) avaient effectué une forme ou une autre de paiement dans les établissements de santé. Sur ce total, 339 pouvaient indiquer le montant qu'ils avaient payé ce jour-là et le montant médian payé par les patients était de 68 000 GNF (8 USD**;** Tableau 24).

Tableau 24 : Paiements dans les établissements de santé

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Proportion de patients payants (%) | Montant médian (en milliers de GNF) | Quartiles 1 et 3  |
| Frais d'inscription | 33,6 | 7,0 | 5-10 |
| Frais de consultation | 48,7 | 10,0 | 5-17,5 |
| Frais de laboratoire | 29,3 | 40,0 | 15-80 |
| Médicaments | 50,1 | 65,0 | 30-155 |
| Hospitalisation | 7,0 | 75,0 | 50-140 |
| Chirurgie | 6,2 | 142,5 | 50-300 |
| Tout paiement | **69,9** | **68,0** | **25-180** |

Si l'on compare les patients des zones rurales à ceux des zones urbaines, 76 % des patients vivant en milieu urbain avaient dû payer des frais, comparativement à 66 % de ceux vivant en milieu rural (Figure 30).[[4]](#footnote-4) Cependant, le tarif total médian était inférieur pour les citadins, soit 60 000 GNF (7 USD), comparativement à 70 000 GNF (8 USD) pour les patients des zones rurales. Il ne semblait pas y avoir de différence significative entre les statuts socio-économiques.

Figure 30 : Frais totaux médians et pourcentage des patients qui paient des honoraires par statut socioéconomique et localité

Parmi les patients qui avaient payé un montant quelconque dans les établissements de santé, 93 (27 %) avaient reçu un justificatif pour leur paiement.

Le revenu régulier du ménage était la source d'argent la plus courante pour les paiements effectués dans les établissements de santé, 249 (72 %) des 346 patients comptant sur cette source, soit uniquement, soit avec d'autres sources. Les autres sources étaient l'utilisation de l'épargne (22 %), un prêt de la famille ou d'amis (5 %), la vente de biens (3 %) et la réduction des dépenses du ménage (2 %). Deux répondants (1 %) ont indiqué avoir une assurance-maladie.

Sept (7) patients (1 %) ont déclaré avoir effectué des paiements expressément pour obtenir de meilleurs services ou des services plus rapides à l'établissement. Sur ces sept patients, un a payé un médecin, trois ont rémunéré des infirmières, un a payé une sage-femme, un a payé un ATS et un a rémunéré une infirmière et une sage-femme. Quatre patients (1 %) ont déclaré avoir apporté des cadeaux pour obtenir de meilleurs services ou des services plus rapides. Trois ont apporté des cadeaux pour les médecins et un pour un ATS.

## Satisfaction

Les utilisateurs échantillonnés se sont déclarés très satisfaits à l'égard des services qu'ils avaient reçus dans de nombreux domaines différents. C'est ce que montre la Figure 31, qui utilise un système de cotation de 1 pour très insatisfait et de 4 pour très satisfait. Les données suggèrent que les niveaux de satisfaction étaient légèrement plus élevés chez les utilisateurs des zones rurales que chez leurs homologues des zones urbaines, bien que les différences ne furent pas statistiquement significatives. Les patients étaient plus satisfaits de la langue parlée, du sexe et de l'attitude du professionnel de la santé, des analyses de laboratoire et des examens physiques. Ils étaient moins satisfaits du coût du traitement (3,0 et 3,0), de l'explication de la maladie (3,2 et 3,2) et de l'historique de la maladie (3,2 et 3,1).

Figure 31 : Satisfait des différents aspects des soins de santé et de l'établissement de santé (score 1-4), par localité

Le Tableau 25 montre le score moyen d'accord avec certaines affirmations relatives à la satisfaction (toujours sur une échelle de quatre points, où 1 signifie un désaccord total et 4, un accord total). Toutes les affirmations indiquaient un degré élevé de satisfaction parmi les utilisateurs des zones urbaines et rurales. La plus faible satisfaction était liée à la disponibilité de l'équipement et des médicaments, tant pour les utilisateurs ruraux que pour les utilisateurs urbains.

Tableau 25 : Score moyen d'accord avec les affirmations relatives à la satisfaction des utilisateurs sur une échelle de quatre points

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Urbain | Rural |
| L’infrastructure de l'établissement est bonne | 3,23 | 3,26 |
| Les heures d'ouverture sont acceptables | 3,75 | 3,81 |
| Des professionnels de la santé sont habituellement présents  | 3,62 | 3,60 |
| La salle d'attente est propre et bien rangée | 3,45 | 3,63 |
| La gestion de l'établissement de santé est bonne  | 3,42 | 3,59 |
| Le temps d'attente est acceptable | 3,30 | 3,55 |
| L’équipement est disponible | 3,06 | 2,81 |
| Les médicaments sont disponibles  | 3,00 | 3,03 |
| Je recommanderais cet établissement de santé à un membre de la famille | 3,74 | 3,80 |

Le Tableau 26 examine l'association entre la satisfaction des patients et la fonctionnalité de l'établissement de santé, la satisfaction des agents de santé et le coût, ainsi que les caractéristiques personnelles du patient, notamment son sexe, son âge, son milieu socio-économique et sa localité. Comme prévu, les caractéristiques de l'établissement de santé, de ses agents et de son coût avaient une relation très forte et positive avec la satisfaction globale des patients. Les trois variables étaient statistiquement significatives au seuil de 1 %. La relation la plus positive était la satisfaction à l'égard des coûts, car une augmentation d'un niveau de satisfaction était corrélée à une augmentation de la satisfaction globale de 0,38 point (sur une échelle de 1 à 4). La fonctionnalité de l'établissement était la deuxième plus importante, car une augmentation d'un niveau de satisfaction était associée à une augmentation de 0,16 de la satisfaction globale. Enfin, la satisfaction à l'égard de l'agent de santé était également importante, une augmentation d'un niveau de satisfaction étant corrélée à une augmentation de 0,07 point.

Si l'on examine les caractéristiques des patients eux-mêmes, les patients de sexe masculin avaient tendance à avoir un niveau de satisfaction plus élevé, avec une différence de 0,7 point de satisfaction supplémentaire, à un niveau de signification de 1 % (valeur p de 0,001). Bien que cela n’ait pas été aussi significatif, le fait de vivre en milieu rural était corrélé à une augmentation de 0,05 point de satisfaction (avec une valeur p de 0,072), alors que le fait de se situer dans un quintile socio-économique supérieur était associé à une augmentation de 0,03 point de la satisfaction globale (avec une valeur p de 0,084).

Tableau 26 : Modèle de régression multiple pour prédire la satisfaction globale à l'égard de l'établissement en fonction des patients (score de 1 à 4)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Travaille en milieu rural |
|  | Est. | ET | Valeurs p |
| Est une femme | -0,069 | 0,012 | 0,001\*\*\* |
| Age | 0,002 | 0,003 | 0,570 |
| Age au carré | 0,000 | 0,000 | 0,437 |
| Le milieu socio-économique de la famille (1–5) | 0,027 | 0,012 | 0,072\* |
| Vit en milieu rural  | 0,046 | 0,022 | 0,084\* |
| Score de fonctionnalité de l'établissement (1–4) | 0,156 | 0,028 | 0,001\*\*\* |
| Satisfaction à l'égard de l'agent de santé (score de 1 à 4) | 0,073 | 0,008 | 0,000\*\*\* |
| Satisfaction à l’égard du coût (score de 1 à 4) | 0,384 | 0,034 | 0,000\*\*\* |
| N | *472* |
| *r2* | *0,613* |

*\*p < 0,1 ; \*\*p < 0,05 ; \*\*\*p < 0,01*

Est. : estimés, ET : erreurs-types (robustes regroupées par type d’établissement de santé), N : nombre

# Conclusions et implications politiques

Les enquêtes ont généré de nouveaux éléments de preuve et des données primaires sur la motivation et les choix du marché du travail des agents de santé en Guinée. Les données probantes peuvent être utilisées pour allimenter le dialogue politique sur les ressources humaines pour la santé (RHS) et les orientations futures de la recherche sur les RHS en Guinée. L'identification et la justification d'un ensemble d'orientations politiques prioritaires en matière de RHS nécessitent une évaluation complète du marché du travail et davantage d'informations sur le contexte et la disponibilité, la répartition et les performances des agents de santé en Guinée. Elle exige également de l'information sur la faisabilité, le coût et l'efficacité de toute politique envisagée. Dans cette optique, et en mettant l'accent sur l'amélioration de la disponibilité du personnel de santé dans les zones reculées de Guinée, un certain nombre de domaines potentiels peuvent néanmoins être mis en évidence pour être pris en considération dans tout dialogue politique ultérieur sur les RHS en Guinée.

En effet, le MdS est confronté à un contexte de besoins non satisfaits, notamment en milieu rural, et de contraintes de dépenses, notamment pour le personnel de santé, compte tenu de la part du budget de santé déjà affectée aux salaires, comme souligné dans l'introduction, et de la difficulté à absorber les professionnels nouvellement formés. Dans ce contexte, il est important que le personnel soit en nombre suffisant, mais aussi qu'il soit utilisé de manière efficace (bien épaulé et géré), réparti proportionnellement aux besoins de la population et capable de fournir des soins qui soient non seulement appropriés et adaptés mais qui n'entraînent également aucun coût catastrophique pour la population locale.

Conformément aux études précédentes, les résultats de l'enquête mettent en évidence les besoins élevés de la population et la mauvaise répartition du personnel de santé. Les résultats mettent en lumière certains aspects encourageants – par exemple, les niveaux relativement élevés de satisfaction du personnel et des utilisateurs dans de nombreux domaines – ainsi que des aspects plus préoccupants, tels que la forte proportion du personnel favorisant l'émigration et leur grande tolérance vis-à-vis des paiements par les utilisateurs en contrepartie des services rendus et de la qualité. Parmi les sujets de préoccupation signalés, on peut citer le manque de confiance d'une minorité importante de membres du personnel à l'égard des tâches essentielles qu'ils doivent régulièrement accomplir, ainsi que leur exposition limitée aux zones rurales pendant la formation. La plupart du personnel est généralement satisfait de son travail et de la supervision. Toutefois, ils considèrent que les aspects financiers et les conditions de travail sont les moins satisfaisants. De plus, du côté des patients, nous apprenons que leur intimité n'est pas bien respectée dans les établissements de santé. Conformément aux données existantes, la prévalence élevée des paiements directs par les patients est mise en évidence. Étant donné les faibles niveaux de délivrance de reçus, il n'est pas clair dans quelle mesure ils étaient formels ou informels. Certains ménages ont été poussés à adopter des stratégies risquées comme la vente de leurs biens pour payer les soins de santé.

Il est important de comparer les résultats de cette enquête avec les résultats qualitatifs de nos discussions de groupe. Ils ont souligné la nécessité de présenter le service rural comme un état temporaire – de nombreux médecins, par exemple, refusent d'être affectés dans des zones rurales (ce qui signifie pour eux tout lieu situé à plus de 10 km d'une ville, y compris les capitales préfectorales, en raison de leur faible population et des infrastructures limitées) car elles étaient considérées comme des endroits d'où il est très difficile de partir. Leurs préoccupations concernaient l'isolement professionnel, les mauvaises conditions de vie et de travail, ainsi que la difficulté d'obtenir une promotion lorsqu'ils travaillent dans les zones rurales. Le coût de la vie et du logement était plus élevé dans ces régions, les indemnités rurales étaient insuffisantes pour combler cet écart et les possibilités d'emploi pour eux et leur famille étaient limitées. Les charges de travail étaient considérées comme plus élevées dans les zones rurales (comme l'indique notre enquête) et les possibilités de formation étaient moins importantes. Le personnel de santé n'avait pas d'assurance maladie et le transport était difficile. Tous ces aspects doivent être abordés afin de retenir les médecins au niveau préfectoral.

Certaines réponses politiques s’avèrent prometteuses : en particulier, offrir une mise à niveau et une spécialisation en échange d’un service rural ; offrir une plus grande exposition aux zones rurales pendant la formation ; accroître le recrutement dans les zones rurales ; expérimenter des contrats à durée déterminée dans les zones rurales, en particulier pour les plus jeunes, améliorer les conditions de travail des agents des zones rurales et attirer du personnel ayant une forte motivation intrinsèque ou introjectée externe.

En matière de recrutement et de rétention du personnel de santé dans les zones rurales : pour les médecins, il ressort clairement du DCE que les options de spécialisation conditionnelle, en particulier pour les jeunes médecins, pourraient être un puissant facteur de motivation pour attirer et retenir les médecins au niveau des hôpitaux préfectoraux, viennent ensuite les investissements en équipements au niveau de l’établissement, le logement, le transport, et autres. Ceci est en cohérence avec les résultats obtenus dans d'autres contextes sur l'importance de la spécialisation pour les médecins. Cela peut nécessiter une adaptation réglementaire aux règles de la fonction publique en Guinée (Mandeville et al, 2014).

Pour motiver les infirmières et les sages-femmes à servir au niveau des centres de santé, il faudrait, selon nos constatations, des options de formation en lien avec les services ruraux, parallèlement à des investissements en équipements, transport et logement de niveau modéré. Ces actions sont plus susceptibles d'être efficaces pour le personnel des milieux défavorisés et des zones rurales.

Pour les ATS, offrir une formation de mise à niveau après une période de service dans les zones rurales, en particulier pour le personnel plus jeune, pourrait être un facteur de motivation efficace, en plus de l'offre de transport et de logement. Les membres du personnel issus de milieux défavorisés, et potentiellement les femmes, pourraient être davantage attirés par ce programme.

Cette étude n'a pas examiné le rapport coût-efficacité ; le MdS devrait examiner cet aspet plus en profondeur. Il est probable que l'accent mis sur l'appui aux cadres de niveau intermédiaire dans les zones rurales sera une priorité, étant donné le financement limité et la très mauvaise répartition actuelle. Les données internationales suggèrent que des cadres de niveau intermédiaire bien épaulés (tels que les ATS) peuvent fournir des soins de santé appropriés dans les zones rurales (OMS, 2010).

L'étude ne s'est pas non plus penchée sur la question de l'attribution des postes et des fonds du côté du MdS car notre objectif était de comprendre les perceptions, la motivation et les préférences des agents de santé. S'il est important d'en tenir compte dans les politiques publiques, la base de données factuelles plus large, comme indiqué dans l'introduction, souligne l'importance d'assurer que le financement soit mis à disposition des postes de santé rurale et géré de manière décentralisée, afin que le personnel de santé qui ne travaille pas dans ces zones rurales ne puisse pas continuer à travailler dans le secteur public et dans les zones urbaines. La gestion locale de la performance est susceptible d'être plus efficace et plus favorable sous d'autres aspects également, et est en harmonie avec l'accent régional et international mis sur la décentralisation, la responsabilisation et l'allocation des ressources selon les résultats. Il faudra pour cela modifier le financement public, renforcer les capacités et renforcer les incitations pour les gestionnaires locaux du secteur public.

En mettant l'accent sur la nécessité d'assurer un personnel de santé adéquat dans les zones rurales, nous mettons en exergue les domaines suivants auxquels le dialogue politique sur le personnel de santé en Guinée pourrait se concentrer dans l'avenir :

1. En ce qui concerne la **formation,** le recrutement de personnel provenant de milieux pauvres et de zones rurales pourrait être envisagé, en particulier pour les infirmières, les sages-femmes et les ATS. Il peut également être avantageux de veiller à ce que tous les membres du personnel passent une période de temps obligatoire dans les zones rurales pendant leur formation, quelle que soit leur origine.

2. Les domaines de **compétence** dans lesquels le personnel a fait part d'un manque de confiance pourraient être revus dans la formation initiale et continue, en particulier dans les écoles du secteur privé qui restent largement non réglementées.

3. Afin d'améliorer le **recrutement** **des médecins** dans les établissements de niveau inférieur, tels que les hôpitaux préfectoraux, une spécialisation conditionnelle, en particulier pour le personnel plus jeune, pourrait être envisagée, parallèlement à une aide au logement et au transport dans ces lieux. La mise en place d'une assurance maladie et de contrats à durée déterminée pour les affectations rurales pourrait également faire l'objet d'expériences.

4. Pour les **infirmières et les sages-femmes**, il peut être rentable de mettre l'accent sur la formation et les ateliers, en plus du transport et du logement, pour les retenir au niveau des centres de santé.

5. Pour les **ATS**, une offre similaire est attrayante, la formation présentant un intérêt particulier pour les jeunes - peut-être en leur offrant un perfectionnement après une période de service obligatoire comme ATS dans des postes ou centres sanitaires. Les données internationales confirment l'existence d'une politique d'appui à des cadres de niveau intermédiaire tels que ceux-ci pour assurer une couverture sanitaire essentielle dans les zones rurales.

6. L'importance d'une **supervision de soutien** pour la satisfaction du personnel est soulignée ici et peut être renforcée à faible coût par le soutien de la direction et la formation.

7. Des **investissements plus importants dans l'équipement** peuvent également s'avérer nécessaires, bien que nos conclusions mettent en évidence le fait que ces investissements devraient se concentrer sur les fruits à portée de main, comme un approvisionnement fiable en intrants médicaux de base, plutôt que sur la modernisation coûteuse des infrastructures.

8. En ce qui concerne **les paiements des patients**, des mesures pourraient être prises à chaque niveau pour faire en sorte que les frais d'utilisation soient réduits grâce à une meilleure mise en commun des risques et que les frais soient prévisibles, transparents et entièrement acquittés, avec une tolérance zéro pour les paiements informels (tout en tenant compte des salaires de base très bas des agents de santé dans la conception de ces politiques)

9. Plus généralement, les **flux de financement de la santé publique** pourraient être considérés comme adaptés pour soutenir un système plus décentralisé de recrutement et de gestion du personnel de santé, en veillant à ce que les récompenses et les incitations soutiennent les priorités publiques visant à assurer une couverture équitable du personnel de santé.

Références

Anand, S. and Bärnighausen, T. (2004) 'Human resources and health outcomes: cross-country econometric study'. *Lancet,* 364(9445), pp. 1603–9.

Anand, S. and Bärnighausen, T. (2007) 'Health workers and vaccination coverage in developing countries: an econometric analysis'. *Lancet,* 369(9569), pp. 1277–85.

Blaauw, D. *et al*. (2010) 'Policy interventions that attract nurses to rural areas: a multicountry discrete choice experiment'. *Bull World Health Organ.,* 88(5), pp. 350–6.

Chen, L. *et al*. (2004) 'Human resources for health: overcoming the crisis'. *Lancet,* 364(9449), pp. 1984-90.

INS, PNLP, ICF (2017) 'Enquête de prévalence parasitaire du paludisme et de l’anémie en Guinée 2016'*,* Rockville: Institut National de la Statistique (INS); Programme National de Lutte contre le Paludisme; ICF.

Kuhfeld, W. (2010) *Marketing Research Methods in SAS: Experimental Design, Choice, Conjoint, and Graphical Techniques.* 9.2 ed. Cary: SAS Institute Inc.

Mandeville, K., Lagarde, M. and Hanson, K. (2014) 'The use of discrete choice experiments to inform health workforce policy: a systematic review'. *BMC Health Serv Res.,* 14(367).

MdS (2015) 'National Health Development Plan'*,* Conakry: MdS, Government of Republic of Guinea.

MS (2015) 'Guinée Compact National'*,* Conakry: Ministère de la Santé.

Scheffler, R., Herbst, C., Lemiere, C. and Campbell, J. (2016) 'Health Labor Market Analyses in Low- and Middle-Income Countries: An Evidence-Based Approach. Directions in Development'*,* Washington DC: World Bank.

Smitz, M. *et al*. (2016) 'Understanding Health Workers' Job Preferences to Improve Rural Retention in Timor-Leste: Findings from a Discrete Choice Experiment'. *PLoS One,* 11(11), p. e0165940.

Train, K. (2009) *Discrete Choice Methods with Simulation.* 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press.

UNDP (2016) *Human Development Report 2016,* New York: UNDP.

WHO (2010) 'Mid-level health providers: a promising resource to achieve the health Millennium Development Goals'*,* Geneva: WHO.

WHO (2015) 'Guinea: WHO statistical profile'*.* [Online]
Available at: www.who.int/gho/countries/gin.pdf?ua=1
[Accessed 15 June 2018].

World Bank (2018) 'World Bank Data: Guinea'*.* [Online] Available at: https://data.worldbank.org/country/Guinea [Accessed 15 June 2018].

1. Détails supplémentaires sur les méthodes

Composite : satisfaction

Tableau 27 : Indicateurs relatifs à la satisfaction du personnel de santé

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Indicateur (insatisfait) | Réponses pertinentes | ConditionIndicateur = 1 si : | Poids |
| Effectuez-vous parfois des tâches pour lesquelles vous n'avez pas été formé ? | a) Oui tous les joursb) Souvent | pos\_tâche = 1 |pos\_tâche = 2 | 1,0 |
| Vous sentez-vous bien préparé pour votre poste actuel ? | a) Parfois, je me sens dépasséeb) Pas du tout | pos\_prep = 2 |pos\_prep = 3 | 1,0 |
| Que pensez-vous du nombre de patients que vous voyez par jour ? | a) Plus que ce dont je peux m'occuper | r\_nomb\_sentir = 1 | 1,0 |
| Pouvez-vous répondre aux besoins des patients que vous consultez ? | a) Non | r\_besoin = 2 | 1,0 |
| Pensez-vous que l'établissement de santé où vous travaillez répond aux besoins des patients ? | a) Non | q\_dema = 3 | 1,0 |
| Nous avons assez d'équipement en état de fonctionnement pour traiter les patients, | a) Pas d’accord b) Absolumment pas d’accord  | m\_equi = 3 | m\_equi = 4 | 0,5 |
| Nous avons suffisamment de médicaments et de fournitures pour traiter les patients | a) Pas d’accord b) Absolumment pas d’accord  | m\_fourn = 3 | m\_fourn = 4 | 0,5 |
| Au cours d'une semaine normale, combien de jours travaillez-vous dans cet établissement ? | Plus de 5 | w\_jours\_faci >= 6 | 1,0 |
| Au cours d'une journée normale, combien d'heures travaillez-vous dans cet établissement ? | Plus de 8 | w\_heures >= 9 | 1,0 |
| Combien de jours de congé annuel avez-vous dans une année ? | Moins de 20 | hf\_congé < 20 | 1,0 |
| Avez-vous l'impression d'avoir suffisamment de temps pour accomplir toutes les tâches que vous avez à accomplir ? | a) Non, j'arrive à peine à accomplir toutes les tâches | w\_tâche = 3 | 1,0 |
| Avez-vous l'impression que vos besoins et vos suggestions sont pris en compte par votre superviseur ou votre supérieur ? | a) Non | m\_besoin = 2 | 1,0 |
| Souhaitez-vous être muté de votre poste actuel dans un proche avenir ? (d'ici un à deux ans) | a) Oui | p\_trans = 1 | 1,0 |
| Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous reçu votre salaire en retard ? | Plus de deux fois | i\_retard > 2 | 1,0 |
| Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence n'avez-vous PAS reçu votre salaire DU TOUT ? | Une fois ou plus | i\_Aucune >= 1 | 1,0 |
| Votre ménage parvient-il à couvrir ces dépenses courantes chaque semaine ? | a) Rarementb) Jamais | f\_base = 3 | f\_base = 4 | 0,5 |
|  Mon salaire est trop bas pour couvrir les dépenses courantes de mon ménage, | a) Tout à fait d’accordb) D’accord | m\_sala = 1 |m\_sala = 2 | 0,5 |
| Satisfaction à l'égard de la situation financière | a) Insatisfait(e)b) Très Insatisfait(e) | sc\_fina >= 3 | 1,0 |
| Satisfaction à l'égard des conditions de travail | a) Insatisfait(e)b) Très Insatisfait(e) | sc\_trav >= 3 | 1,0 |
| Satisfaction à l'égard de l'équilibre entre le travail et la vie personnelle | a) Insatisfait(e)b) Très Insatisfait(e) | sc\_équi l >= 3 | 1,0 |
| Satisfaction à l'égard des perspectives de carrière  | a) Insatisfait(e)b) Très Insatisfait(e) | sc\_carr >= 3 | 1,0 |
| Je suis heureux de travailler dans cet établissement plutôt que dans tout autre établissement de santé | a) Pas d’accordb) Absolument pas d’accord | m\_étab = 3 | m\_étab = 4 | 1,0 |
| Total |  |  | **20,0** |

**Composite : motivation**

La compréhension de la composition des différents types de motivation des agents de santé en Guinée nous permet de tirer des leçons pour la conception de cadres incitatifs et d'interventions visant à attirer et à retenir dans les zones rurales les professionnels de santé qui y travaillent. L'hypothèse sous-jacente est que les dimensions de motivation des agents de santé déterminent leur appréciation des incitations financières et non financières, telles que la formation et des parcours de progression clairs dans leur carrière. La catégorisation des agents de santé en fonction de leur profil motivationnel nous permet en outre de déterminer si les dimensions de la motivation influent sur les préférences des agents de santé, comme l'a montré la composante DCE de l'étude.

Suivant l'approche de Deci et Ryan (2002), la recherche caractérise la motivation à l'aide d'une échelle de différents types de motivation extrinsèque, qui diffèrent dans leur degré d'autonomie, de la motivation extrinsèque externe à la motivation introjectée, identifiée et intégrée, étant progressivement plus autonome (Borghi et al, 2017). Alors que la motivation intrinsèque conduit les individus à choisir et à exercer une profession uniquement en fonction de la joie et de l'intérêt qu'ils y éprouvent, la motivation extrinsèque est basée, à des degrés divers, sur des facteurs externes. Selon cette théorie, la motivation extrinsèque est nécessaire pour accomplir des tâches que l'on ne trouve pas intrinsèquement intéressantes, même si elle est contrôlée par une combinaison de facteurs externes et de régulation interne du comportement. Par exemple, la motivation à travailler pour obtenir des incitations financières fondées sur la performance est classée dans la catégorie " réglementation externe" ou motivation qui dépend des récompenses. Basée sur une simplification des dimensions de la motivation proposée par Gagne et Deci (2005), cette recherche s'appuie sur les catégories mentionnées dans le Tableau 28.

Tableau 28 : Adaptation de Gagne et Deci, 2005 (indicateurs composites ajoutés)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dimension | Définition | Indicateurs composites |  |
| Motivation | Absence de réglementation intentionnelle | Manque de motivation, absence de désir de travailler, désir d'arrêter de fumer, sentiment que le travail n'a pas de sens | 4,0 |
| Réglementation extrinsèque, externe | Éventualités de récompense et de sanction | Désir de travailler en raison du salaire, de l'allocation, de la sécurité d'emploi, etc. | 4,0 |
| Réglementation extrinsèque, introjectée | L'estime de soi dépend de la performance, de l'ego et de l'engagement | Désir de travailler pour gagner le respect de la famille, de la communauté, du superviseur et des collègues, désir de travailler pour améliorer l'estime de soi ; promotions | 4,0 |
| Réglementation extrinsèque identifiée et intégrée | Importance et cohérence des objectifs, des valeurs et de la réglementation | Désir de travailler pour utiliser ses compétences, son auto-efficacité, son désir de travailler pour accomplir quelque chose de valable, son intérêt pour les formations et les occasions d'apprendre | 4,0 |
| Intrinsèque | Intérêt et plaisir éprouve en accomplissant son travail | Véritable intérêt pour le secteur de la santé, le travail en tant que professionnel de la santé apporte la joie | 4,0 |

Contrairement à Gagne et Deci (2005), cette étude associe les dimensions de réglementation identifiée et intégrée pour réduire le nombre de catégories et simplifier l'approche. Les composantes des professionnels de la santé ont été mesurées quantitativement, à l'aide d'une échelle de Likert, développée et testée en Afghanistan et en Inde.

Tableau 29 : Catégorie 1 : Motivation

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Indicateur | Réponses pertinentes | Conditionindicateur = 1 si : | Poids |
| Quelle était la principale raison pour laquelle vous êtes devenu agent de santé ? | a) Pour avoir une charge de travail légère | p\_moti = 6 | 1,0  |
| A plus long terme (trois à cinq ans), envisagez-vous de changer de profession ? | a) Oui | p\_chan = 1 | 1,0 |
| Je me sens motivé pour aller travailler tous les jours | a) Pas d’accordb) Absolument pas d’accord | m\_moti = 3 | p\_moti = 4 | 1,0 |
| Je pense souvent quitter ce travail | a) Tout à fait d’accordb) D’accord | m\_quit = 1 | m\_quit = 2 | 1,0 |
| Total |  |  | 4,0 |

La motivation a été traitée comme une catégorie indépendante et exprimée comme une variable indicatrice. Les personnes qui obtiennaient une note de 3 ou plus dans cette catégorie étaient classées comme ayant une "faible motivation".

Les répondants ont ensuite reçu des notes individuelles pour les trois autres dimensions de la motivation. L'une des limites de cette approche est qu'elle ne tient pas compte de la motivation purement intrinsèque, qui est fondée sur le plaisir et l'intérêt qu'une personne éprouve en accomplissant son travail. Nous supposons qu'une réglementation informée et intégrée, qui sont des formes plus autonomes de motivation extrinsèque, capte en partie cette motivation intrinsèque.

Les personnes interrogées étaient regroupées dans des catégories allant de "principalement motivé de l'extérieur" à "principalement motivé de manière intégrée". Cela nous a permis de vérifier si les profils motivationnels des répondants expliquaient la variation des préférences obtenues saisies dans le DCE. Il nous a permis également d'établir des liens entre les dimensions de motivation et les préférences exprimées, ainsi que les niveaux de satisfaction.

Tableau 30 : Catégorie 2 : Motivation

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Indicateur | Réponses pertinents | Conditionindicateur = 1 si : | Poids |
| Quelle était la principale raison pour laquelle vous êtes devenu agent de santé ? | a) Avoir un emploib) Conserver un emploi pendant une longue périodeb) Avoir un emploi bien rémunéréc) Pour avoir accès à d'autres sources de revenu | p\_moti = 1 | p\_moti = 2 | p\_moti = 3 | p\_moti = 4  | 1,0 |
| Il est difficile de se préoccuper beaucoup de savoir si le travail est bien fait | a) D’accord b) Tout à fait d’accord | m\_ncar = 1 | m\_ncar = 2 | 1,0 |
| Je travaille ici parce que cela apporte une sécurité à long terme | a) Tout à fait d’accord | m\_secu = 1 | 1,0 |
| Je crains d'être au chômage | a) Tout à fait d’accord | m\_chom = 1 | 1,0  |
| Total |  |  | **4,0** |

Les personnes interrogées qui enregistraient des scores relativement plus élevés pour cet indicateur en ce qui concerne la réglementation externe de la motivation étaient classées comme motivées "principalement par des facteurs externes". Ce groupe se caractérisait par l'importance accordée à la sécurité d'emploi et par le fait que le salaire (ou un salaire plus élevé et d'autres avantages, comme les allocations et les avantages matériels non financiers) primait sur la reconnaissance ou les réalisations significatives.

Tableau 31 : Catégorie 3 : Motivation

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Indicateur | Réponses pertinents  | Conditionindicateur = 1 si : | Poids |
| Quelle était la principale raison pour laquelle vous êtes devenu agent de santé ? | a) Avoir un bon statut socialb) Poursuivre la tradition familiale | p\_moti = 5 | p\_moti = 8 | 1,0 |
| Il est important pour moi d'obtenir la reconnaissance de la communauté pour mon travail | a) Tout à fait d’accord | m\_reco = 1 | 1,0 |
| Je travaille ici parce que j'ai des possibilités de promotion | a) Tout à fait d’accord | m\_poss = 1  | 1,0 |
| Mes collègues sont solidaires, c'est pourquoi j'aime travailler ici | a) Tout à fait d’accord | m\_coll = 1 | 1,0 |
| Total |  |  | **4,0** |

Les répondants qui enregistraient des scores comparativement plus élevés pour l'indicateur de la réglementation introjectée de la motivation tombaient dans la catégorie "réglementation principalement introjectée" de la motivation. Ce groupe se caractérisait par l'importance qu'il accordait à la reconnaissance de sa famille, de sa communauté ou de ses collègues de travail pour ses réalisations significatives ou sa sécurité d'emploi. Les agents de santé de ce groupe étaient supposés valoriser les promotions et la signalisation extérieure des progressions de carrière et de leur profession.

Tableau 32 : Catégorie 4 : Motivation

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Indicateur | Réponses pertinentes | Conditionindicateur = 1 si : | Poids  |
| Quelle était la principale raison pour laquelle vous êtes devenu agent de santé ? | a) Aider les autresb) Avoir de grandes responsabilités | p\_moti = 7 | p\_moti = 9 | p\_moti = 10 | 1,0 |
| J'ai suffisamment d'occasions d'apprendre au niveau de l'établissement de santé | b) Absolument pas d’accord \* | m\_lear = 4 | 0,5 |
| J'ai parfois l'impression que mon travail n'a pas de sens | b) Absolument pas d’accord | m\_sens = 4 | 0,5 |
| Je sens que je peux accomplir quelque chose de valable dans ce travail | a) Tout à fait d’accordb) D’accord | m\_acco = 1  | 1,0 |
| Je me sens personnellement responsable si nous ne pouvons pas répondre aux besoins d'un patient, | a) Tout à fait d’accord | m\_resp = 1 | 0,5 |
| Quand je fais bien mon travail, mon appréciation de moi-même s'améliore | a) Tout à fait d’accord | m\_fair = 1 | 0,5  |
| Total |  |  | **4,0** |

\* Ceci dans l'hypothèse où les possibilités de formation existantes dans le secteur de la santé en Guinée sont insuffisantes

Les répondants qui enregistraient des scores comparativement plus élevés pour l'indicateur de la réglementation identifiée et intégrée de la motivation entraient dans cette catégorie. Ce groupe se caractérisait par l'importance qu'il accorde à ses valeurs et à ses réalisations, en fonction de son identité, de ses valeurs et de ses normes.

**Composite : établissement de santé**

En raison des immenses différences entre les types d’établissements dans le secteur de la santé publique en Guinée, l'indicateur composite des établissements se concentrait sur les normes minimales, les infrastructures de base, les services publics et l'équipement. Il s'agit d'un score négatif, basé sur une interprétation inverse.

Tableau 33 : Construction de l’indicateur de fonctionnalité de l’établissement

| Indicateur (mal-équipé) | Réponses pertinentes  | Conditionindicateur = 1 si : | Poids |
| --- | --- | --- | --- |
| Votre installation dispose-t-elle d'électricité provenant d'une source quelconque (par exemple, réseau électrique, groupe électrogène, énergie solaire ou autre), y compris pour des appareils autonomes ? | a) Non  | e\_electricité = 2 | 1,0 |
| Outre la source principale ou principale, l'installation dispose-t-elle d'une source d'électricité secondaire ou d'appoint ? Si oui, de quel type ? | a) Non | e\_appoint\_central = 2 | 1,0 |
| Avez-vous l'électricité en ce moment ? | a) Non | e\_courant = 2 | 1,0 |
| Avez-vous de l'eau à l'intérieur de l'établissement ou sur le site de l'établissement ? | a) Non | w\_eau = 2 | 1,0 |
| L'eau de cette source est-elle disponible aujourd'hui ? | a) Non | w\_courant = 2 | 1,0 |
| Quel type de toilettes (latrines) avez-vous dans vos locaux qui sont accessibles aux patients ? | a) Toilettes à chasse d'eau b) Latrines à fosse améliorées c) Latrines à fosse avec dalle | t\_toilet <= 3 | 1,0 |
| Les toilettes fonctionnent-elles en ce moment ? | a) Non | t\_courant | 1,0 |
| Les toilettes fonctionnent-elles en ce moment ?Avez-vous l'équipement ou les appareils suivants dans l'établissement aujourd'hui en bon état de fonctionnement ? Téléphone portable ou fixe | a) Non | equip\_fixe = 2 | equip\_mobi = 2 | 1,0 |
| Avez-vous l'équipement ou les appareils suivants dans l'établissement aujourd'hui en bon état de fonctionnement ? Ordinateur | a) Non | equip\_lapt = 2 | 1,0 |
| Avez-vous l'équipement ou les appareils suivants dans l'établissement aujourd'hui en bon état de fonctionnement ? Réfrigérateur | a) Non | equip\_refr = 2 | 1,0 |
| En moyenne, combien d'heures par jour cet établissement est-il ouvert (en dehors des urgences) ?  | Moins de 10 | c\_heures ouv < 10 | 1,0 |
| Combien de jours l'établissement est-il ouvert par semaine (en dehors des urgences) ? | Moins de 5 | c\_jours ouv < 5 | 1,0 |
| Quelle est la fréquence des réunions du personnel ? | a) Une fois tous les 2-3 mois b) Une fois tous les 4-6 mois c) Moins fréquemment | Réunion persfreq > 1 | 1,0 |
| Les fournitures médicales suivantes sont-elles disponibles ? Antibiotiques, médicaments antituberculeux, trousse de dépistage du paludisme, médicaments antipaludéens, trousse de dépistage du VIH, médicaments antirétroviraux, condoms, trousses de perfusion intraveineuse, gants | a) 0 (mannequin) | ms\_disp\_\* = 0 | 1,0x9 |
| L'équipement suivant est-il disponible et fonctionne-t-il en ce moment ? | a) 0 (mannequin) | eq\_disp\_\* = 0 | 1,0x12 |
| Salle d'examen du client : eau courante (conduite, seau avec robinet, ou pichet verseur) ? | a) Signalé, pas vu b) Non disponible | exr\_eau = 2 | exr\_eau = 3 | 1,0 |
| Salle d'examen du client : savon pour se laver les mains ? | a) Signalé, pas vu b) Non disponible | exr\_sovon = 2 | exr\_sovon = 3 | 1,0 |
| Salle d'examen du client : désinfectant pour les mains à base d'alcool ? | a) Signalé, pas vu b) Non disponible | exr\_alco = 2 | exr\_alco = 3 | 1,0 |
| Salle d'examen du client : poubelle (poubelle à pédale) avec couvercle et doublure de poubelle en plastique | a) Signalé, pas vu b) Non disponible | exr\_poub = 2 | exr\_poub = 3 | 1,0 |
| Salle d'examen du client : seringues jetables standard à usage unique avec aiguilles ou seringues autobloquantes avec aiguilles ? | a) Signalé, pas vu b) Non disponible | exr\_syri = 2 | exr\_syri = 3 | 1,0 |
| Salle d'examen du client : masques médicaux | a) Signalé, pas vu b) Non disponible | exr\_masque = 2 | exr\_masque = 3 | 1,0 |
| Obsevation : La salle d'examen du client procure-t-elle de l'intimité ? Dans quelle mesure ? | a) Signalé, pas vu b) Non disponible | exr\_intim = 2 | exr\_intim = 3 | 1,0 |
| Total |  |  | **42,0** |

Annex B Autres tableaux et figures de données

* 1. Enquête sur les établissements

Figure 32 : Installations disponibles par établissement de santé et emplacement, par localité



Client examination room = Salle d'examen du client

Delivery room = Salle d'accouchement

Laboratory = Laboratoire

Operating theatre = Bloc opératoire

Patient ward with beds = Chambre de patient avec lits

Pharmacy = Pharmacie

Staff facilities = Locaux du personnel

Urban = Urbain

Tableau 34 : Nombre moyen de chambres et de lits dans chaque établissement de santé, par localité

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Rural (n) | Urbain (n) |
| Chambres | 10,3 | 67,7 |
| Lits d'observation | 3,5 | 6,6 |
| Lits pour patients hospitalisés | 1,6 | 44 |

Figure 33 : Services médicaux disponibles, par localité



Dispense drugs = Distribuer des médicaments

Provide diagnosis/ laboratory services = Fournir des services de diagnostic et de laboratoire

Provide inpatient care = Fournir des soins aux patients hospitalisés

Provide outpatient care = Fournir des soins ambulatoires

Urban =Urbain

Figure 34 : Services de santé disponibles, par localité



24-hours emergency services = Services d'urgence 24 heures sur 24

ARV prescription = Prescription ARV

Blood transfusion = Transfusion sanguine

Caesarean section = Césarienne

Diagnosis and treatment of malaria = Diagnostic et traitement du paludisme

Diagnosis and treatment of non-communicable diseases = Diagnostic et traitement des maladies non transmissibles

Diagnosis and treatment of other STDs = Diagnostic et traitement des autres MST

Diagnosis and treatment of TB = Diagnostic et traitement de la tuberculose

Diagnosis/ treatment of chronic diseases = Diagnostic/ traitement des maladies chroniques

Family planning services = Services de planification familiale

Health care for children under 5 = Soins de santé pour les enfants de moins de 5 ans

Immunization and vaccination of children = Vaccination et vaccination des enfants

Intensive care unit = Unité de soins intensifs

Major surgery with general anesthesia = Chirurgie majeure sous anesthésie générale

Major surgery with local anesthetics = Chirurgie majeure avec anesthésie locale

Mother-child HIV prevention services = Services de prévention du VIH mère-enfant

Normal delivery and ante-natal care = Accouchement normal et soins prénatals

Pre-natal care = Soins prénatals

Routine laboratory tests = Essais de routine en laboratoire

Ultrasonography Ultrasonographie

X-Ray = Rayons X

Urban = Urbain

Figure 35 : Electricité, eau et toilettes disponibles, par localité



Electricity = Électricité

Electricity (now) = Électricité (en ce moment)

Functioning toilet (today) = Toilettes fonctionnelles (aujourd'hui)

Water = Eau

Water (today) = Eau (aujourd'hui)

Urban = Urbain

Tableau 35 : Principales sources d'électricité dans chaque localité

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Rural | Urbain | Total |
| Approvisionnement central en électricité (par exemple, réseau national ou communautaire) | 1 | 10 | 11 |
| Groupe électrogène (à carburant ou à batterie) | 0 | 6 | 6 |
| Système solaire | 14 | 17 | 31 |
| N | 21 | 34 | 55 |

N : nombre

Tableau 36 : Sources d'électricité de secours disponibles dans chaque localité

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Rural | Urbain | Total |
| Alimentation électrique centrale de secours | 0 | 7 | 7 |
| Groupe électrogène de secours  | 2 | 13 | 15 |
| Système solaire de secours | 0 | 11 | 11 |
| N | 21 | 34 | 55 |

N : nombre

Tableau 37 : Principales sources d'eau dans chaque localité

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Rural | Urbain | Total |
| Conduite d'eau dans l'établissement | 1 | 6 | 7 |
| Puits creusé protégé | 4 | 1 | 5 |
| Tube public ou fontaine publique | 3 | 2 | 5 |
| Puits tubulaire/ forage  | 9 | 24 | 33 |
| Pas d'eau | 3 | 1 | 4 |
| Autres, précisez | 1 | 0 | 1 |
| Total | 21 | 34 | 55 |

Tableau 38 : Types de toilettes dans chaque localité

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Rural | Urbain | Total |
| Toilettes à chasse d'eau | 1 | 4 | 5 |
| Latrines à fosse avec dalle | 15 | 19 | 34 |
| Latrines à fosse sans dalle | 0 | 1 | 1 |
| Latrine à fosse ventilée améliorée | 1 | 9 | 10 |
| Pas de toilettes/ nature | 4 | 1 | 5 |
| Total | 21 | 34 | 55 |

Tableau 39 : Durée d’ouverture dans chaque localité

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Rural | Urbain |
| Heures d'ouverture | 9,9 | 13,2 |
| Jours d'ouverture | 6,5 | 6,1 |

Figure 36 : Types de dispositifs/ équipements disponibles dans chaque localité



Ambulance **=** Ambulance

Autoclave machine = Machine autoclave

Computer/ laptop = Ordinateur/ ordinateur portable

Email/ Internet = Courriel/ Internet

Incinerator = Incinérateur

Landline telephone = Téléphone fixe

Mobile phone = Téléphone portable

Refrigerator = Réfrigérateur

Urban = Urbain

Figure 37 : Source des fournisseurs médicaux pour chaque localité

Government = Gouvernement

Local private wholesaler = Grossiste privé local

Local private pharmacy = Pharmacie privée locale

Regional/ national private wholesaler = Grossiste privé régional/ national

Pharmaceutical companies = Sociétés pharmaceutiques

Other international procurement = Autres marchés internationaux

Local NGO = ONG locale

Other faith-based charities = Autres organismes de charité confessionnels

International NGO = ONG internationale

UN organizations = Organisations des Nations Unies

Others = Autres

Urban = Urbain

Figure 38 : Fournitures médicales disponibles, par localité



Anti-malarial drugs = Médicaments antipaludéens

Antibiotics = Antibiotiques

ARV drugs = Médicaments ARV

Condoms = Préservatifs

Gloves = Gants

HIV test kit = Trousse de test VIH

Intravenous infusion kits = Kits de perfusion intraveineuse

Malaria test kit = Trousse de dépistage du paludisme

TB drugs = Médicaments antituberculeux

Urban = Urbain

Figure 39 : Équipements disponibles et en état de fonctionnement, par localité



Adult Weighting Scale = Échelle de pondération pour adultes

Child Weighting Scale = Échelle de pondération pour enfants

Filed Oxygen Cylinders = Cylindres d'oxygène classés

Infant Weighting Scale = Échelle de pondération pour nourrissons

Light Source = Source lumineuse

Measuring Tape = Ruban à mesurer

Oxygen Concentrators = Concentrateurs d'oxygène

Pulse Oximeter = Oxymètre de pouls

Spacers for Inhalers = Entretoises pour inhalateurs

Stadiometer/ Height Rod = Stadiomètre/ tige de hauteur

Stethoscope = Stéthoscope

Thermometer = Thermomètre

Urban = Urbain

Figure 40 : Service à la clientèle disponible selon l’observation, par localité



Alcohol-based hand rub = Rince-mains à base d’alcool

Disinfectant = Désinfectant

Disposable latex gloves = Gants jetables en latex

Gowns = Robes de chambre

Hand washing soap = Savon pour le lavage des mains

Medical masks = Masques médicaux

Other waste receptacle = Autre poubelle

Runnig water = Eau courante

Sharps container = Récipient pour objets tranchants

Single use standard disposable syringes with need = Seringues jetables standard à usage unique avec besoin

Waste receptacle (bin with lid and plastic liner) = Poubelle (poubelle avec couvercle et doublure en plastique)

Urban = Urbain

* 1. Enquête sur les agents de santé

Tableau 40 : Répartition des rôles pour chaque type de professionnel de la santé

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Médecin (%) | Infirmière (%) | Sage-femme (%) | ATS (%) |
| Direction | 5,9 | 5,4 | 0,0 | 4,2 |
| Rôle médical/ technique | 85,6 | 9,9 | 8,1 | 5,4 |
| Rôle de soutien | 1,3 | 63,1 | 71,6 | 70,5 |
| Plusieurs rôles | 7,2 | 20,7 | 20,3 | 18,0 |
| Autres, précisez | 0,0 | 0,9 | 0,0 | 1,9 |
| N | **153** | **111** | **74** | **261** |

ATS : agent technique de santé, N : nombre

Tableau 41 : Répartition de la situation d’emploi pour chaque type de professionnel de la santé

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Médecin (%) | Infirmière (%) | Sage-femme (%) | ATS (%) |
| Employé public, permanent | 94,8 | 99,1 | 95,9 | 91,2 |
| Agents contractuels (établissement de santé) | 4,6 | 0,9 | 0,0 | 4,6 |
| Agents contractuels (municipalité) | 0,7 | 0,0 | 0,0 | 3,8 |
| Personnel contractuel (ONG/ programme) | 0,0 | 0,0 | 4,1 | 0,4 |
| N | 153 | 111 | 74 | 261 |

ATS : agent technique de santé, ONG : organisation non-gouvrenementale, N : nombre

Tableau 42 : Répartition des régions de formation pour chaque type de professionnel de santé

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Médecin (%) | Infirmière (%) | Sage-femme (%) | ATS (%) |
| Boké | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 3,3 |
| Conakry | 96,2 | 38,6 | 43,6 | 3,9 |
| Faranah | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,3 |
| Kankan | 0,8 | 4,3 | 3,6 | 29,4 |
| Kindia | 2,3 | 44,3 | 47,3 | 3,3 |
| Labé | 0,0 | 11,4 | 3,6 | 43,8 |
| Nzérékoré | 0,8 | 1,4 | 1,8 | 15,0 |
| N | **131** | **70** | **55** | **153** |

ATS : agent technique de santé, N : nombre

Tableau 43 : Se sentir bien préparé et formé pour votre poste actuel

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Médecin (%) | Infirmière (%) | Sage-femme (%) | ATS (%) |
| Pas du tout | 12,4 | 3,6 | 1,4 | 6,9 |
| Parfois, je me sens dépassée | 9,2 | 15,3 | 10,8 | 8,4 |
| Oui | 78,4 | 81,1 | 87,8 | 84,7 |
| N | 153 | 111 | 74 | 261 |

ATS : agent technique de santé, N : nombre

Tableau 44 : Score moyen d’accord avec les différentes affirmations sur une échelle de 4 points, par localité

|  | Rural | Urbain |
| --- | --- | --- |
| J'ai suffisamment d'occasions d'apprendre au niveau de l'établissement de santé | 2,76 | 2,91 |
| Les perspectives de carrière et les promotions sont basées sur la performance | 2,76 | 2,58 |
| Je me sens motivé pour aller travailler tous les jours | 3,28 | 3,23 |
| Mon salaire est trop bas pour couvrir les dépenses de base de ma famille | 3,56 | 3,72 |
| Les agents de santé doivent demander aux patients de payer pour gagner leur vie | 1,95 | 1,86 |
| Je crains d'être au chômage | 3,41 | 3,45 |
| Nous avons suffisamment de médicaments et de fournitures pour traiter les patients | 2,41 | 2,3 |
| J'ai peur d'être transféré dans une autre région | 2,16 | 2,4 |
| Nous avons assez d'équipement en état de fonctionnement pour traiter les patients | 2,43 | 2,29 |
| Quand je fais bien mon travail, mon appréciation de moi-même s'améliore | 3,78 | 3,72 |
| Je travaille ici parce que le salaire reflète les contributions de chaque professionnel de la santé | 2,02 | 2,07 |
| Il est important pour moi d'avoir des opportunités de faire avancer ma carrière | 3,59 | 3,54 |
| Je suis heureux de travailler dans cet établissement plutôt que dans tout autre établissement de santé | 2,62 | 2,86 |
| Je me sens personnellement responsable si nous ne pouvons pas répondre aux besoins d'un patient | 2,95 | 2,92 |
| Je pense souvent quitter ce travail | 1,69 | 1,65 |
| Mes collègues sont solidaires, c'est pour ça que j'aime travailler ici | 3,28 | 3,17 |
| Je travaille ici parce que cela assure une sécurité à long terme | 3,03 | 3,01 |
| Je travaille ici parce que j'ai des possibilités de promotion | 2,84 | 2,84 |
| Je sens que je peux accomplir quelque chose d'utile dans ce travail | 3,37 | 3,36 |
| Je travaille ici parce que j'aime faire ce travail | 2,93 | 3 |
| Il est difficile de se préoccuper beaucoup de savoir si le travail est bien fait | 2,72 | 2,54 |
| J'ai parfois l'impression que mon travail n'a pas de sens | 1,69 | 1,69 |
| Il est important pour moi d'obtenir la reconnaissance de la communauté pour mon travail | 3,65 | 3,71 |

Tableau 45 : Proportions d’agents de santé ayant des actifs différents dans les ménages

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Médecin (%) | Infirmière (%) | Sage-femme (%) | ATS (%) |
| Réfrigérateur | 69,3 | 55,0 | 52,7 | 47,5 |
| Radio | 89,5 | 90,1 | 77,0 | 78,2 |
| Lecteur cassette/ CD | 77,8 | 79,3 | 78,4 | 72,4 |
| Télévision | 86,9 | 84,7 | 78,4 | 78,5 |
| Eau courante | 71,2 | 67,6 | 67,6 | 47,5 |
| Électricité | 89,5 | 85,6 | 83,8 | 77,0 |
| Téléphone | 98,0 | 98,2 | 98,6 | 97,7 |
| Voiture | 48,4 | 30,6 | 29,7 | 23,8 |
| Moto | 41,8 | 53,2 | 29,7 | 51,0 |
| Bicyclette | 20,3 | 19,8 | 24,3 | 21,5 |
| Terrain | 52,9 | 60,4 | 43,2 | 58,2 |
| Maison | 59,5 | 59,5 | 40,5 | 60,5 |
| N | 153 | 111 | 74 | 261 |

ATS : agent technique de santé, N : nombre

Table 46 : Proportions d’agents de santé ayant des actifs différents dans les ménages par localité

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Rural (%) | Urbain (%) |
| Réfrigérateur | 32,0 | 59,4 |
| Radio | 76,3 | 84,3 |
| Lecteur cassette/ CD | 60,8 | 78,5 |
| Télévision | 61,9 | 85,5 |
| Eau courante | 44,3 | 62,6 |
| Électricité | 63,9 | 86,1 |
| Téléphone | 96,9 | 98,0 |
| Voiture | 12,4 | 35,8 |
| Moto | 50,5 | 45,5 |
| Bicyclette | 22,7 | 20,9 |
| Terrain | 54,6 | 55,5 |
| Maison | 60,8 | 56,9 |
| N | 97 | 503 |

N : nombre

Figure 41 : Conditions socioéconomiques auto-classifiées des agents de santé, par type



Figure 42 : Conditions socioéconomiques auto-classifiées des agents de santé, par localité

Poor = Pauvre

Lower middle class = Classe moyenne inférieure

Upper middle class = Classe moyenne supérieure

Rich = Riche

Urban = Urbain

* 1. Enquête auprès des patients

Tableau 47 : Proportion des ménages de patients disposant de biens par localité

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Rural (%) | Urbain (%) |
| Réfrigérateur | 3,2 | 23,0 |
| Radio | 46,8 | 66,8 |
| Lecteur cassette/ CD | 12,9 | 43,8 |
| Télévision | 16,9 | 53,2 |
| Eau courante | 33,1 | 49,9 |
| Électricité | 16,9 | 57,1 |
| Téléphone | 83,9 | 93,6 |
| Voiture | 7,3 | 13,0 |
| Moto | 51,6 | 44,6 |
| Bicyclette | 20,2 | 15,0 |
| Terrain | 75,0 | 51,2 |
| Maison | 96,0 | 69,3 |
| N | 124 | 361 |

Tableau 48 : Auto-classification socio-économique des patients par sexe et localité

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Homme | Femme |
|  | **Rural** (%) | **Urbain** (%) | **Rural** (%) | **Urbain** (%) |
| Riche | 0,0 | 0,7 | 0,0 | 0,5 |
| Classe moyenne supérieure | 4,9 | 9,2 | 4,8 | 9,6 |
| Classe moyenne inférieure | 19,5 | 38,6 | 22,9 | 36,1 |
| Pauvre | 65,9 | 42,5 | 60,2 | 42,8 |
| Très pauvres | 9,8 | 9,2 | 12,0 | 11,1 |
| N | **41** | **153** | **83** | **208** |

N : nombre

Tableau 49 : Classification socio-économique basée sur les actifs pour les patients qui se rendent dans les établissements de santé de chaque localité

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Homme | Femme |
|  | **Rural** (%) | **Urbain** (%) | **Rural** (%) | **Urbain** (%) |
| Les plus pauvres | 26,8 | 14,4 | 21,7 | 19,2 |
| Pauvre | 29,3 | 19,0 | 30,1 | 14,4 |
| Riche | 22,0 | 25,5 | 36,1 | 26,9 |
| Plus riche | 22,0 | 41,2 | 12,0 | 39,4 |
| N | **41** | **153** | **83** | **208** |

N : nombre

Tableau 50 : Répartition par l’âge des patients qui se rendent dans les établissements de santé de chaque localité

|  | Homme | Femme |
| --- | --- | --- |
|  | Rural (%) | Urbain (%) | Rural (%) | Urbain (%) |
| *Plus Riche* |
| 1–9 ans | 33,3 | 27,0 | 0,0 | 12,2 |
| 10–19 ans | 22,2 | 12,7 | 30,0 | 20,7 |
| 20-29 ans | 11,1 | 15,9 | 30 | 28 |
| 30–39 ans | 0,0 | 11,1 | 10,0 | 19,5 |
| 40–49 ans | 0,0 | 12,7 | 20,0 | 6,1 |
| 50–59 ans | 11,1 | 11,1 | 0,0 | 4,9 |
| 60+ ans | 22,2 | 9,5 | 10,0 | 8,5 |
| N | 9 | 63 | 10 | 82 |
| *Riche* |
| 1–9 ans | 22,2 | 18,4 | 10,0 | 17,9 |
| 10–19 ans | 11,1 | 5,3 | 16,7 | 12,5 |
| 20–29 ans | 0,0 | 26,3 | 23,3 | 41,1 |
| 30–39 ans | 11,1 | 15,8 | 23,3 | 16,1 |
| 40–49 ans | 0,0 | 23,7 | 16,7 | 5,4 |
| 50–59 ans | 0,0 | 5,3 | 0 | 0 |
| 60+ ans | 55,6 | 5,3 | 10,0 | 7,1 |
| N | 9 | 38 | 30 | 56 |
| *Pauvre* |
| 1–9 ans | 25,0 | 17,2 | 8 | 0 |
| 10–19 ans | 25,0 | 10,3 | 12,0 | 23,3 |
| 20–29 ans | 8,3 | 17,2 | 28,0 | 36,7 |
| 30–39 ans | 0,0 | 24,1 | 28,0 | 13,3 |
| 40–49 ans | 8,3 | 10,3 | 8 | 10 |
| 50–59 ans | 0,0 | 3,4 | 16,0 | 6,7 |
| 60+ ans | 33,3 | 17,2 | 0 | 10 |
| N | 12 | 29 | 25 | 30 |
| *Plus Pauvre*  |
| 1–9 ans | 36,4 | 36,4 | 11,1 | 20,0 |
| 10–19 ans | 18,2 | 9,1 | 27,8 | 7,5 |
| 20–29 ans | 0,0 | 13,6 | 50,0 | 42,5 |
| 30–39 ans | 0,0 | 13,6 | 5,6 | 7,5 |
| 40–49 ans | 9,1 | 4,5 | 5,6 | 15,0 |
| 50–59 ans | 18,2 | 4,5 | 0 | 5 |
| 60+ ans | 18,2 | 18,2 | 0,0 | 2,5 |
| N | 11 | 22 | 18 | 40 |

N : nombre

Tableau 51 : Répartition des niveaux d’éducation des patients par localité

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Rural (%) | Urbain (%) |
| Non scolarisé | 80,6 | 62,6 |
| Études primaires terminées | 10,5 | 12,7 |
| Études secondaires terminées | 7,3 | 11,9 |
| Formation technique/ professionnelle terminée | 0,8 | 6,6 |
| Enseignement universitaire | 0,8 | 6,1 |
| N | 124 | 361 |

N : nombre

1. <http://support.mysurvey.solutions/> [↑](#footnote-ref-1)
2. La valeur p des médecins par rapport aux autres cadres est de 0,331 ; celle des infirmières par rapport aux autres : 0,916 ; sages-femmes par rapport aux autres : 0,330 ; ATS par rapport à d'autres : 0,870. [↑](#footnote-ref-2)
3. La valeur P pour les médecins par rapport aux autres cadres est de 0,000 ; celle des sages-femmes par rapport aux autres cadres est de 0,012. [↑](#footnote-ref-3)
4. Cette différence de 10 % est statistiquement significative (valeur p 0,013). [↑](#footnote-ref-4)