

**RESEAU « VISION TOKYO 2010 »
POUR LE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES DE SANTE DANS
LES PAYS FRANCOPHONES
DE L'AFRIQUE DE L'OUEST ET LA RDC**



**PROBLEMATIQUE DES RESSOURCES
HUMAINES EN SANTE DES PAYS MEMBRES
DU RESEAU VISION TOKYO 2010**

Avril 2013

PREFACE

L'importance stratégique des Ressources Humaines en santé pour le développement et performance du système de santé en vue de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) n'est plus à démontrer. Là-dessus, les termes de références du Forum Mondial sur les ressources humaines de santé (RHS) tenu du 25 au 29 janvier 2011 à Bangkok en Thaïlande sont sans équivoques. Ils précisent que « *le domaine des ressources humaines pour la santé a été identifié comme la contrainte la plus critique pour l'atteinte des objectifs de santé de développement* ». En effet, selon l'OMS, les RHS constituent l'un des six (6) piliers ou « *building block* » du système de santé sans lesquels la couverture sanitaire, la qualité et la sécurité des soins ainsi que l'efficacité dans l'offre de soins ne sauraient être possible pour parvenir à l'amélioration de la santé des populations.

Grâce à l'appui technique et financier de la Coopération japonaise, sept (7) pays francophones de la CEDEAO (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Niger, Sénégal et Togo) et la République Démocratique du Congo se sont retrouvés autour d'une vision stratégique commune et ont mis en place un cadre de partage dénommé « Réseau Vision Tokyo 2010 pour le Développement des Ressources Humaines en Santé pour l'Afrique » (RVT 2010). En vue d'opérationnaliser les activités du réseau, une feuille de route étalée sur quatre ans a été élaborée.

Je voudrais donc, saluer l'état d'avancement de nos travaux et adresser mes sincères remerciements à tous les partenaires techniques et financiers qui ne cessent d'accompagner le département de la santé dans la région Afrique en général et au sein des pays membres de notre réseau en particulier. Le défi du RVT 2010 était de fournir, dans des délais raisonnables, un document de planification stratégique pour la mise en œuvre de sa feuille de route. Le dévouement des uns et des autres nous a permis d'atteindre cet objectif.

Si ce document peut éclairer sur la compréhension des difficultés inhérentes au développement et à la gestion des ressources humaines du secteur de la santé dans la région Afrique, s'il parvient à ouvrir des axes de réflexion et de recherche, s'il parvient à contribuer à la mobilisation des Partenaires Techniques et Financiers, des Collectivités et des autres acteurs de la santé, alors nous aurons l'impression d'avoir fait œuvre utile.

Monsieur DIOUF, Président du réseau

REMERCIEMENTS

A travers son Bureau exécutif, le RVT remercie particulièrement :

- Les Ministres en charge de la Santé des pays membres du réseau ;
- Monsieur le Directeur Général de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à travers l'OMS AFRO pour leurs conseils;
- Monsieur le Représentant résident de l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA) qui, non seulement a accepté de financer une bonne partie des activités, mais aussi, apporté un appui technique considérable et soutenu tout au long de ce processus ;
- Monsieur le Représentant du National Center of Global health and Medicine (NCGM) pour les multiples opportunités accordées aux gestionnaires des RHS à travers les stages de formation au Japon ;
- Docteur Mari Nagai conseiller technique de la coopération japonaise
- Madame KOBAYASHI Seiko, responsable régionale Jica à Dakar, les cadres de la Direction des Ressources Humaines qui ont conduit les travaux de collecte, de traitement et d'analyse des données sur les Ressources Humaines ;
- Les experts dont les efforts constants et les sacrifices de toute nature ont permis la fonctionnalité du site Internet ainsi que son animation.

SIGLES ET ABREVIATIONS

AFD	: Agence Française de Développement
BM	: Banque Mondiale
CEDEAO	: Communauté Economique des Etats de l’Afrique de l’Ouest
CEMAC	: Communauté des Etats de l’Afrique Central
CTB	: Coopération Technique Belge
DRH	: Direction des Ressources Humaines
FED	: Fond Européen de Développement
GAVI	: Global Alliance for Vaccines and Immunization
GIZ	: Gessellschaft für International Zusammenarbeit (Agence de Coopération Allemande)
GWHA	: Global Health Workforce Alliance (Alliance Mondiale des Personnels de Santé)
GRH	: Gestion des Ressources Humaines
JICA	: Agence Internationale de la Coopération Japonaise
MAF	: Maison de l’Afrique Francophone
MAS	: Maison d’Afrique pour la Solidarité
MEF	: Ministère de l’Economie et des Finances
NCGM	: Centre National de la Médecine Globale et de la Santé
OCEAC	: Organisation de Coordination pour la Lutte contre les Endémies en Afrique Centrale
OIT	: Organisation Internationale du travail
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
OOAS	: Organisation Ouest Africaine de la Santé
PAP	: Plans d’action pays
PTF	: Partenaire Technique et Financier
RDC	: République Démocratique du Congo
RCI	: République de Côte d’Ivoire
RESHAOC	: Réseau Hospitalier d’Afrique, de l’Océan indien et des Caraïbes
RHS	: Ressources Humaines pour la Santé
RVT	: Réseau « Vision Tokyo 2010 »
SADEC	: Southern African Development Community (Communauté de Développement des Etats d’Afrique Australe)
SINRHS	: Système d’information national sur les RHS
SNIS	: Système National d’Information Sanitaire
TIC	: Technologies de l’Information et de la Communication
UE	: Union Européenne
UEMOA	: Union Economique et Monétaire de l’Afrique de l’ouest
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l’Enfance
USAID	: United States Agency for International Development
USD	: United States Dollars
VIH	: Virus de l’Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Profil démographique des pays de la RVT

Tableau 2: Profil économique des pays de la RVT

Tableau 3: Profil épidémiologique des pays de la RVT

Tableau 4 : situation du personnel de santé du Bénin en 2010, normes et état des besoins

Tableau 5 : Projections des besoins en personnels de santé du Bénin de 2010 à 2014

Tableau 6 : Dépenses de personnels du Ministère de la Santé du Bénin de 2005 à 2008

Tableau 7 : Présentation des établissements de formation des professionnels de santé du Bénin

Tableau 8 : Evolution du nombre de diplômés de santé formés de 2005 à 2009

Tableau 9 : Distribution des personnels de santé par région au Bénin

Tableau 10 : Distribution des personnels de santé du Bénin par milieu urbain et rural des personnels

Tableau 1 : Répartition des effectifs du personnel de santé du Bénin par secteur d'activité

Tableau 12: Tableau des effectifs des RHS de Côte d'Ivoire de 2005 à 2010

Tableau 13 : Etablissements de formation en santé au Mali.

Tableau 14 : Ratio des personnels de santé par région au Mali

Tableau 15 : situation des effectifs du MSP par statut du Niger en 2005 et 2010

Tableau 16 : Evolution des Ratios en personnel de santé du Niger de 2010 à 2011

Tableau 17: Evolution de la répartition géographique par principaux corps sur la période 2005 – 2010

Tableau 18 : Effectifs des personnels de santé par catégorie professionnelle du Togo (tous secteurs confondus)

Tableau 19 Instituts d'enseignement par type de programme de formation au Togo

Tableau 20 : Nombre moyen de diplômés produits par les institutions de formation du Togo

Tableau 21 : Répartition par région des personnels de santé (tous secteurs confondus) en 2010 au Togo

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Répartition des effectifs des personnels de santé par département

Graphique 2 : Répartition du personnel de santé du Benin par milieu de vie

Graphique 3 : Répartition du personnel de santé du Benin par secteur d'activité

Graphique 4 : Répartition de la disponibilité des médecins de Côte d'Ivoire par région sanitaire

Graphique 5 : Répartition de la disponibilité des infirmiers et sages femmes de Côte d'Ivoire par région sanitaire

Graphique 6 : source de financement du recrutement des personnels de santé au Mali

Graphique 7 : Proportion des catégories professionnelles au Mali

Graphique 8 : Ratio des personnels de santé par habitants au Mali

Graphique 9 : couverture des besoins en personnels de santé du Mali

Graphique 10 : Evolution du taux de mobilisation des budgets prévus dans les PAA des structures du Ministère de la santé pour la formation des agents de 2007-2011.

Graphique 11 : Densité de médecins par région au Togo en 2010

Graphique 12 : Répartition du personnel de santé selon le secteur d'emploi au Togo

1- CONTEXTE DE LA MISE EN PLACE DU RESEAU « VISION TOKYO 2010 »

Depuis quelques années, le monde entier fait face à une crise aigue des RHS. On estime à plus de 4 millions le nombre des professionnels de la santé nécessaires pour répondre aux besoins en RHS. Le déficit mondial en médecins, infirmiers et sages-femmes, en particulier, s'élève à au moins 2,4 millions de personnes. Et, c'est l'Afrique subsaharienne qui est confrontée aux plus graves difficultés. Avec 11% de la population mondiale et 24% de la charge de morbidité, la région ne compte que 3% des personnels de santé dans le monde, représentant moins de 1% des dépenses mondiales de santé. La crise des ressources humaines de santé est complexe et touche d'autres aspects du secteur tels que la production, la répartition et la rétention des personnels de santé.

A l'instar de l'OMS, qui a déclaré l'année 2006, année mondiale des RHS avec pour thème : « travaillons ensemble pour la santé, toute la communauté internationale se mobilise pour faire face à cette situation fort préoccupante ».

Ainsi, à l'initiative de l'Agence Internationale de la Coopération Japonaise (JICA) et du Centre National de la Médecine Globale et de la Santé (NCGM), 16 participants issus de 8 pays francophones de l'Afrique de l'Ouest (Benin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Niger, Togo, Sénégal) et la RDC, ont été regroupés au Japon du 12 au 30 janvier 2010 pour partager leurs expériences et leurs visions afin de dégager une approche et une stratégie communes pour trouver des solutions à leurs problèmes en RHS.

Les travaux de ce stage ont abouti à l'élaboration d'une vision stratégique commune dénommée « Tokyo 2010 » couvrant la période 2010-2012. Toujours à l'initiative de la JICA, les participants du stage au Japon ont animé un Panel sur les systèmes d'information et observatoires des RHS en Afrique francophone, au Forum Mondial des Ressources Humaines de Santé tenu à Bangkok en Thaïlande du 25-29 janvier 2011.

A la suite du premier regroupement au Japon, deux autres promotions ont suivi pour approfondir la réflexion sur la vision stratégique commune. Ainsi, ce sont au total 45 stagiaires issus des 8 pays susmentionnés qui ont été formés. Dès lors, une synergie d'action a commencé à naître auprès de ces acteurs dans l'espace francophone de l'Afrique de l'Ouest.

Il est à noter, qu'au cours de ces stages, l'analyse situationnelle des RHS dans ces pays a été faite selon un modèle originale, dénommé « house modèle » qui sera présenté un peu plus loin au début du titre consacré à ce sujet.

Les plans d'action pays (PAP) découlant de la vision stratégique ont fait l'objet d'une évaluation à Dakar du 23 au 25 janvier 2012. Et, compte tenu des résultats assez encourageants qui ont été enregistrés, (par exemple pour la Côte d'Ivoire, on note un taux de 25% pour les activités entièrement réalisées, 55% pour les activités en cours de réalisation et 20% d'activités non réalisées), le séminaire de Dakar a abouti à une déclaration dite « déclaration de Dakar » pour la création d'un Réseau francophone des gestionnaires des Ressources Humaines en Santé de l'Afrique de l'Ouest et la RDC en vue de bâtir une « Maison d'Afrique pour la Solidarité » (MAS) : C'est la naissance du Réseau « Vision Tokyo 2010 » (RVT).

Ainsi, une équipe dirigeante de cinq (5) membres comprenant un Coordonateur, un Secrétaire Administratif, un Chargé des Finances, un Chargé des Relations et un Animateur, a été installée pour un mandat de deux(2) ans, renouvelable une seule fois. Un autre séminaire, convoqué cette fois ci à Cotonou au Bénin du 18 au 20 avril 2012, a permis au RVT 2010 de se doter de texte. Pour opérationnaliser le Réseau, une feuille de route découlant de la MAS et couvrant la période de 2012 à 2016 a été élaborée.

2- BIOGRAPHIE DE L'ESPACE COUVERT PAR LE RESEAU

Dans la situation actuelle, en septembre 2012, l'espace ouest africain francophone sur lequel s'étend le RVT 2010 couvre un vaste territoire continu avec à l'ouest, au bord de l'océan Atlantique le Sénégal et à l'Est, dans la zone sahélienne, le Niger en passant par le Mali et le Burkina Faso. Au Sud, nous avons les pays de la zone côtière du Golf de Guinée que sont la Côte d'Ivoire, le Togo et le Bénin. A ce bloc, il faut ajouter la RDC, vaste pays continental de l'Afrique centrale avec une superficie de plus 2 300 000 km², présentant une petite ouverture de 30 à 40 km sur l'Océan Atlantique à l'estuaire du fleuve Congo.

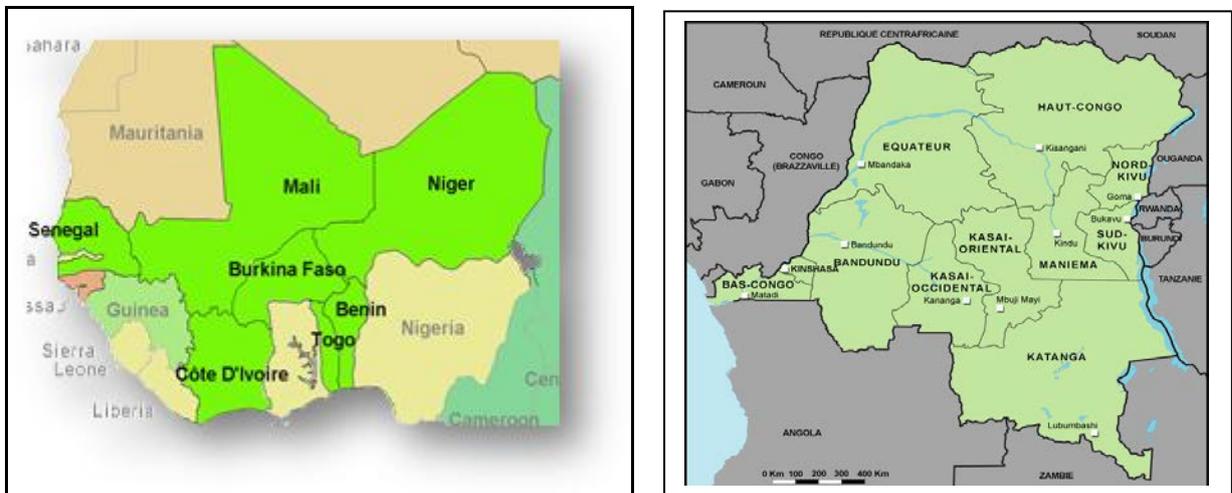


Figure 1 : carte des pays du RVT

L'espace du réseau est une zone d'intégration avec la Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) dont le volet santé est piloté par l'Organisation Ouest Africaine de la Santé(OOAS) basée à Bobo Dioulasso au Burkina Faso. La présence de la RDC offre une belle perspective sur l'ouverture à de nouveaux espaces, dont celui de la Communauté des Etats de l'Afrique Central (CEMAC) dont elle est membre. Le pendant en matière de santé du CEMAC est l'OCEAC (Organisation de Coordination pour la Lutte contre les Endémies en Afrique Centrale) dont le siège se trouve à Yaoundé au Cameroun. L'ensemble de ces pays sont signataires de la Déclaration de Paris et adhèrent aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

2.1 Profil démographique

Avec une superficie totale estimée à 5 781 000 km², la population de l'ensemble des pays du RVT s'élevait à 154,262 millions habitants en 2008. Le taux de croissance démographique variait de 1,5% (Côte d'Ivoire) à 3,5% (Benin). Quant à l'espérance de vie, elle se situait entre 48 ans (Côte d'Ivoire) et 63 ans (Sénégal).

Tableau 1 : profil démographique des pays de la RVT

PAYS	Superficie (en milliers de km ²)	Population (en millions d'habts)	Croissance démographique	Espérance de vie
Benin	114	8,812	3,3%	56
Burkina Faso	274,2	17,8	3,1%	52
Côte d'Ivoire	322,5	19,26	1,5%	48
Mali	1200	12,3	2,3%	54
Niger	1274	14,2	3,1%	57
Togo	56,8	6,59	2,5%	58
Sénégal	196,7	12,37	2,4%	63
RDC*(données 2009)	2 343,000	66	3,1%	54
Total	5 781 000	154,262		

Source : document profile OOAS 2008

*Sources PNDS 2011-2015; PNDRHS 2009-2015

2.2 Le profil économique

Tableau 2: Profil économique

Indicateurs	Benin	Burkina Faso	Côte d'Ivoire	Mali	Niger	Togo	Sénégal	RDC
PIB / Habitants	646\$US	502 \$US	1167 \$US	1378\$US	168 \$US	455\$US	939\$US	300\$US
Part du secteur de la santé dans le budget	8,99	14 (2009)	4,38	7,7	10,17	5,72	10,3	5,29

Source: Document profile OOAS 2008

2.3 Le profil épidémiologique

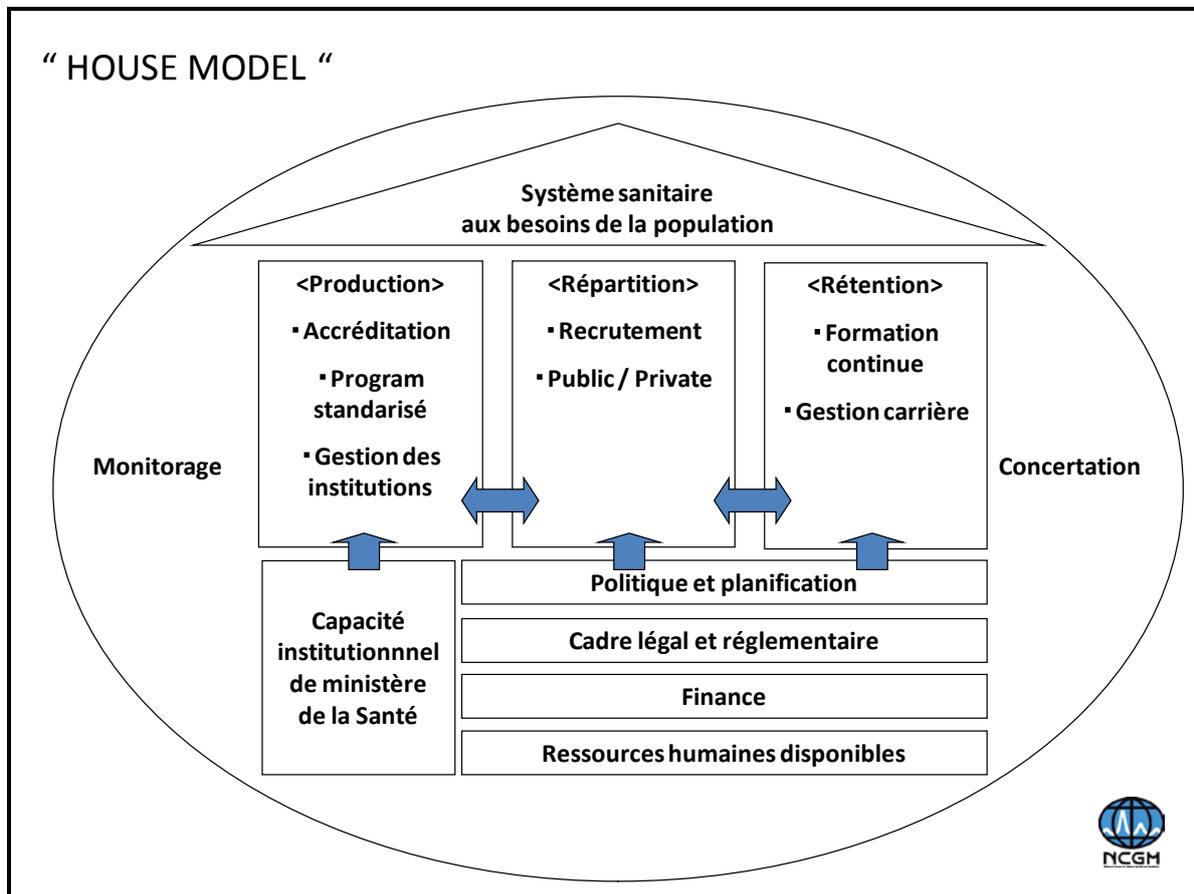
Tableau 3: Profil épidémiologique

Taux	Benin	Burkina Faso	Côte d'Ivoire	Mali	Niger	Togo	Sénégal	RDC
Tx de mortalité infantile(0-11mois)	32/1000 nais vi(2006)	31/1000 nais vi(2010)	41/1000(2005)	96/1000 nai vi (en 2006)	ND	ND	47/1000	98 /1000 nais vi(2007)
Tx de mortalité maternelle	397/100.000 nais v 2006	484/100.000 nais v 2006	543/100.000 nais v 2005	464 /100.000 nais v (2006)	648 /100.000 nais v 2006	478 /100.000 nais v 2002	396/100 000 nais v 2010	549/100.000 nais v 2007.
Tx de prévalence du paludisme	39,6% en 2008	7,25% en 2010	146,34‰ en 2005	48% (2006)	154,8‰ en 2006	75% en 2006	3.07%), en 2010	31% en 2007
Tx de prévalence du VIH/SIDA	1,8% en 2008	1,1% en 2012	4,7%, en 2005	1,3% (2006)	0,7% en 2006	3,2% en 2006	0,7% en 2010	3,7% en 2009
Contraception	17% en 2006	15% en 2010	13% en 2005	6,9% (2006)	16% en 2009	16,8% en 2006	13.1% 2010	6% (2009)
Tx de malnutrition chronique	38% en 2006	0,29 en 2010	33,9% en 2006	15% des enfants de – 5ans en 2006	11,3% en 2009	10% en 2006	17.7% 2010	13 % (2007)

3- ANALYSE SITUATIONNELLE DES RHS DES PAYS DU RVT 2010 ».

3.1 Schéma d'analyse selon le « House Model »

Figure 2 : schéma d'analyse selon le « house modèle »



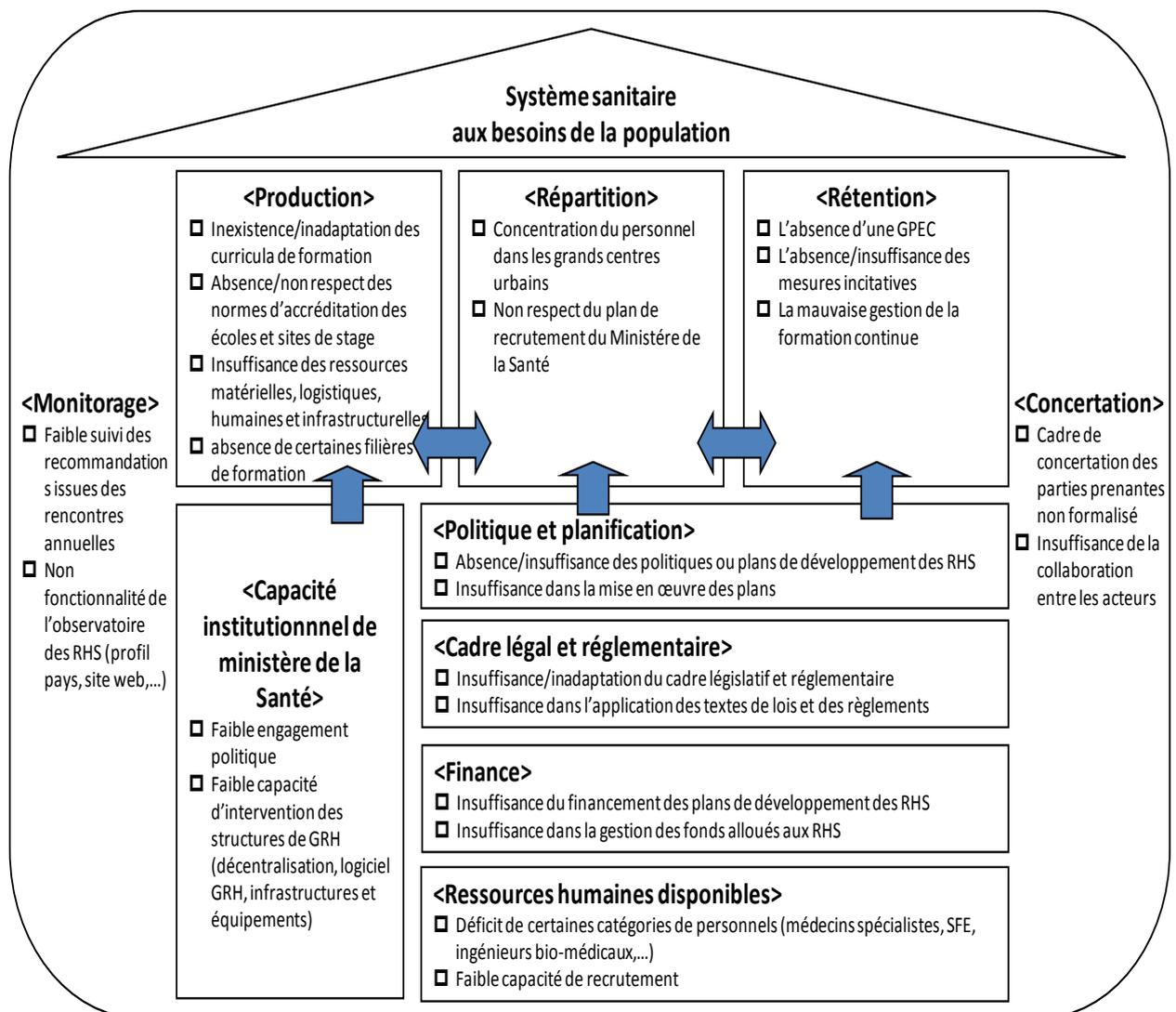
L'analyse situationnelle des RHS des pays du RVT a été faite selon un modèle originale, dénommé « house modele » avec comme porte d'entrée de la maison, la capacité institutionnelle des Ministères de la santé. Les murs de la maison sont érigés sur le quartet, disponibilité des ressources humaines ; Finance ; cadre légal et réglementaire ; et politique et planification. La charpente de l'analyse situationnelle est quant à elle dressée à partir des aspects de production, répartition et rétention des personnels de santé. La toiture se pose sur le tout pour répondre aux besoins de la population à travers un système sanitaire performant. En sus, une clôture est érigée autour de la maison à partir des aspects de monitoring et du cadre de concertation et de facilitation.

La matrice renseignée du « house modele » a évolué avec les niveaux d'analyses successives et les partages d'expériences pour donner la « Maison de l'Afrique Francophone » (MAF) et maintenant, la « Maison de l'Afrique pour la Solidarité » (MAS).

L'analyse situationnelle des RHS des pays du RVT est résumée de façon schématique sur la matrice de la MAF élaborée à Tokyo en décembre 2011 par la dernière promotion des stagiaires au Japon pour la période 2010-2012.

Figure 3 : Maison de l'Afrique Francophone : MAF

fait à Tokyo, le vendredi 16 décembre 2011,
construite par les participants de stage



Au regard de la MAF, il apparaît clairement qu'à l'instar de la plupart des pays d'Afrique au sud du Sahara, l'analyse situationnelle des RHS des pays du RVT à travers le « house modele » présente un tableau dominé par, (i) une faible disponibilité en RHS, (ii) un financement insuffisant du domaine des RHS, (iii) un cadre légal et réglementaire inadéquat dans les pays, (iv) une insuffisance en matière de planification, (v) une faible capacité institutionnelle des ministères en charge de la santé, (vi) une production insuffisante en RHS, (vii) une mauvaise répartition géographique des personnels de santé et (viii) une faible rétention des personnels de santé.

La situation dans les 8 pays du réseau sera présentée, pays par pays, selon le schéma d'analyse ci-dessus.

3.2 Analyse situationnelle par pays selon le « House Model »

3.2.1 BENIN

a. La faible disponibilité des RHS

L'effectif total du personnel au 31 décembre 2010 était de 12 485 agents. Au regard des normes établis, il apparaît un besoin de 8 626 agents.

Tableau 4: situation du personnel de santé du Benin en 2010, normes et état des besoins

Catégorie socio-professionnelle	Existant au 31/12/2010			Normes (Effectifs requis)	Besoins
	APE/ACE	Autres statuts	Total Actuel		
Médecins Spécialistes	185	29	214	815	601
Médecins Généralistes	141	41	182	410	228
Chirurgiens Dentistes	15	0	15	52	37
Pharmaciens Diplômés d'Etat	12	0	12	30	18
Infirmiers Diplômés d'Etat	747	418	1165	2 174	1009
Sages-femmes Diplômées d'Etat	680	216	896	1 907	1011
SFE Spécialistes	56	3	59	236	177
IDE Spécialistes	171	31	202	837	635
Infirmières et Infirmiers Brevetés	932	551	1483	2 504	1021

Aide-soignants	965	1 971	2936	4293	1357
Techniciens/assistants d'hygiène	218	27	245	750	505
Ing./Tech. Sup/Tech.B Analyses Biomédicales	323	131	454	613	159
Tech. Action Sociale	49	43	92	261	169
Ing./Tech. Sup en Imagerie Médicale	63	10	73	263	190
Personnel Administratif	1 931	2 532	4457	5 966	1509
TOTAL	6 488	6 003	12 485	21 111	8 626

Source : DRH/MS/2011

Les besoins en personnel sont largement au-delà des possibilités de recrutement du pays. A titre d'illustration, seulement 7,08% des effectifs des médecins demandés ont été recrutés en 2009 contre 2,24% pour les infirmiers. Ce taux est très bas, et est dû au faible crédit annuel alloué au secteur santé pour les ressources humaines en général et pour les recrutements en particulier. Les projections des besoins en personnels se présentent comme suit :

Tableau 5 : Projections des besoins en personnels de santé du Benin de 2010 à 2014

Catégorie d'occupation	2010	2011	2012	2013	2014
Médecins Spécialistes	601	60	70	70	76
Médecins Généralistes	228	22	22	22	22
Chirurgiens Dentistes	37	4	4	4	4
Pharmaciens Diplômés d'Etat	18	10	8	8	8
Infirmiers Diplômés d'Etat	1009	94	96	98	100
Sages-femmes Diplômées d'Etat	1011	78	80	82	84
SFE Spécialistes	177	75	80	85	85
IDE Spécialistes	635				
Infirmières et Infirmiers Brevetés	1021	196	200	204	210
Techniciens/assistants d'hygiène	505	46	51	51	50
Ing./Tech. Sup/Tech.B Analyses Biomédicales	159	38	38	40	40
Ing./Tech. Sup en Imagerie Médicale	190	16	16	16	18
TOTAL	5591	639	665	680	697

Source : DRH/MS/2011

b- L'insuffisance du financement en RHS

Selon les comptes du Ministère de la Santé, les dépenses de personnel se sont élevées en 2005 et 2006 respectivement à 8,253 et 8,224 milliards de francs CFA. Pour l'année 2007, elles ont atteint le montant de 8,124 milliards de francs CFA. Les prévisions de dépenses pour l'année 2008 étaient d'environ 8,222 milliards de francs CFA. Le Tableau 3 montre le détail des montants selon le statut du personnel de santé.

Tableau 6 : Dépenses de personnels du ministère de la Santé de 2005 à 2008

	2005	2006	2007	2008
Dépenses de personnel réparties (APE)	5 547 054	5 518 321	5 418 109	5 515 717
Dépenses de personnel réparties (ACE) et autres dépenses	2 706 000	2 706 000	2 706 000	2 706 000
TOTAL	8 253 054	8 224 321	8 124 109	8 221 717
Budget total du secteur Santé	36 150 317	53 117 387	57 666 171	6 654 710
% dépenses personnel par rapport au Budget total du secteur	15,34	10,39	9,40	8,40

Source : DRFM/MS, 2008

Les dépenses de personnel sont allées décroissantes au fil des ans, passant de 15,34% du budget total du secteur santé en 2005 à 9,40% en 2007. Cette tendance baissière a été renversée à partir de 2008 sous trois influences :

- l'allocation de nouvelles primes aux agents,
- les différentes augmentations de salaire
- le reversement des agents dans la fonction publique

Outre ces charges récurrentes, il existe un financement d'un montant de un milliard environ consacré spécialement au développement des ressources humaines du secteur santé chaque année.

c- Un cadre légal et réglementaire assez fourni

La question des ressources humaines en santé est encadrée au Bénin par une constellation de textes légaux et réglementaires. L'on pourrait citer notamment :

- la Loi N°97-020 du 17 Juin 1997 fixant les conditions de l'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales et ses décrets d'application
- le Décret n°98-77 du 6 mars 1998 portant statuts particuliers des Corps des Personnels de la Santé Publique ;
- l'Ordonnance N°73-38 du 21 Avril 1973 portant création et organisation des Ordres Nationaux des Médecins, des Pharmaciens, des Chirurgiens Dentistes et des Sages Femmes,
- l'Arrêté portant création, attribution, composition et fonctionnement du cadre de concertation pour le partenariat entre les secteurs public et privé.
- La loi n° 86-O13 du 26-02-1986 portant statut général des Agents Permanents de l'Etat

Par ailleurs, la mise en œuvre des pratiques en RH dans le secteur de la santé est gouvernée par des documents stratégiques à savoir :

- Le Document de politique, normes et standards de santé familiale de 1998,
- Le Guide de formation en soins obstétricaux et néonataux d'urgence de mai 2007,
- Le Manuel du formateur sur le paquet minimum d'activités de nutrition de 2000,

d- Les faiblesses en matière de planification

Les principales faiblesses liées à la politique et à la planification des ressources humaines en santé sont :

- l'insuffisance de vision stratégique et de planification du développement des ressources humaines intégrant le secteur privé,
- la pénurie de personnel médical et paramédical, notamment les spécialistes médicaux,
- l'absence de gestion prévisionnelle des effectifs,
- l'inexistence de personnel qualifié pour certains profils recherchés,
- la caducité des textes régissant les recrutements dans la Fonction Publique,
- l'insuffisance des crédits alloués par l'Etat pour le recrutement de personnel,
- la répartition inéquitable du personnel.

e- La faible capacité institutionnelle pour la gestion des ressources humaines

La gestion des ressources humaines de santé est assurée au Bénin par une direction des ressources humaines et ses démembrements dans les services déconcentrés du Ministère. Par contre, dans les Centres Hospitaliers Départementaux (CHD) et formations sanitaires assimilées, la gestion des ressources humaines est confiée au Service des Affaires Administratives et Economiques (SAAE). Et, au niveau périphérique, dans les Zones Sanitaires (ZS), la gestion du personnel est confiée au Chargé des Affaires Administratives et des Ressources (CAR).

Malgré cette déconcentration apparente, la gestion des ressources humaines de l'Etat reste encore très centralisée, dépendant pour l'essentiel de la responsabilité exclusive du Ministère en charge de la fonction publique. La DRH a dans la réalité, peu d'autonomie en matière de gestion des composantes de la fonction des ressources humaines. En effet,

- la DRH ne recrute pas ; le recrutement des personnels de santé est géré par le ministère chargé de la fonction publique;
- la DRH ne rémunère pas ; la rémunération des personnels est gérée par le Ministère en charge de l'économie et des finances ;
- la DRH ne forme pas ; la formation initiale est assurée par les Ministères en charge de l'Enseignement Supérieur et de la Formation Professionnelle. Quant à la formation continue elle est assurée par le ministère en charge de la fonction publique ;
- la DRH ne produit pas les actes de carrière ; ils sont gérés par les Ministères en charge de la fonction publique et de l'économie et des finances.

Du fait de cette forte centralisation de la gestion des ressources humaines au niveau des Ministères en charge de la fonction publique et de l'Economie et des Finances, presque tout le travail que fait la DRH est orienté vers la satisfaction des besoins en information de ces ministères.

f- Une production en RHS insuffisante

Au Bénin la production des Ressources Humaines en Santé est assurée par des Ecoles et des Institutions Publiques qui relèvent non pas du Ministère de la Santé (Ministère utilisateur), mais du Ministère en charge de la Formation Professionnelle et du Ministère de l'Enseignement Supérieur. Le Ministère de la Santé a donc eu jusqu'ici peu d'emprise sur la formation de base ou formation initiale des agents de santé. Il se pose de plus en plus le problème de l'adéquation entre le produit formé et les attentes du Ministère de la Santé. Il n'y a pas suffisamment de concertation entre le formateur et l'utilisateur, et il n'existe pas une définition des profils de personnel dont le Ministère de la Santé a besoin. Les établissements de formation des personnels de santé sont présentés dans le tableau ci-après.

Tableau 7 : Présentation des établissements de formation des professionnels de santé du Bénin

ETABLISSEMENT DE FORMATION	FILIERES ET SPECIALITES DISPONIBLES	NIVEAU DE RECRUTEMENT	DUREE DES ETUDES	APPELLATION DU DIPLOME DELIVRE
Ecole de Médecine, FSS/UAC ¹ créée en 1971	Médecins Diplômés d'Etat	BAC	07 ans	Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine
	Médecins Spécialistes (Chirurgie Gynécologie Obstétrique Médecine interne Pédiatrie Psychiatrie Dermatologie ORL (Oto-rhino-laryngologie) Santé au Travail Anesthésie Réanimation	BAC + 7 (Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine)	04 ans dont 01 an à l'étranger jusqu'en 2003	Certificat d'études Spéciales
Ecole de Pharmacie, FSS/UAC	Pharmaciens	BAC	05 ans	Diplôme d'Etat de Pharmacien
Ecole de Kinésithérapie, FSS/UAC	Kinésithérapeutes	BAC	03 ans	Diplôme de Technicien Supérieur en Kinésithérapie

ETABLISSEMENT DE FORMATION	FILIERES ET SPECIALITES DISPONIBLES	NIVEAU DE RECRUTEMENT	DUREE DES ETUDES	APPELLATION DU DIPLOME DELIVRE
Ecole Nationale des Assistants Sociaux FSS/UAC	Techniciens Supérieurs de l'Action Sociale	BAC	03 ans	Diplôme d'Etat de Technicien Supérieur de l'Action Sociale
Ecole de Médecine, FSS/UNIPA ² créée en 2001	Médecins Diplômés d'Etat	BAC	07 ans	Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine
Institut Régional de Santé Publique (IRSP) Dr Alfred Comlan QUENUM	Santé Publique	Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine	01 an	Maîtrise de Santé Publique
	Epidémiologie	Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine	01 an	Maîtrise de Santé Publique
Ecole Polytechnique Universitaire d'Abomey-Calavi	Ingénieur des Travaux d'Imagerie Médicale	BAC	04 ans	Diplôme d'Ingénieur des Travaux d'Imagerie Médicale
	Ingénieur des Travaux d'Analyse Bio-Médicale	BAC	04 ans	Diplôme d'Ingénieur des Travaux d'Analyse Bio-Médicale
Ecole Nationale de Formation des Spécialistes en Anesthésie-Réanimation	Infirmiers et Sages-Femmes Spécialistes en Anesthésie-Réanimation	Diplôme d'Etat d'Infirmier ou Sage-Femme	03 ans	Diplôme d'Infirmier ou Sage-Femme Anesthésiste Réanimateur
Institut National Médico-Social (INMES)	Infirmiers et Infirmières Diplômés d'Etat	BAC	03 ans	Diplôme d'Etat de Technicien Médico-social option Infirmier diplômé d'Etat ou Sage Femme diplômé d'Etat ou Technicien Labo ou Technicien Action Sociale ou Technicien d'Assainissement
	Sages-Femmes d'Etat	BAC	03 ans	
	Technicien de Laboratoire niveau B	BEPC	03 ans	
	Technicien Action Sociale	BEPC	03 ans	
Ecole Nationale des Infirmiers et Infirmières Adjoints du Bénin (ENIAB) créée en 1973	Infirmiers et Infirmières Brevetés	BEPC	03 ans	Diplôme d'Infirmier Breveté
Ecole Nationale des Agents	Agents d'Hygiène	CEPE	03 ans	Diplôme d'Agent d'Hygiène

ETABLISSEMENT DE FORMATION	FILIERES ET SPECIALITES DISPONIBLES	NIVEAU DE RECRUTEMENT	DUREE DES ETUDES	APPELLATION DU DIPLOME DELIVRE
d'Assainissement et d'Hygiène créée en 2001				

Source : DRH/MS/2011

- 1-Faculté des Sciences de la Santé de l'Université d'Abomey-Calavi/Bénin
- 2- Faculté des Sciences de la Santé de l'Université de Parakou/Bénin

Les principales difficultés rencontrées dans les institutions de formation se résument ainsi :

- Inexistence de structures de formation des formateurs ;
- Inadéquation entre les programmes de formation avec les besoins du secteur ;
- Effectif pléthorique dans les écoles de formation ;
- Insuffisance d'infrastructures ;
- Difficultés d'absorption des produits formés ;
- Inadéquation des programmes de formation avec la demande du marché de travail ;
- Existence de deux catégories d'infirmiers (Infirmiers Diplômés d'Etat et Infirmiers Brevetés) ;
- Problème du niveau de recrutement dans les écoles de formation des paramédicaux ;
- Insuffisance de recyclage des enseignants et formateurs ;
- Insuffisance et vétusté des équipements ;
- Insuffisance d'encadrement à la pratique ;
- Insuffisance du budget de fonctionnement;
- Insuffisance de réglementation de la formation des agents de santé.

Le tableau 8 présente le nombre de diplômés de santé formés de 2005 à 2009

Tableau 8 : Evolution du nombre de diplômés de santé formés de 2005 à 2009

<i>Ecole Professionnels</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>
<i>1. ENIAB Infirmiers brevetés</i>	<i>468</i>	<i>245</i>	<i>336</i>		
<i>1. ENIIEB Infirmier diplômé d'Etat</i>	<i>306</i>	<i>166</i>	<i>167</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>2. ENTS</i>	<i>ND</i>	<i>ND</i>	<i>27</i>		
<i>3. ENSFEB Sage-femme diplômée d'Etat</i>	<i>115</i>	<i>115</i>	<i>113</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>4. ETLAM Analyses biomédicales</i>	<i>54</i>	<i>31</i>	<i>41</i>		
<i>6. EPAC Analyses biomédicales</i>	<i>39</i>	<i>70</i>	<i>59</i>		
<i>7. EPAC Imagerie médicale</i>	<i>12</i>	<i>27</i>	<i>16</i>		
<i>8. ENAM Administration hospitalière</i>	<i>12</i>	<i>18</i>	<i>24</i>		
<i>9. IRSP MPH (Médecins Béninois formés en Santé Publique)</i>	<i>7</i>	<i>10</i>	<i>8</i>	<i>40</i>	<i>ND</i>

Source : DRH/MS, 2011

En ce qui concerne le personnel médical, l'on enregistre en 2010, 72 formations en spécialités dont 12 en gynéco, 6 en pédiatrie et 3 en chirurgie.

g- La mauvaise répartition géographique des personnels de santé

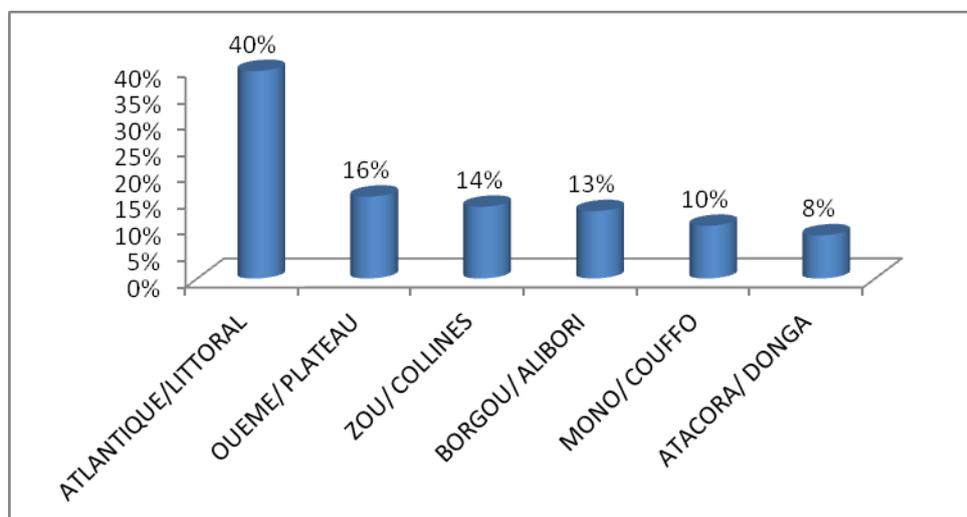
La répartition du personnel par département montre d'une façon générale que le personnel est beaucoup plus concentré dans les départements de l'Atlantique/Littoral et de l'Ouémé/Plateau, cette situation est due au fait que la plupart des agents préfèrent servir dans le sud du pays plutôt que dans les régions du nord qui sont pour la plupart défavorisées du point de vue de la modernisation. Cela tient aussi aux affectations du personnel qui ne tiennent pas toujours compte des besoins réels des services de santé.

Tableau 9 : Distribution des personnels de santé par région

Groupe	Atacora/ Donga	Atlantique/ Littoral	Borgou/ Alibori	Mono/ Couffo	Oueme/ Plateau	Zou/ Collines	Total général
Médecins	54	771	77	56	118	59	1135
Infirmiers	400	1517	699	372	606	568	4162
Sages- femmes	90	611	120	94	252	134	1301
Dentistes	1	29	4	0	4	1	39
Pharmaciens	0	13	1	3	15	12	44
Techniciens de la santé	106	614	142	101	173	140	1276
Autres prestataires de la santé	554	2143	828	937	1102	1069	6633
Autres techniciens et gestionnaires	76	519	138	87	159	197	1176
Personnel d'appui	207	936	315	167	393	294	2312
TOTAL GENERAL	1 488	7 153	2 324	1 817	2 822	2 474	18 078

Source : DRH/MS, 2011

Graphique 1 : Répartition des effectifs des personnels de santé du Benin par Département



Source : DRH/MS, 2011

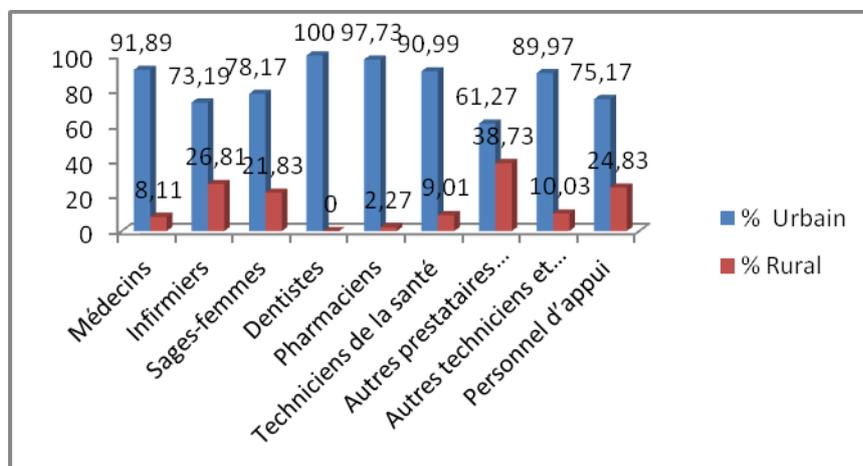
La grande majorité du personnel de santé exerce en milieu urbain (73,07% contre 26,93% pour le milieu rural). Cela tient au fait que les hôpitaux où sont concentrés la plupart des effectifs se retrouvent en zone urbaine (chefs lieux de département et de commune).

Tableau 10 : Distribution par milieu urbain et rural des personnels de santé

Groupes professionnels	% Urbain	% Rural
Médecins	91,89	8,11
Infirmiers	73,19	26,81
Sages-femmes	78,17	21,83
Dentistes	100	0
Pharmaciens	97,73	2,27
Techniciens de la santé	90,99	9,01
Autres prestataires de la santé	61,27	38,73
Autres techniciens et gestionnaires	89,97	10,03
Personnel d'appui	75,17	24,83

Source : DRH/MS, 2011

Graphique 2 : Répartition du personnel de santé du Benin par milieu de vie



Les données recueillies montrent une prédominance des effectifs dans le secteur public où l'on retrouve 74,70 % du personnel de santé. Au niveau du secteur privé, le privé lucratif utilise plus de personnel que le privé non lucratif et confessionnel réuni.

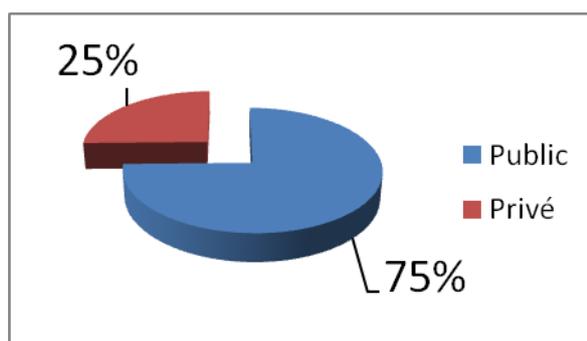
Il est important de souligner que le secteur privé de santé prend une part de plus en plus importante dans la couverture sanitaire au niveau du pays (25,30%).

Le système de santé doit alors s'invertir dans le développement du partenariat public-privé et la réglementation de l'exercice des professionnels de santé en clientèle privée.

Tableau 2 : Répartition des effectifs par secteur d'activité

Groupe professionnel	Total	Public	% secteur Public	Privé Lucratif	% secteur Privé lucratif	Privé Non Lucratif	% privé non lucratif & confessionnel
Médecins	1 135	513	45,20	488	42,99	134	11,81
Infirmiers	4 162	3 152	75,73	677	16,26	333	8,01
Sages-femmes	1 301	1 006	77,33	227	17,47	68	5,20
Dentistes	39	16	41,03	18	45,90	5	13,08
Pharmaciens	44	13	29,55	20	45,45	11	25,00
Techniciens de la santé	1 276	919	72,02	247	19,35	110	8,63
Autres prestataires de la santé	6 633	4 939	74,46	1 271	19,16	423	6,38
Autres techniciens et gestionnaires	1 176	988	84,01	112	9,52	76	6,47
Personnel d'appui	2 312	1 959	84,73	196	8,49	157	6,78
Total	18 078	13 505	74,70	3 256	18,01	1 318	7,29

Figure 4 : Répartition du personnel de santé du Bénin par secteur d'activité



h- La Faible rétention des personnels de santé

Il n'existe pas un plan de carrière pour le personnel du Ministère de la Santé en général et de ses cadres-clé en particulier. Le personnel de santé est de plus en plus démotivé. Les causes de cette démotivation les plus citées sont :

- l'insuffisance du salaire, son inadéquation au coût de vie ;
- le manque de compréhension entre agents et populations ;
- la non application des sanctions positives sur la base de critères transparents et objectifs ;
- l'absence d'une politique de formation continue ;
- la complaisance dans les prises de décisions dans la gestion des conflits
- le manque d'esprit d'ouverture, d'écoute et de dialogue de la part des supérieurs hiérarchiques,
- les conditions de travail, c'est-à-dire l'ensemble des moyens nécessaires mis en place pour favoriser un épanouissement de l'agent ;
- le degré de développement du lieu d'exercice des fonctions de l'agent (installation des écoles et collèges, électrification, Internet, radio, télévision, marchés, les voies d'accès, etc...)

Les conséquences de cette démotivation des agents sont :

- l'absentéisme pour s'adonner à des activités parallèles illégales ;
- le mauvais rendement ;
- la réticence de plus en plus accrue des médecins spécialistes à intégrer la Fonction Publique ;
- la fuite de cerveaux.

Il importe cependant de préciser que chez beaucoup d'agents de santé, les deux premiers comportements relèvent d'un manque de conscience professionnelle auquel il convient de trouver des solutions.

i- Une utilisation insuffisante des RHS produits

En matière de recrutement, il n'existe pas une politique propre au personnel de santé. La pratique de recrutement du personnel découle de la politique nationale de recrutement du personnel de l'Etat.

La satisfaction des besoins du Ministère de la Santé est limitée par l'enveloppe financière allouée par l'Etat pour le recrutement de personnel. Les recrutements effectués ne comblent pas les attentes qui sont accumulées depuis le gel des recrutements entre 1986 et 1994. Même le recours au Financement communautaire ne comble pas les attentes.

j- Dispositifs de concertation et de monitoring insuffisants

Les mécanismes formels de concertation et de monitoring autour des questions liées aux ressources humaines dans le secteur sont relativement récents. On peut citer entre autres :

- La commission nationale de mutation : c'est un outil par excellence d'aide à la décision créé au service du Ministre de la Santé dans le cadre de la mobilité du personnel du secteur et des réajustements à faire entre les formations sanitaires en matière de ressources humaines ;
- Le conseil sectoriel pour le dialogue social : il s'agit d'un cadre de concertation avec les partenaires sociaux pour échanger sur les questions courantes de gestion des ressources humaines ;
- La retraite entre la DRH et les Services des Ressources Humaines des départements: c'est le dernier instrument créé pour renforcer les échanges entre les gestionnaires des ressources humaines du secteur. Il s'agit d'une instance dont la perspective est de partager les informations sur les RH en vue d'aller vers une meilleure performance en Gestion des RHS au Bénin.

3.2.2 BURKINA FASO

La situation des RHS se caractérise principalement par des problèmes liés à la satisfaction des besoins en ressources humaines en quantité et en qualité ainsi qu'à leur gestion.

L'effectif des personnels du ministère de la santé dans le sous secteur public était estimé à **22139 agents au 31 décembre 2012**. Cet effectif comprend les fonctionnaires et les contractuels de l'Etat. Repartit selon le tableau suivant :

La répartition par statut

Statut	Effectif au 31/12/2012	% par rapport à l'effectif total du ministère
Personnel fonctionnaire	8422	38,04%
Personnel contractuel	13717	61,96%
Total	22139	100,00%

Source : SIGASPE (31/12/2012)

Les établissements privés de soins emploient près de **1 800 personnes** dont 8% de médecins (143), 37% d'infirmiers (669), 12% de sages femmes et accoucheuses (216), le reste étant composé de personnel peu qualifié. Le sous secteur sanitaire privé contribue à l'offre de formation avec des structures de formations privées telles que la faculté de médecine de l'université St Thomas d'Aquin et l'école privée Ste Edwige (formation de paramédicaux) à Ouagadougou.

L'amélioration continue de la production ainsi que la prise de certaines initiatives innovantes permettent d'assurer une plus grande disponibilité des ressources humaines. Ainsi :

- tous les 42 CMA/ hôpitaux de district construits et équipés sont fonctionnels avec au moins un médecin formé en chirurgie essentielle et en gestion de district ;
- la formation de spécialistes dans les emplois de médecins et infirmiers a permis l'amélioration des plateaux techniques permettant de passer de 06 médecins spécialistes présents dans les 9 CHR en 2001, à une cinquantaine en 2009 ;
- le recrutement au profit des régions a permis d'améliorer la disponibilité de certaines ressources humaines dans des régions chroniquement déficitaires (sages femmes /maïeuticiens, infirmiers).

Concernant le niveau communautaire, de nombreuses initiatives sont développées afin d'assurer un rôle de plus en plus important des agents de santé communautaires. C'est dans cette perspective que le rôle des accoucheuses de village a été réorienté afin de mieux cibler la lutte contre la mortalité maternelle.

Malgré ces efforts, on note que le déficit en personnel reste important pour certaines catégories telles que les sages femmes d'Etat pour lesquelles il ya **une sage-femme pour 13.138 habitants** pour une norme OMS de 1/3000 habitants. La répartition des ressources humaines reste déséquilibrée au profit des centres urbains.

Par ailleurs, le processus de formation est de plus en plus confronté à un environnement susceptible de limiter la qualité notamment, le sous équipement des institutions de formation en laboratoire et en salle de travaux pratiques, la saturation des terrains de stage et l'insuffisance d'une formation continue de qualité.

Au niveau communautaire, les faiblesses sont surtout liées à la disparité dans les modes de recrutement et de gestion, au faible niveau d'instruction des agents de santé communautaires (ASC), à l'insuffisance de la formation et d'appui de ces ASC.

Toutefois, on peut noter une bonne perspective avec :

- L'adoption, en conseil des ministres, du plan de développement des ressources humaines en santé et du document portant normes en personnel des structures de santé. La mise en œuvre de ces deux documents permettra d'améliorer quantitativement et qualitativement la situation des ressources humaines. Elle permettra également d'améliorer la répartition géographique des ressources humaines.
- Le programme de formation massive de spécialistes. Ce programme, adopté et mis en œuvre à compter de fin 2012, vise à doter les centres hospitaliers régionaux et les centres hospitaliers universitaires du pays en médecin spécialistes nécessaires pour un fonctionnement optimal. Ce programme prévoit le recrutement de 600 médecins pour la spécialisation en cinq (05) ans.
- L'adoption et la mise en œuvre du nouvel organigramme. En décembre 2012, la direction des ressources humaines du ministère s'est dotée d'un nouvel organigramme plus adapté aux besoins de l'heure. Cet organigramme innove avec la mise en place d'un service de gestion prévisionnel des effectifs et des compétences, d'un service accueil et relations sociales et d'un service solde. Sa mise en œuvre a débuté en février 2013.

3.2.3 COTE D'IVOIRE

a. Le problème de disponibilité des RHS: une pénurie graduelle du personnel paramédical et un déficit en personnel médical spécialiste

Tableau 12 : tableau des effectifs des RHS de Côte d'Ivoire de 2005 à 2010

Catégories professionnelles	Année 1(2005)		Année 2 (2007)		Année 3 (2010)	
	Effectif	%	Effectif	%	effectifs	%
Médecins	1698	10%	2746	14%	3220	15%
Chirurgiens Dentistes	204	1%	274	1%	310	2%
Pharmaciens	128	1%	413	2%	570	3%
Techniciens Supérieurs de la Santé	1269	7%	1419	7%	1 547	7%

Sage Femmes diplômées d'Etat	2146	12%	2258	11%	2 553	12%
Infirmières diplômés d'Etat	6842	39%	6973	35%	7 361	35%
Aides soignant(e)s	391	2%	568	3%	710	3%
Personnel administratif et social	2420	14%	2561	13%	2611	12%
Personnels journaliers	2579	15%	2572	13%	2 372	11%
TOTAL	17 677	100%	19 784	100%	21 254	100%

Source : DRH/Ministère Santé

Le problème de disponibilité des RHS en Côte d'Ivoire se caractérise surtout par une tendance à la baisse en terme de proportion du personnel paramédical qui s'explique par une pénurie graduelle du fait de l'incapacité des structures de formation (faible capacité d'accueil) à produire suffisamment de personnel pour répondre aux besoins. La politique actuelle d'ouverture de nouvelles antennes des structures de formation à l'intérieur du pays a besoin d'être soutenue.

S'agissant du personnel médical, l'Etat a procédé à deux vagues successifs de recrutements de cadres supérieurs de la santé portant respectivement sur un effectif de 1287 et 702 agents en 2007 et 2010. Une troisième vague de recrutement sur un effectif de 510 agents est en cours en 2012. Le problème au niveau du personnel médical se trouve dans le déficit dans les spécialités, notamment en Pédiatrie, Gynécologie, Chirurgie et Santé Publique.

b- Un financement en RHS insuffisant

La Côte d'Ivoire vient d'adhérer à l'initiative « International Health Partnership + » (IHP+) (Partenariat International pour la Santé). Ce qui offre la perspective de la signature d'un COMPACT national qui engagera autant la Côte d'Ivoire que les partenaires du système de santé à la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire avec un plan unique de suivi-évaluation et un mécanisme unique et participatif de gestion fiduciaire.

L'Etat assure le financement de la santé à travers le Budget Général. La part annuelle du budget de l'Etat alloué au ministère de la santé reste très faible. Elle était de 4% en moyenne de 2006 à 2010 avec une infime partie de ce budget consacrée au RHS.

Depuis janvier 2008, l'Etat a procédé à une revalorisation substantielle du salaire de base des personnels de santé. La DRH a engagé la réflexion pour lier les aspects de rémunération à la performance des agents.

c- Un cadre légal et réglementaire inadéquat

Le cadre de référence global pour la gestion des RHS est établi par la loi n° 92-570 du 11 septembre 1992, portant Statut Général de la Fonction Publique et ses décrets d'application.

Pour l'heure, l'emploi de médecin spécialiste n'est pas reconnu par la Fonction Publique même si, sur le terrain des praticiens exercent comme tel. Un processus est en cours pour la mise en place d'une Fonction Publique Hospitalière (Fonction Publique propre au secteur de la Santé).

d- Une faiblesse en matière de planification

La Côte d'Ivoire s'est doté d'un Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du secteur de la santé (PSDRHS) 2009-2013 dont la révision est en cours suite à l'élaboration d'un nouveau Plan National de Développement Sanitaire(PNDS) couvrant la période 2012-2015.

L'évaluation du PSDRHS donne un taux de 28% pour les activités entièrement réalisées, 54% pour les activités en cours de réalisation et 18% d'activités non réalisées.

Depuis 2007, un cadre de concertation de toutes les parties prenantes en matière de RHS a été mis en place. Mais, il se pose un problème de financement de son fonctionnement.

e- La faible capacité institutionnelle des ministères en charge de la santé

La gestion opérationnelle des Ressources Humaines de santé en Côte d'Ivoire est assurée par la Direction des Ressources Humaines(DRH) du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida qui s'appuie sur un réseau de gestionnaire des Ressources Humaines de Santé (RES-GRH).

Un logiciel de gestion des ressources humaines de santé (GESPER) a été opérationnalisé à la DRH et en cours d'implémentation sur le territoire national (taux de couverture national de 34%). Ce logiciel a besoin d'être développé sur environnement web.

f- Une production en RHS insuffisante

Avec la mise en œuvre du PSDRHS 2009-2013, le pays a considérablement amélioré sa capacité de production moyenne annuelle d'infirmiers et de sages femmes même si cela reste encore insuffisant par rapport aux besoins importants sur le terrain.

Tableau 13 : production des RHS en Côte d'Ivoire

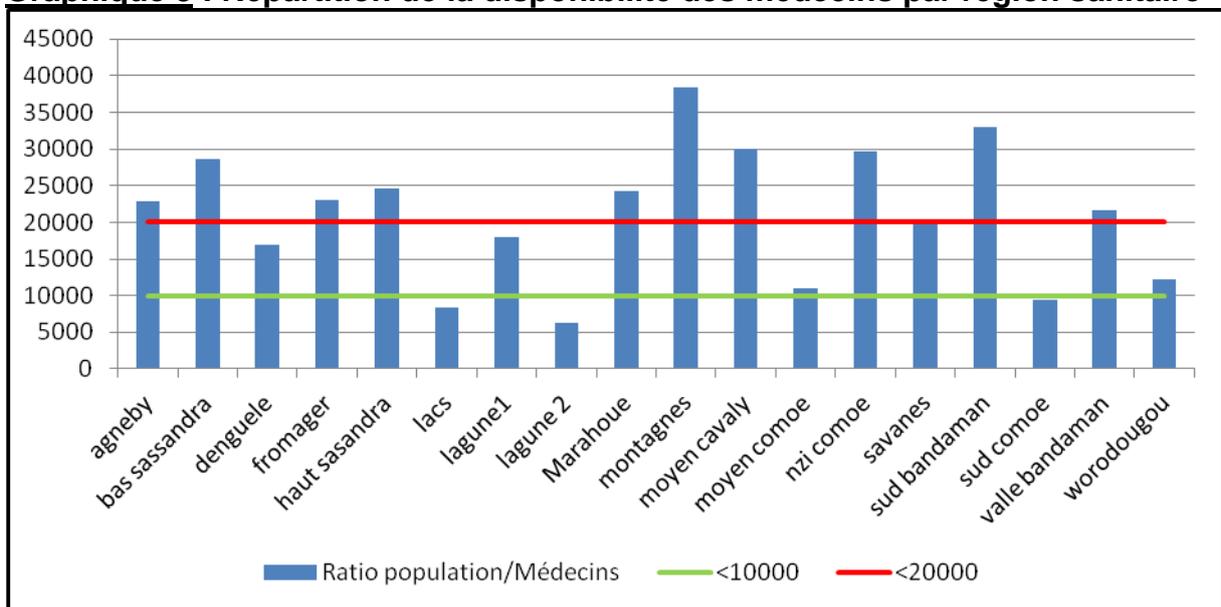
Catégorie professionnelle	Emploi	Production moyenne annuelle	Ecole
Personnel médical	Médecin	322	Unités de Formation et de Recherche (UFR) des Sciences Médicales d'Abidjan et de Bouaké
	Pharmacien	60	UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques d'Abidjan
	Chirurgien Dentiste	22	UFR d'Odontostomatologie
Personnel paramédical	Infirmier spécialiste	90	Institut National de Formation des Agents de Santé(INFAS) Abidjan, Aboisso, Bouaké, Korhogo
	Infirmier	200	
	Sage femme	150	
	Technicien Supérieur de la Santé	70	
Personnel social	Assistant Social	120	Institut National de Formation Sociale(INFS)
	Educateur Préscolaire	80	
	Educateur Spécialisé	70	
	Maître d'Education Spécialisée	50	
	Educateur Préscolaire Adjoint	100	
	Assistant Social Adjoint	95	

g- La mauvaise répartition géographique des personnels de santé

Le personnel de santé est très concentré dans les grandes villes, particulièrement à Abidjan et ses environs. Cette région concentre à elle seule 60% des RHS, mais seulement 24% de la population.

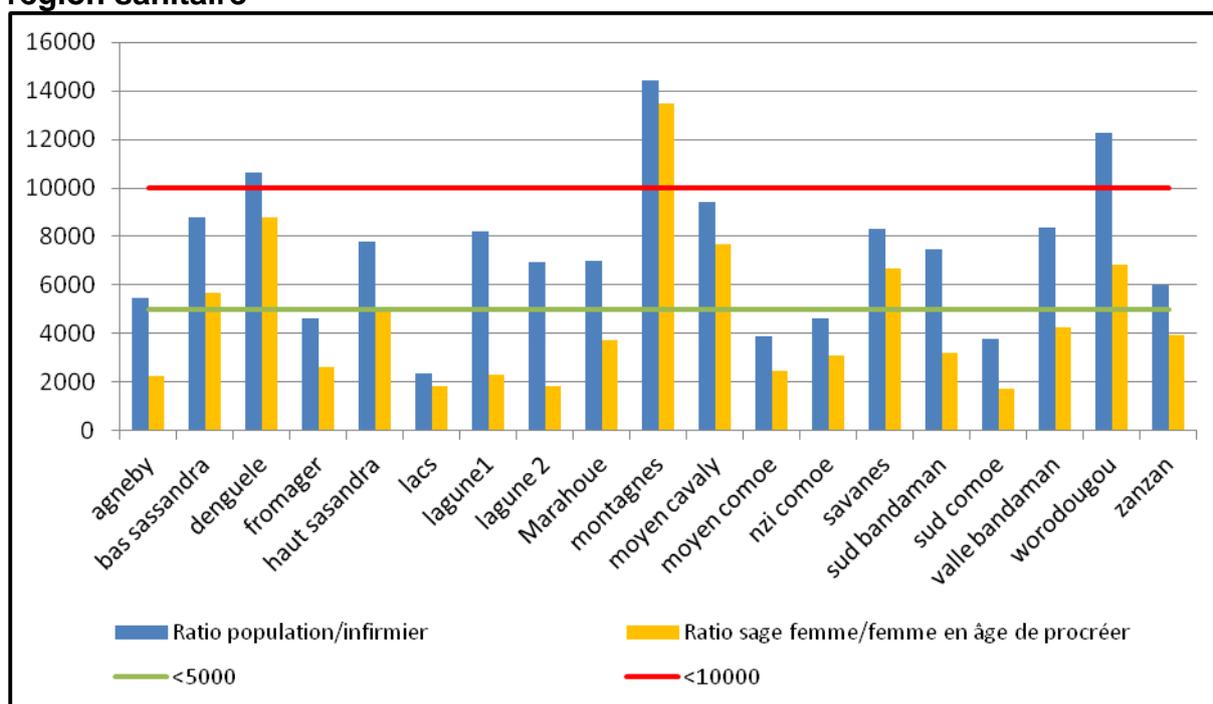
La figure suivante sur l'inégale répartition du personnel médical montre que 5 régions (Montagnes (région du Tonkpi), Sud Bandama (région du Lôh-Djiboua), Nzi Comoé (région du Iffou-N'Zi), Moyen Cavally (région du Cavally-Guemon) et Bas Sassandra (région du Gbôklé-Nawa) présentent une situation critique.

Graphique 3 : Répartition de la disponibilité des médecins par région sanitaire



Concernant les infirmiers, les régions ayant le plus grand besoins à couvrir sont : Montagnes (Tonkpi), Denguelé (Kabadougou), Bas Sassandra (Gbôklé-Nawa) et Moyen Cavaly (Cavally-Guemon). Pour les sages femmes il faudra en priorité couvrir les besoins des régions des Montagnes(Tonkpi), Denguelé(kabadougou), Moyen Cavally(Cavally-Guemon), Worodougou et Savanes(Poro-Tchologo).

Graphique 4 : Répartition de la disponibilité des infirmiers et sages femmes par région sanitaire



En dehors de l'effet « migration interne » provoqué par la crise sociopolitique, la situation d'inégale répartition du personnel est largement tributaire de l'inégale répartition des structures sanitaires. En effet, 68% des établissements sanitaires publics sont situés au sud du pays contre 32% au nord. La seule région des Lagunes abrite 14% des structures sanitaires publiques dont 11 des 14 EPN de santé, alors que les autres régions ne représentent chacune que 2 à 8%. Un EPN comme le CHU de Cocody a un effectif de plus de 1000 agents (1033 en 2011).

Par ailleurs, une réalité s'impose depuis toujours en Côte d'Ivoire : celle de la concentration à Abidjan de la majorité des instituts de formation, de la présence de certaines commodités pour une éventuelle évolution dans sa carrière professionnelle.

h- La Faible rétention des personnels de santé

Un projet pilote de motivation du personnel de santé basée sur la performance a été développé dans un District sanitaire déshérité et a donné des résultats satisfaisant en terme de rétention du personnel. Il est donc envisagé, dans le cadre du nouveau Plan de Développement des RHS du pays une extension du projet à d'autres districts et à l'ensemble du pays.

Avec les différentes crises sociopolitiques que le pays a traversées ces dernières années et les difficultés économiques inhérentes, le phénomène de migration internationale pratiquement inexistant au cours des années 80, a pu apparaître dans le pays mais il reste certainement à une proportion très faible.

3.2.4 MALI

Le Mali à l'instar de la plupart des pays africains est confronté à une pénurie de professionnels de santé et à des problèmes récurrents de gestion des ressources humaines.

a. La production en RHS

Tableau 14 : Etablissements de formation en santé au Mali.

Type d'institution de formation	Secteurs			Total
	Public	Privé non lucratif	Privé à but lucratif	
Faculté/Ecole de médecine	1	0	1	2
Institut de formation en sciences de la santé	4	0	0	4
Ecoles privées	0	0	75	75
Total	5	0	76	81

Le Mali compte 81 établissements de formation en santé dont 2 facultés de médecine, 4 instituts publics de formation en sciences de la santé et 75 écoles privées. La production de ces établissements en 2010 était de : 350 Médecins, 253 Sages femmes, 297 Infirmiers du 1^{er} cycle et 252 infirmières obstétriciennes. Chaque année ces établissements de formation mettent sur le marché du travail près de 250 médecins et plus de 2000 paramédicaux.

Tandis que la capacité de recrutement ne dépasse pas 700 agents par an. Quant aux spécialistes, ils sont versés sur le marché par compte goutte, 1 à 3 environ par spécialité.

Le recrutement par rapport à l'offre sur le marché en 2010 se présentait comme suit :

- Médecins pour 70 postes 1176 candidats
- Sages femmes pour 60 postes 346 candidates

- Infirmières obstétrique pour 60 postes 916 candidates
- Techniciens de santé: pour 83 postes 1576 candidats

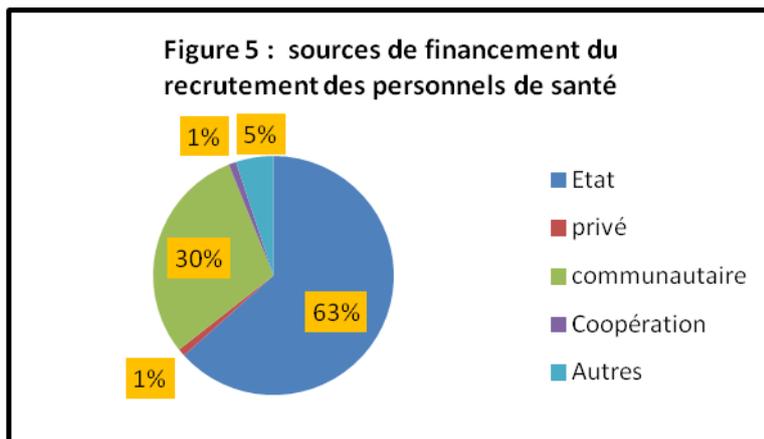
La qualité de la formation du personnel de santé a considérablement chuté ces dernières années du fait d'une absence de réglementation appropriée aux écoles de formation en santé. La qualité de la formation des médecins et des paramédicaux est aussi affectée par l'insuffisance d'outils pédagogiques, l'inadéquation des programmes de formation aux besoins de l'emploi, l'insuffisance de formation des encadreurs et la pléthore de stagiaires dans les lieux de stage.

b. La disponibilité en RHS

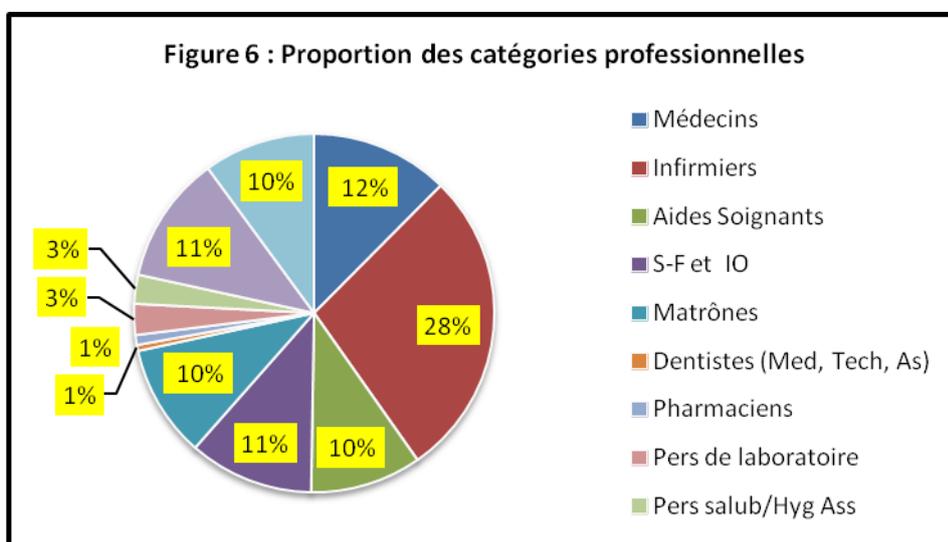
L'effectif total du Ministère de la Santé en octobre 2010 est évalué à **13 644**, employés dans les secteurs public, parapublic et communautaire, toutes catégories confondues. La diversité de leurs statuts est très forte, surtout pour les personnels non qualifiés.

On note un important déficit en personnel spécialisé : il existe 1 urologue pour 1.577.879 habitants, 1 neurologue pour 2.103.839 habitants. Les spécialistes sont concentrés à Bamako. Les conséquences de cette situation sur le fonctionnement du système de soins sont préoccupantes : dans les régions les plus défavorisées, de nombreux CSCOM ne disposent pas de personnel qualifié (médecin, infirmier) ; en 2009, 46% (455 sur 993) des CSCOM sont tenus par 1 médecin généraliste. Les CSCOM tenus par des auxiliaires de santé sont de l'ordre de 25,5% dans la région de Tombouctou et 16,15% dans la région de Kayes. En outre, certains hôpitaux ne disposent pas encore de tous les spécialistes nécessaires pour assurer l'offre de soins et services de qualité.

La figure 5 ci après donne le détail des sources de financement pour le recrutement des personnels de santé. On note que : 63% de l'effectif sont recrutés par l'Etat, 30% par les Collectivités, et 1% par le secteur privé. Les secteurs parapublic et confessionnel emploient 6% de l'effectif.



La figure 6 donne la répartition du personnel par catégorie professionnelle. Les infirmiers représentent près du tiers des effectifs soit 28% tandis que les pharmaciens et les dentistes ne font que chacun 1%.



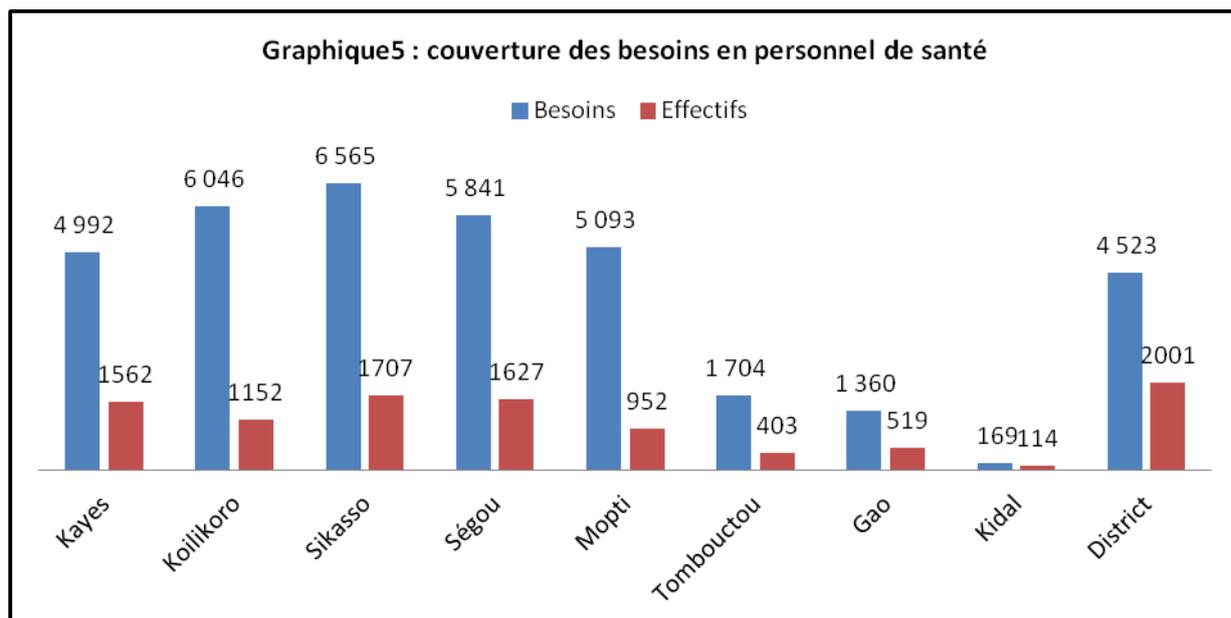
En référence aux normes OMS de 2.5 personnel de santé pour 1000 habitants, le déficit en personnel de santé au mali est de 58% pour un besoin global estimmé à 32 500 agents contre 13 664 disponibles. De façon spécifique le besoin sera de :

- 14 000 médecins pour 1 557 disponibles
- 7 500 Sages femmes pour 660 disponibles ou 1 360 si les infirmières obstétriciennes sont ajoutés
- 7 500 Infirmiers pour 3 936 disponibles

L'insuffisance en quantité et en qualité des personnels médicaux et paramédicaux dans la plupart des niveaux du système de santé affecte la disponibilité et la qualité des prestations offertes.

c. La répartition géographique des personnels de santé

Malgré les efforts fournis en matière de recrutement du personnel (fonction publique, PPTTE, collectivité, communauté) la disponibilité des ressources humaines qualifiées demeure un grand défi pour l'atteinte des objectifs du millénaire. Les besoins à couvrir sont très importants à tous les niveaux et l'effectif existant est aussi mal reparti.



On note une grande disparité entre les régions qui sont reparties en trois zones de pauvreté (voir graphique 14) : les ratios sont de 1 médecin pour 24 831 habitants à Mopti (zone I de pauvreté) contre 1/11 731 (hors privés) à Bamako ; une sage-femme pour 50 708 habitants à Kayes contre 1/5 972 à Bamako ou encore un infirmier pour 6 231 habitants à Mopti contre 1/3 227 (hors privés) à Bamako.

Tableau 15 : Ratio des personnels de santé par région au Mali

Zones	Population Totale 2010	Type personnel	Effectif pers.	Ratio = 1 pour
Zone 1 (très pauvre) Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti	9 177 649	Médecin	578	15 878
		Sage-Femme +Inf Obst	525	17 481
		Infirmier/Assistant Méd.	1636	5 610
Zone 2 (moy. pauvre): Kayes, Tombouctou, Gao, Kidal	3 227 416	Médecin	276	11 694
		Sage-Femme +Inf Obst	353	9 143
		Infirmier/Assistant Méd.	866	3 727
Zone 3 : Bamako	1 433 504	Médecin	197	7 277
		Sage-Femme +Inf Obst	355	4 038
		Infirmier/Assistant Méd.	395	3 629

d. Faible rétention des personnels de santé

L'insuffisance de mesures incitatives pour le personnel (salaires et moyens de travail) conduit à un abandon des services publics au profit du secteur privé. De ce fait, l'exécution des tâches est parfois assurée par des agents n'ayant pas les qualifications requises. Les conséquences de cette situation sur le fonctionnement des services publics de santé sont particulièrement lourdes.

L'expérience des Médecins de campagne organisés en association (AMC) se présente comme un modèle de fidélisation et de médicalisation des soins au niveau communautaire.

En effet, les médecins de campagne vivent et exercent leur activité professionnelle de façon permanente dans une aire de santé rurale où ils couvrent tous les villages de leur aire de santé conformément à la politique nationale

- Ils concilient soins de santé primaires et médecine de famille en assurant les activités curatives, de prévention et de promotion de la santé
- En mars 2010, l'association comptait 209 médecins installés et couvrant plus de 1,5 million de personnes dont :
 - 80% exercent dans des centres de santé communautaires (CSCOM) et 20% exercent dans les structures privées

- 26,74% de médecin installés ont plus de 5 ans de stabilité ;
- 48,83% ont entre 2 et 5 ans d'ancienneté

e. La planification stratégique des RHS au Mali

Au Mali, plusieurs cadres de concertation ont été mis en place par le Ministère de la Santé pour assurer la mise en œuvre participative de la politique de Santé, à travers le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS), et ceci aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Pour accélérer l'atteinte des OMD, il est créé au sein du Comité de pilotage du PRODESS, des Groupes Thématiques dont celui des Ressources Humaines (GT-RH).

Le GT-RH est reparti en 3 sous groupes :

- **Sous groupe disponibilité du personnel** : il est chargé des questions de formation, de disponibilité du personnel, de détermination du personnel minimal requis par niveau et de suivi de la gestion du plan de carrière.
- **Sous groupe motivation du personnel** : chargé des stratégies de mise en œuvre du plan de motivation, son financement, les modèles en expérimentation.
- **Sous groupe Système d'Information RH** : s'occupe de la mise en place du SI-RHS, des applications de logiciels, production d'informations sur des bases de données
- Le processus de planification va du bas de la pyramide sanitaire vers le sommet. La micro planification est faite au niveau des structures de santé de premier contact avec la participation des partenaires et représentants des collectivités locales. Ces micros plans sont consolidés dans le cadre des Plans de Développement Socio- Sanitaire des Cercles (PDSC).

La planification annuelle est faite au niveau régional à travers les Comités Régionaux d'Orientation, de Coordination et d'Évaluation du PRODESS avec la participation des représentants de toutes les parties prenantes dans sa mise en œuvre. Les plans consolidés sont discutés au comité technique et soumis à l'arbitrage final et à l'adoption du comité de suivi.

f. Le Système d'information en Ressource Humaines de la Santé

Le système d'information des RHS est rudimentaire ou presque inexistant en termes de traitement, de gestion et d'accès à l'information pour la prise de décision.

La mise en place des mécanismes pour produire, traiter et gérer les données, constitue un des principaux défis qui exigent des actions synergiques, urgentes et innovatrices.

Le schéma directeur du système national d'information sanitaire et social (SD-SNISS) élaboré en 1998 s'articule autour de quatre sous systèmes : le sous système d'information sanitaire ; le sous système d'information social ; le sous système des enquêtes et recherches et le sous système d'information administratif qui prend en charge le volet ressources humaines. Malheureusement Ce sous secteur n'a jamais fonctionné.

g. Problème institutionnel pour la gestion des RHS

La gestion des RHS au Mali reste confrontée à d'énormes problèmes qui sont entre autres:

- l'insuffisance et l'instabilité du personnel dans les zones difficiles,
- le manque de motivation à servir dans lesdites zones ;
- la détérioration de la qualité de la formation
- l'absence d'information et de données fiables sur les ressources humaines
- la faiblesse du niveau de recrutement par rapport aux besoins réels de service ;
- L'absence de cadre organique des structures de base (Centre de santé, Hôpital).

Face à cette situation, des réformes doivent être envisagées et des dispositions doivent être prises en vue d'améliorer la disponibilité du personnel dans les services de santé en mettant un accent particulier sur les services des zones difficiles. Le Ministère de la santé a élaboré en 2008, la politique et le plan stratégique national de développement des ressources humaines en santé 2009 – 2015.

La mise en œuvre de la politique nationale de développement des ressources humaines pour la santé et l'opérationnalisation de la direction des ressources humaines récemment créée contribueront à améliorer la gestion des ressources humaines.

3.2.5 NIGER

a. Une faible disponibilité des RHS

L'insuffisance quantitative des Ressources Humaines en Santé (RHS) au Niger est due aux contraintes budgétaires, à leur répartition déséquilibrée et à la complexité des redéploiements. Cette situation est accentuée par l'importance des effectifs occupant des fonctions administratives (20%) ou en position exceptionnelle des effectifs c'est-à-dire en stage, en disponibilité ou en détachement.

On note par ailleurs, la féminisation de la profession entraînant des difficultés d'affectation et une tendance à l'accroissement des effectifs de contractuels, qui représentent aujourd'hui près de 15% des effectifs (hors auxiliaires), ce qui risque, à l'image de la situation du secteur de l'éducation du pays, de précariser les emplois et donc de réduire l'attrait et la rétention des personnels. Le tableau 15 présente la situation des effectifs en 2005 et 2010.

Tableau 16 : situation des effectifs du MSP par statut du Niger en 2005 et 2010

Catégories	Effectifs 2005	Effectifs 2010
Fonctionnaires en activité	4 195	4 854
Personnels en détachement & disponibilité	243	141
Position de Stage		151
Auxiliaires	1 281	1 144
Contractuels MSP	496	917
Total	6 215	7 207

Source : Base de données de la DRH / MSP

Le total des ressources humaines en santé a progressé de 16% entre 2005 et 2010 tous statuts confondus et notamment de 84% pour la catégorie des contractuels du Ministère de la Santé Publique.

Pour améliorer la situation des effectifs, l'Etat a procédé en fin 2011, à une intégration à la Fonction Publique de 535 Médecins, 250 Contractuels et 1182 paramédicaux. Le processus de recrutement à la Fonction Publique des 672 contractuels restants est en cours. Ces différents recrutements ont eu pour conséquence l'amélioration des ratios en personnel qui sont passés de 2010 à 2011 :

- Pour les médecins de 1 / 41 200 hbts à 1/18 922 ;
- Pour les Infirmiers Diplômés d'Etat de : 1 / 5 660 hbts à 1/3 332 hbts ;
- Et pour les Sages Femmes Diplômées d'Etat de 1 / 5 400 fap (femmes en âge de procréer) en à 1/3 356 fap

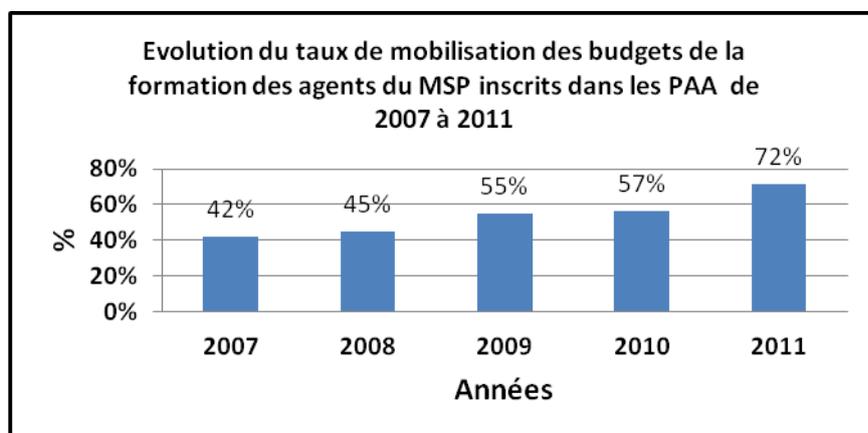
Par rapport aux normes actuelles en personnel, 71% des Centres de Santé Intégré (CSI), 28% des Hôpitaux de District Sanitaire (HDS) et 50% des CHR disposent de personnels requis.

L'on note cependant la persistance du déséquilibre entre le milieu rural et urbain lié au contexte socioculturel nécessitant des mesures d'accompagnement qui sont proposées et budgétisées dans le Plan de Développement des Ressources Humaines (PDRH). Par ailleurs, l'actualisation des normes et standards actuels s'impose si l'on considère les objectifs de la stratégie de Renforcement du Système de Santé qui prévoit à l'horizon 2015 la mise en place de 5 médecins par Direction Régionale de la Santé Publique, 4 médecins par HDS et 4 infirmiers par CSI.

b. Un financement en RHS insuffisant

Le financement de la formation initiale du personnel de santé est essentiellement assuré par les ménages et l'Etat suivi de la Coopération Italienne et de la Coopération Belge. De 2005 à 2011, on note un accroissement progressif du taux de mobilisation financière des budgets prévus pour la formation qui passe de 42% en 2007 à 72% en 2011 comme l'indique le graphique 7 ci après. Mais le niveau de mobilisation n'a jamais atteint les prévisions (100%).

Graphique 7 : Evolution du taux de mobilisation des budgets prévus dans les PAA des structures du Ministère de la santé pour la formation des agents de 2007-2011.



Source : DEP/MSP

c. La problématique de la production des RHS

Placée sous la tutelle du Ministère chargé de l'Enseignements Supérieur, la formation initiale aux métiers de la santé est caractérisée depuis 2005 par la création de nombreuses écoles et instituts privés de formation. Ce sont à ce jour 18 écoles et instituts dont la FSS, les ENSP de Niamey, Zinder et l'ISP, qui forment :

- des vendeurs en pharmacie,
- des agents de santé de base à partir du niveau BEPC,
- des IDE, SFDE, THA, TDS et TL à partir du niveau supérieur,
- des techniciens supérieurs (TSSI, TSSO, TSAS, etc.) suite à l'obtention des diplômes du niveau supérieur.

La Faculté des Sciences de la Santé forme des médecins généralistes et des techniciens supérieurs (anesthésie-réanimation, chirurgie-gynéco obstétrique, radio) à partir du BAC.

La multiplication des écoles privées de formation en santé se fait au détriment de la qualité des enseignements qui engendre la sous qualification des jeunes diplômés. En effet, pour être opérationnels sur le terrain, les jeunes diplômés issus des écoles de formation des agents de santé, ont souvent besoin d'une formation complémentaire sur plusieurs thématiques pour le bon fonctionnement des formations sanitaires.

Par ailleurs, les dysfonctionnements institutionnels et organisationnels, le manque de moyens logistiques et d'équipements ainsi que les compétences pédagogiques insuffisantes, fragilisent la formation initiale.

La privatisation de la formation initiale en santé crée une surabondance de jeunes diplômés et la féminisation des effectifs qui atteint 85% des effectifs totaux est en partie à l'origine du manque de disponibilité des RH dans les formations sanitaires périphériques compte tenu du contexte socioculturel.

Le Ministère de la Santé Publique a initié la réforme de la formation initiale des agents de santé, qui a abouti à la délivrance d'un diplôme d'Etat dans le cadre de l'examen unique de certification en santé à compter de l'année académique 2010-2011.

En ce qui concerne la formation continue, on distingue des formations continues de longue durée et les formations continues de courte durée. Les Formations continues de longue durée ont pour but de combler des déficits voire le manque de compétences observées au niveau des spécialités notamment dans les filières prioritaires telles que la chirurgie, la gynéco obstétrique, la pédiatrie et la médecine interne. Depuis 2005, près de 340 formations de spécialistes médicaux et 609 formations de paramédicaux ont été réalisés ou sont en cours avec l'appui significatif de l'Etat et des autres partenaires.

Quant aux formations de courte durée, elles ont pour objectif de renforcer les capacités opérationnelles des agents sur le terrain à partir de séminaires et ateliers sur des thématiques précises.

d. Les problèmes institutionnels liés à la gestion des RHS

Les problèmes institutionnels de Gestion des RHS au Niger se caractérisent par :

- l'inadaptation des structures, des procédures et des outils de gestion aux exigences d'une gestion collective et prévisionnelle des effectifs, expression de besoins motivés des structures sanitaires mais sur la base de normes et standards uniformisés, absence de cadre organique actualisé et de description des fonctions clés, absence de plans de carrière motivants, centralisation excessive de la GRH ;

- les insuffisances opérationnelles dans la GRH : mobilité excessive des agents, gestion subjective des affectations, insuffisance dans la planification et la coordination des sessions de formation continue (multiplicité des sessions de formation hors site générant un absentéisme fort), implication faible des districts dans la GRH, lenteurs administratives, ... ;

e. La mauvaise répartition géographique des personnels de santé

La répartition déséquilibrée des personnels de santé au Niger est résumée dans le tableau 17 ci après portant sur la répartition du personnel par région et par principaux corps en 2005 et 2010.

Tableau 17 : Evolution de la répartition géographique par principaux corps sur la période 2005-2010

Région	Médecin		Infirmier		Sage-femme*	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
Agadez	1/49 274	1/15 980	1/3 080	1/2 318	1/3 749	1/1 724
Diffa	1/52 379	1/30 537	1/4 471	1/4 821	1/5 729	1/3 305
Dosso	1/108 145	1/118 791	1/7 615	1/8 175	1/13 518	1/7 570
Maradi	1/143 015	1/78 844	1/9 725	1/6 556	1/17 878	1/28 001
Tahoua	1/39 533	1/114 930	1/9 898	1/9 178	1/19 382	1/13 007
Tillabéry	1/184 743	1/180 965	1/10 529	1/7 755	1/16 389	1/4 701
Zinder	1/138 664	1/118 893	1/6 682	1/7 769	1/16 808	1/9 101
Niamey	1/11 182	1/29 678	1/1 687	1/3 252	1/951	1/1 327
Niger	-	1/41200	-	1/5660	-	1/5400
Normes OMS	1/10 000		1/5 000		1/5 000	

* le ratio des sages femmes se rapporte aux femmes en âge de procréer.
On note :

- un (1) médecin pour plus de 100 000 hts dans les régions de Tillabéry, Tahoua, Zinder et Dosso,
- Niamey, la capitale concentre à elle seule, environ 33% des effectifs cadres et près de 40% des sages-femmes,
- seuls 13% des effectifs professionnels sont en zone rurale (19% des infirmiers et 8% des sages-femmes, et quasiment 0% de médecins).

f. La Faible rétention des personnels de santé

Dans le cadre de la motivation du personnel le gouvernement a adopté les Décrets n°2007-516 PRN/MSP du 22 novembre 2007 et n°2006-070/PRN/MSP/LCE du 16 mars 2006 modifié par le Décret n°2007-515/PRN/MSP du 22 novembre 2007) accordant des primes indemnités et autres avantages aux personnels des cadres de la Santé Publique et de l'Action Sociale. Des mesures d'appui similaires ont été mises en œuvre pour le personnel paramédical depuis Janvier 2008.

Cependant, une étude sur l'impact de ces mesures réalisée par le Cabinet SEDES a révélé que 53% des médecins affirment n'être que « moyennement satisfait » par l'impact des mesures gouvernementales sur leur qualité de vie et leur condition de travail suite à l'octroi des primes et indemnités. Cette statistique témoigne que la motivation au travail est également soumise à des facteurs autres que la rémunération tels que le logement, la scolarisation des enfants, la disponibilité des équipements techniques, le management des agents. De l'enquête SONU réalisée en juin 2010, il ressortait que 29,6% des formations sanitaires ne disposaient pas de source d'eau, 32,3% pour l'électricité, et de logement pour les responsables, rendant le cadre de travail peu attractif.

L'octroi de tous ces avantages s'est opéré en l'absence d'une politique de motivation liée au mérite. Ce qui a conduit le Ministère de la Santé Publique à entreprendre, dans le cadre de la mise en œuvre de la gestion axée sur les résultats, une étude de formulation des dispositifs de primes de performances à l'échelle des DRSP, des DS et des CSI, suivie en 2012 d'une autre étude de faisabilité du financement basé sur la performance avec l'appui de la Banque Mondiale.

3.2.6 TOGO

a. Une faible disponibilité des RHS

L'effectif du personnel du secteur de la santé du Togo est passé de 6934 en 2004 à 12 693 agents en 2010 soit un accroissement moyen de l'ordre de 11,8% chaque année pendant la période.

Tableau 18 : Effectifs des personnels de santé par catégorie professionnelle en 2009 et 2010 (tous secteurs confondus)

Catégories d'occupation professionnelle de santé	2009		2010	
	Effectif	%	Effectif	%
Médecin généraliste	301	2,4%	298	2,3%
Médecin spécialiste	310	2,4%	306	2,4%
Infirmier Diplômé D'Etat	1 532	12,0%	532 ¹	12,1%
Infirmiers Auxiliaires	666	5,2%	663	5,2%
Aide-soignant/infirmier permanent	1 347	10,6%	336 ¹	10,5%
Sages femme	481	3,8%	482	3,8%
Accoucheuse auxiliaire	438	3,4%	432	3,4%
Accoucheuse permanente	758	5,9%	752	5,9%
Dentiste/Technicien dentaire	25	0,2%	25	0,2%
Pharmacien	166	1,3%	166	1,3%
Laborantins diplômé	108	0,8%	107	0,8%
Technicien de Laboratoire	116	0,9%	114	0,9%
Assistant de Laboratoire	411	3,2%	403	3,2%
Technicien de radiographie	67	0,5%	65	0,5%
Physiothérapeutes	202	1,6%	202	1,6%
Autres Techniciens et Catégories sanitaires	328	2,6%	330	2,6%
Personnel de salubrité/ santé publique	358	2,8%	359	2,8%

Staff de gestion de santé	4 191	32,8%	162 ⁴	32,8%
Autres	959	7,5%	959	7,6%
TOTAL	12 764	100%	12 693	100%

Source : Ministère de la santé, Division de l'Administration et des Ressources Humaines

L'analyse de la disponibilité des ressources humaines au regard des normes indique :

- Au niveau des USP, que malgré une amélioration de la situation entre 2006 et 2010, au moins 44% de maternités des USP sont encore tenues par du personnel sans qualification, et 12% d'entre elles ne disposent pas d'infirmier diplômé d'Etat.
- Au niveau hospitalier, un manque criard de médecins spécialistes : à ce jour, six des dix hôpitaux de district avec bloc chirurgical ne disposent pas de chirurgiens privant ainsi la population des soins d'urgence tels que les césariennes.

Les déperditions liées au départ à l'émigration et à la retraite sont les facteurs qui expliquent la pénurie relevée de médecins spécialistes et de certaines catégories de paramédicaux.

b- Un financement en RHS insuffisant

Les salaires des personnels de santé pour le secteur public sont fixés par les textes de l'Etat. Globalement, l'on relève que le système de rémunération des personnels de santé du Togo est peu incitatif. A titre d'exemple, il n'existe pas un mécanisme de rémunération basé sur les performances des agents. Le régime indemnitaire en vigueur n'est pas lui aussi motivant et ne contribue pas à régler les principaux problèmes liés à la gestion des ressources humaines, notamment l'épineuse question de la répartition inéquitable de ressources humaines et l'amélioration des performances des agents de santé. L'aboutissement du projet de statut particulier en cours de rédaction pourra également apporter des solutions à ces problèmes.

Dans le secteur privé de soins, en dehors de ceux qui sont installés à leur propre compte ou qui travaillent pour des institutions internationales installées dans le pays, les salaires ne sont pas plus attractifs que ceux octroyés par le public sans possibilité de négociation. Toutefois, il existe des syndicats qui négocient avec le gouvernement en vue d'une adaptation progressive des rémunérations au coût de la vie.

c- Un cadre légal et réglementaire inadéquat

Le cadre réglementaire régissant la gestion des ressources humaines du secteur de la santé est essentiellement composé de :

- l'ordonnance n°1 du 04 janvier 1968 portant statut général des fonctionnaires de la République togolaise et ses textes d'application ;
- le décret n°62-86 du 19 juin 1962 fixant le statut particulier du corps du personnel médical et technique de la santé publique ;
- l'arrêté interministériel n°38/91/MSP/MEF du 29 août 1991 fixant les conditions d'attribution des primes de risque, de garde et d'astreinte aux agents de la santé publique ;
- les décisions accordant des primes de rendement à diverses catégories de personnels ;
- Le code du travail pour ce qui concerne la gestion des agents non fonctionnaires.

Ce cadre réglementaire ne répondant plus au contexte actuel (système d'évaluation archaïque, classification confuse des corps de métier, système de rémunération non incitatif, absence d'un plan de carrière...), il est en cours de révision. Cette réforme mettra en place un nouveau cadre des statuts juridiques des fonctionnaires et agents de l'administration publique togolaise comportant un statut général, un régime des pensions et des retraites et un système de protection et de sécurité sociale (cf. Projet des statuts juridiques des fonctionnaires et agents de l'administration publique togolaise).

d- La faiblesse en matière de planification

La planification du secteur de la santé est réalisée par la division des ressources humaines sous la responsabilité du Directeur Général de la Santé.

La planification en termes de ressources humaines se fait sur la base du document de normes et standard par niveau de soins datant de 2001 et des prévisions de création de nouvelles structures de soins. La planification est faite tous les 5 ans et s'articule avec l'élaboration du PNDS et des réformes de l'administration publique en cours.

Toutefois on note une insuffisance dans la planification (insuffisance de normes en matière de RH, absence de coordination entre structures de production des RH et les utilisateurs, d'où l'impossibilité d'une analyse objective des gaps entre postes et emploi, absence d'outils de gestion quotidienne des ressources humaines et d'outils de simulation et de planification à court, moyen et long terme de ces ressources etc.).

En raison de la faible capacité d'accueil des institutions de formation (insuffisance de formateurs, d'équipement, problèmes d'encadrement de stage), le nombre de place dans ces institutions est souvent limité.

La mobilité professionnelle constitue un des problèmes majeurs de la gestion des ressources humaines en santé car elle pose les difficultés de bonne couverture des zones rurales en personnel qualifié de soins. Il n'y a pas cependant un recrutement de personnel à l'étranger. En vue de résoudre le problème de mobilité professionnelle, un système de décentralisation est mis en place pour rapprocher les institutions de formations des apprenants.

e- La faible capacité institutionnelle pour la gestion des RHS

La gestion des ressources humaines de santé, est assurée par trois ministères à savoir :

- le Ministère de la fonction publique et de la réforme administrative qui recrute et gère l'évolution des carrières des agents de santé,
- le Ministère de l'économie et des finances qui assure la rémunération des agents,
- et, le Ministère de la santé qui administre et emploie ce personnel

Au niveau sectoriel, en l'absence d'une Direction des Ressources Humaines la responsabilité de la coordination des interventions en matière de ressources humaines incombe à deux divisions qui relèvent de deux directions centrales différentes qui ont des pouvoirs limités.

La situation est identique au niveau des structures hospitalières où la fonction GRH est quasi inexistante. Ce qui dénote un faible positionnement stratégique des fonctions ressources humaines dans l'organigramme du Ministère et une fragmentation des responsabilités dans ce domaine. Cette situation a amené le Ministère de la Santé après un audit organisationnel puis une étude de faisabilité à proposer un nouvel organigramme qui prévoit la création d'une Direction des Ressources Humaines

A côté de ces acteurs publics impliqués dans la gestion des ressources humaines pour la santé, on retrouve également des associations et ordres professionnels de personnels de santé qui interviennent dans la régulation et le contrôle de l'exercice des différentes professions de santé.

Toutefois, l'effet des actions de ces associations et ordres professionnels tardent à se faire ressentir sur la qualité des prestataires de soins.

f. Une production en RHS insuffisante

La production des ressources humaines au Togo est assurée par les institutions de formation en santé. A l'exception de la faculté mixte de médecine et de pharmacie, de l'ESTBA et de l'EAM qui sont sous la tutelle exclusive du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, toutes les autres écoles sont sous la co-tutelle des ministères de la santé, de l'enseignement supérieur et de la recherche, de l'enseignement technique et de la formation professionnelle et de la fonction publique. Cette pluralité de tutelle pose un problème de coordination et de gestion de ces institutions.

Ce qui exigera la mise en place d'un cadre de concertation et d'échanges entre les institutions de formation et les ministères concernés ainsi que les ordres, les associations professionnelles et les partenaires sociaux.

Le tableau ci-après retrace les structures d'enseignement, les types de formation, le niveau de recrutement, les diplômes octroyés ainsi que le nombre d'année d'étude.

Tableau 19 : Structures d'enseignement par type de programme de formation

Types de formations /études	Diplôme	Niveau de recrutement	Années d'étude	Institutions de formation
Médecine générale	Doctorat	BAC II	14 semestres	FMMP (université de Lomé)
Médecins spécialistes	Diplôme d'études spécialisées (DES)	Doctorat d'Etat en médecine	8 semestres au moins	FMMP (université de Lomé)
Pharmacie	Doctorat	BAC II	12 semestres	FMMP (université de Lomé)
Radiologie et imagerie médicale, Anesthésie et Réanimation, Instrumentation des blocs opératoires, Otorhinolaryngologie, Odontostomatologie et Santé environnementale Santé mentale	Master en science de la santé	Licence professionnelle ou diplôme équivalent	4 semestres	EAM (université de Lomé)
Ingénierie en analyses médicales et biologiques et industries alimentaires	Licence en analyses médicales et biologiques et industries alimentaires	BAC II	6 semestres	ESTBA (Université de Lomé)
	Master en analyses médicales et biologiques et industries alimentaires		10 semestres	
Soins infirmiers/ réadaptation/ Hygiène	Licence professionnelle (en soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie, orthoprothèse / réadaptation et Hygiène)	BAC II	6 semestres	ENAM de Kara et Lomé

Types de formations /études	Diplôme	Niveau de recrutement	Années d'étude	Institutions de formation
Soins obstétricaux	Licence en soins obstétricaux	BAC II	6 semestres	ENSF de Kara et Lomé
Soins infirmiers /obstétriques	Aides sanitaires	BEPC	3 ans	ENAS de Sokodé
Santé publique et développement communautaire	Certificat de santé publique et de développement communautaire	Paramédicaux	11 mois	Centre de Formation en Santé Publique de (CFSP) Lomé
Gestion des services de santé	Diplôme de l'ENA cycle II et III	Cycle II : BAC II ou diplôme équivalent Cycle III : licence professionnelle ou diplôme équivalent	Cycle II : 3 ans Cycle III : 2 ans	Ecole Nationale d'Administration

Source : Ministère de la santé, Division de l'Administration et des Ressources Humaines.

Au cours des cinq dernières années, le nombre moyen d'inscrits et de diplômés de certaines institutions de formation du personnel de santé se présente comme suit :

Tableau 20 : Nombre moyen de diplômés produits par les institutions de formation du Togo

Catégories de personnels	Nb moyen annuel d'inscrits	Nb moyen annuel de Diplômés
Médecin généraliste	562	59
Médecin chirurgien	21	4
Médecin pédiatre	nd	6
Pharmacien	46	6
Assistants médicaux	353	97
Infirmier Diplômé d'Etat	108	84
Infirmier auxiliaire	57	39
Sage-femme	53	40
Accoucheuse auxiliaire	53	37

Source : Ministère de la santé, Division de l'Administration et des Ressources Humaines,

Dans l'ensemble de la période, le pays produit en moyenne chaque année 74 personnels médicaux depuis 2005. Il existe un gap important entre les besoins et les capacités de production car un nombre important de spécialistes ne peuvent être formés à la FMMP à l'heure actuelle.

De plus, il faut relever que la prévision des besoins en RHS du PDGRH qui est en moyenne de 64 personnels médicaux par an pour la période (2008-2012) est limitée et perfectible (déperditions non prises en compte, absence de normes actualisées en personnel à tous les niveaux) ;

S'agissant du personnel paramédical, au cours des cinq prochaines années, les besoins à minima estimés pour le seul secteur public étant de l'ordre 100 IDE et 50 Sages-femmes chaque année, on en conclut que la capacité de production de ces structures de formation reste faible.

La formation au Togo souffre de : (i) problème d'adéquation entre les programmes de formation et les besoins prioritaires du ministère de la santé ; (ii) manque de préparation pédagogique pour répondre aux exigences d'un système de formation en pleine réforme ; (iii) la non-participation du privé à la formation du personnel de santé ; et, (iv) carence dans l'organisation des stages pratiques.

g. La mauvaise répartition géographique des personnels de santé

On relève, des déséquilibres majeurs dans la distribution géographique des ressources humaines du secteur avec peu d'incitations pour favoriser la pratique en zones éloignées. On note une concentration du personnel de santé dans la région sanitaire de Lomé Commune au détriment des zones rurales (en 2010, Lomé comptait 33,7% du total de personnel de santé avec près de 70% des médecins, 37% d'infirmiers et 45% des sages-femmes) La concentration des médecins en zone urbaine prend un caractère extrême (voir tableau 21).

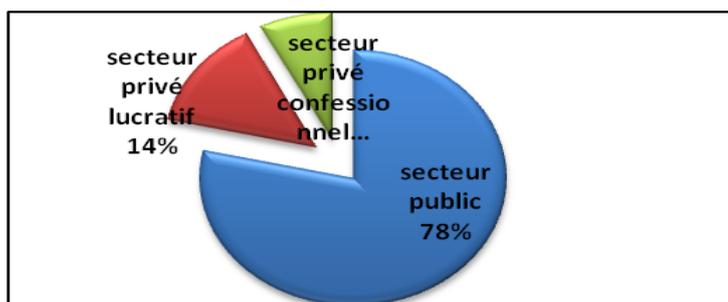
Tableau 21 : Répartition par région des personnels de santé (tous secteurs confondus) en 2010

Catégories d'occupation professionnelle de santé	Total	Lomé-Commune	Maritime	Plateaux	Centrale	Kara	Savanes
Médecins	604	420	74	43	19	30	18
Infirmiers	3 531	1 303	667	540	282	470	268
Sages-femmes/Accoucheuse auxiliaire	1 666	348	408	340	187	233	150
Dentistes	25	18	2	2	1	2	0
Pharmaciens	166	146	2	7	3	6	2
Personnel de laboratoire	624	251	89	92	53	88	51
Personnel de salubrité/Santé publique	359	133	45	59	38	58	26
Staff de gestion de santé	4 162	1 698	562	670	404	483	345
Autres personnel de santé	1 556	686	150	206	175	251	88
Total	12 693	5 003	2 000	1 959	1 162	1 620	949

Source : Ministère de la santé, Division de l'Administration et des Ressources Humaines,

S'agissant de la répartition en fonction du secteur, en 2010, sur les 12 693 agents de santé recensés au plan national, 78% provenaient du secteur public, 14% du secteur privé lucratif et environ 8% du secteur privé confessionnel (figure 8). Il faut relever que pour certaines catégories professionnelles notamment les médecins et les pharmaciens, ils sont majoritairement employés dans le secteur privé (plus de 75% des médecins et 92% des pharmaciens travaillent dans le secteur privé).

Figure 8 : Répartition du personnel de santé selon le secteur d'emploi



Source : Ministère de la santé, Division de l'Administration et des Ressources Humaines

h. La Faible rétention des personnels de santé

La gestion des carrières des personnels de la santé autres que les médecins (infirmiers, gestionnaires) n'est pas différente de celle des autres agents de la fonction publique du pays. Dans la vision du Ministère de la santé, il est prévu l'adoption d'un statut qui contienne un plan de carrière pour les différents agents de santé. Ce plan de carrière devrait retracer le circuit de l'évolution des agents de santé dans tous les aspects (promotion, convertibilité, environnemental). Ce plan devrait recevoir une bonne application afin de retenir durablement les agents de santé dans le système.

Selon des données récentes, l'émigration des agents de santé représente 40% du personnel médical et 20% pour les paramédicaux. La fuite des cerveaux est un problème réel dans le secteur de la santé. Elle exerce un impact négatif sur les initiatives du gouvernement tendant à garantir la disponibilité du personnel de qualité.

i. Une utilisation insuffisante des RHS produits

Au Togo où on parle de pénurie de personnel de santé il serait contradictoire de parler de chômage. Au regard du faible rythme des recrutements dans la fonction publique, il n'est pas rare de trouver certains agents de santé sans emploi. Il faut aussi noter que certains agents refusent délibérément des postes disponibles dans les zones rurales. Il serait opportun de réaliser une étude dans ce domaine en vue de disposer de données précises sur la situation.

3.2.7 SENEGAL

a. Une faible disponibilité des RHS

A l'instar de certains pays de la sous-région, le Sénégal vient d'élaborer son Plan National de Développement des Ressources Humaines pour la Santé (PNDRHS) qui couvre la période 2011-2018. Le recensement des personnels de santé effectué en août 2012 renseigne que le secteur public emploie 20215 agents dont 294 médecins généralistes, 717 médecins spécialistes, 691 TSS, 2896 infirmiers et 1222 SFE.

L'analyse situationnelle laisse apparaître un besoin de recrutement de 36 médecins spécialistes, 46 TSS, 712 SFE et 1548 infirmiers.

Pour satisfaire la demande en personnel jusqu' à 2018 et conformément aux normes de la carte sanitaire, il faudra 673 médecins spécialistes, 204 médecins généralistes, 1178 techniciens supérieurs en santé, 10 337 infirmiers et 4781 sages femmes d'Etat. Ceci suppose un réel engagement de toutes les parties prenantes.

Tableau 22. Personnels de santé par catégorie professionnelle d'occupation

Catégories professionnelles d'occupation	Année 2012	
	Effectifs	%
Accoucheuses traditionnelles	1757	8,7
Agents de santé communautaire	1961	9,7
Assistants de laboratoire	359	1,8
Assistants dentaires	14	0,1
Autres personnels de soutien général	5100	25,2
Autres Techniciens et Catégories sanitaires	463	2,3
Dentistes professionnels	110	0,5
Infirmières prof./diplômés d'Etat	2896	14,3
Infirmiers Associés	347	1,7
Infirmiers auxiliaires	1649	8,2
Médecins (généralistes)	294	1,5
Médecins (spécialistes)	717	3,5
Personnel qualifié d'administration et de gestion sanitaire	2186	10,9
Pharmaciens	131	0,6
Physiothérapeutes	69	0,3
Professionnels de salubrité et de santé publique	70	0,3
Prothésiste dentaire	28	0,1
Sages femmes Auxiliaires	5	0,0
Sages femmes Professionnel/DE	1222	6,1

Scientifiques de laboratoire	14	0,1
Techniciens de salubrité/ santé publique	594	2,9
Techniciens de laboratoire	39	0,2
Techniciens de pharmacie	36	0,2
Techniciens de Radiographie	82	0,4
Techniciens dentaires	72	0,4
Total	20215	100,0

Source : Recensement des agents de santé-DGPEC-DRH/MSAS- Août 2012.

b- Un financement en RHS insuffisant

Le financement du secteur de la santé est estimé à 197 milliards pour 2010 dont 35 milliards par les populations, 4 milliards par les collectivités locales, 118 milliards par l'Etat et 40 milliards par les partenaires au développement. Ces allocations budgétaires sont insuffisantes face aux besoins de financement du secteur. L'engagement de l'Etat d'amener le budget de la santé à 15% du budget national pourrait constituer une bouffée d'oxygène au secteur.

c- Un cadre légal et réglementaire inadéquat

Les textes qui régissent la GRHS sont, pour la plupart obsolètes ou inadaptés. Il convient alors de les réactualiser et les textes ci-dessous constituent la charpente de la GRH :

- la Loi 61-33 du 15 juin 1961 portant statut général des fonctionnaires, modifiés ;
- la loi 98-08 portant réforme hospitalière ;
- projet de loi N° 29/2010 relatif au statut général des fonctionnaires des collectivités locales (PM) ;
- le décret 77-887 du 12 octobre 1977 portant statut particulier des fonctionnaires de la Santé et de l'Action sociale, modifié ;
- décret 74-347 du 12-04-1974 fixant régime spécial applicable aux agents non fonctionnaires de l'Etat ;
- le décret 95-204 du 10 mars 1995 portant délégation du pouvoir du Président de la République en matière d'administration et de gestion du personnel ;

Il faudrait également relever que depuis la création de la DRH en 2004, aucun arrêté régissant son fonctionnement n'a été officialisé.

d- Une faiblesse en matière de planification

Le système d'information sanitaire est encore embryonnaire au Sénégal. Le SNIS a mis en place des normes RH pour la fonctionnalité des structures, ce qui permet de prévoir les remplacements pour départs à la retraite et la dotation des nouvelles implantations prévues par la carte sanitaire.

Seulement, l'indisponibilité d'informations fiables sur les ressources humaines et les mouvements non coordonnés ne permettent pas d'assurer une opérationnalisation de la GPEC aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Le transfert de compétences dans le domaine du recrutement et de la gestion des carrières n'est pas dévolu au Ministère en charge de la Santé. Ces difficultés de la GRHS pourraient être atténuées avec la disponibilité d'un logiciel de GRH fonctionnel.

e- Une faible capacité institutionnelle des ministères en charge de la santé

La gestion des ressources humaines en santé au Sénégal est assurée par plusieurs départements ministériels, occasionnant des difficultés récurrentes dans le traitement des dossiers des agents. Ainsi, en plus du Ministère de la Santé, interviennent les départements de la Fonction publique et des Finances.

Cependant le principal problème dans la GRHS est la non dévolution du recrutement au Ministère de la Santé. En effet, il n'est même pas membre de la commission de recrutement. Ce qui ne favorise pas le respect des plans de recrutement élaborés par la DRH.

Des difficultés sont également notées dans le système de mobilité des ressources humaines en santé.

On peut citer entre autres :

- l'absence d'un guide de la mobilité géographique adopté par l'ensemble des acteurs;
- la non prise en charge de la spécificité des zones dites difficiles.

La gestion du personnel contractuel du Ministère de la Santé et de la Prévention nécessite aussi une attention particulière. Ce personnel régi par le Code du travail, vit dans des conditions de travail précaires. Il est lié à son employeur par un contrat de travail à durée déterminée qui ne garantit pas un emploi durable et aucune promesse de plan de carrière ne lui est offerte. Dès lors, il n'est pas motivé pour accomplir les tâches qui lui sont confiés et est candidat à toute opportunité de migration.

f. Une production en RHS insuffisante

La production des ressources humaines en santé est assurée par 76 institutions dont 17 dans le secteur public et cinquante neuf 59 dans le secteur privé. Entre 2006 et 2009, ces écoles de formation ont produit 559 médecins, 989 infirmiers et 1050 SFE. Cette production est insuffisante face aux besoins exprimés.

Tableau 23 : Répartition des types d'institutions de formation

Types d'institutions de formation	Secteur		Total
	Public	Privé	
Faculté de médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie	2	2	4
Université de Bambey (santé communautaire)	1	0	1
Écoles d'infirmiers, de sages-femmes et d'assistants infirmiers[1]	8	56	64
École nationale des techniciens de maintenance hospitalière	1	0	1
Instituts universitaires	5	1	6
Total	17	59	76

g. Une faible utilisation des RHS produites

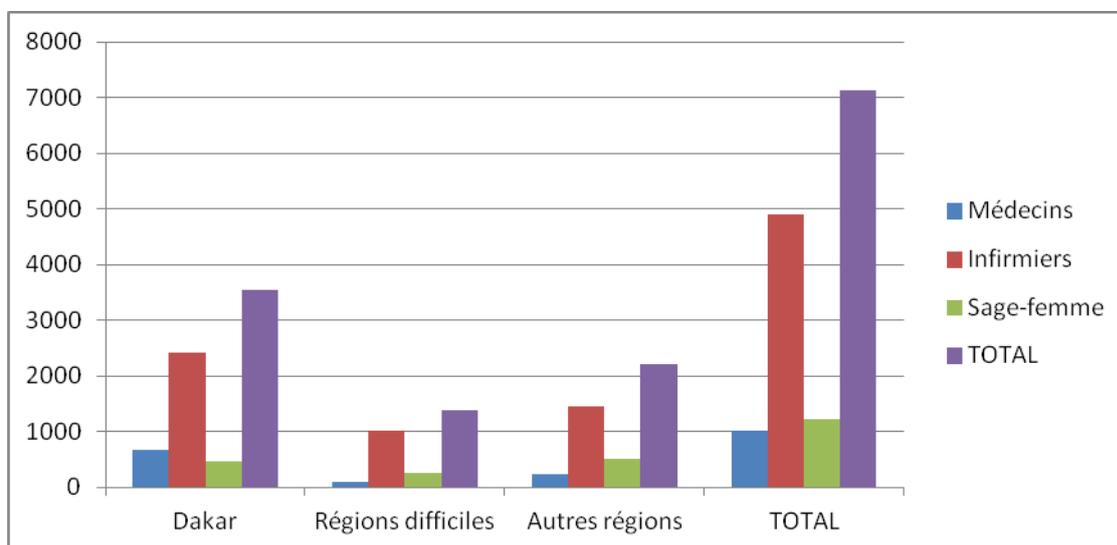
L'utilisation des ressources humaines se fait à plusieurs niveaux (Fonction publique, Structures de santé, Collectivités locales). Les modalités de recrutement des ressources humaines en santé ne répondent pas toujours aux besoins de couverture en santé des populations.

Par ailleurs, il convient de constater que les efforts de production de ressources humaines ne sont pas toujours suivis de recrutements. C'est ainsi qu'une bonne partie du personnel formé est à la recherche de leur premier emploi.

h. Une mauvaise répartition géographique des personnels de santé

La répartition des RHS par CSP et par région et par sexe renseigne que plus de la moitié des personnels de santé exercent dans la région de Dakar qui abrite moins du quart de la population. En outre, les hommes sont presque trois fois plus nombreux que les femmes dans les zones difficiles ; ceci constitue un facteur bloquant pour l'offre de soins en gynéco obstétrique.

GRAPHIQUE: REPARTITION DES PERSONNELS DE SOINS PAR REGION



Source : MSAS/DRH Recensement des personnels de santé au Sénégal août 2009.

La répartition du personnel par âge et par sexe montre un vieillissement du personnel médical surtout spécialisé. Par contre, le personnel para médical est relativement jeune.

i. Une faible rétention des personnels de santé

La pénurie des ressources humaines en santé qualifiées se fait surtout sentir dans les zones dites difficiles du fait des mauvaises conditions de vie et de travail.

La rétention des ressources humaines dans les zones dites difficiles comme Tambacounda, Kédougou, Sédhiou, Kolda, Ziguinchor, Matam et les villages insulaires des districts de Foundiougne et de Sokone, est une problématique au Sénégal.

De fortes disparités dans la répartition des ressources humaines en santé sont notées. Dakar, avec un poids démographique de 20.48% concentre plus de la moitié du personnel (médecins 60%, SFE, 44.90%, Infirmiers 40.5%, TSS 52.70%, Chirurgiens dentistes 45.70%).

Les régions périphériques, éloignées et d'accès difficile comme Matam, Kédougou ne totalisent que 10.23% des médecins et 13.73% des sages femmes. Toutefois, ces disparités sont la partie visible de l'iceberg, car même à l'intérieur de ces régions, des disparités plus aiguës sont souvent observées.

j. Un monitoring irrégulier

Le suivi évaluation des activités n'est pas toujours assuré surtout du niveau central vers les districts. Or, il est reconnu que la supervision formative est un élément de motivation surtout pour les agents exerçant dans les zones périphériques.

3.2.8 RDC

L'analyse situationnelle des RHS en RD Congo se résume en neuf points ci-après :

1. Une faible disponibilité des RHS
2. Un financement insuffisant en RHS
3. Un cadre légal et réglementaire inadéquat
4. Une faiblesse en matière de planification
5. La faible capacité institutionnelle des structures en charge de des RHS
6. Une surproduction en personnel de santé
7. La mauvaise répartition géographique des personnels de santé
8. une forte instabilité du personnel liée à la rémunération
9. Une utilisation insuffisante des RHS produits

1- FAIBLE DISPONIBILITE DES RHS

Bien que fragmentaires, les données actuelles montrent que les ressources humaines pour la santé (RHS) sont un problème sérieux en RDC. Les données disponibles sont celles du secteur public et confessionnel. Il n'existe pas de données fiables sur les RHS du secteur privé et des entreprises qui organisent des services de santé.

Tableau n° 1 : Effectifs du personnel de la santé de la RDC

EFFECTIF DU PERSONNEL PAR CATEGORIE DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE																
N°	PROVINCES	CATEGORIES PROFESSIONNELLES														TOTAL
		Médecins	Chirurgiens Dentistes	Pharmaciens	Administrateurs. gestionnaire	Infirmiers	Kinésithérapeutes	T. Labo Biolog. Médico	T. Radio	Nutritionnistes	L2 Méd. phys	Assistants phcie	T. Assainiss	T. Bucco. Dent	Administratifs	
01	BANDUNDU	406	02	03	353	11187	09	219	17	28	0	02	02	0	5889	18117
02	BAS-CONGO	417	09	20	182	5591	54	236	35	28	0	30	06	0	2480	9088
03	EQUATEUR	310	02	04	86	5583	05	49	05	13	0	02	08	0	7028	13095
04	KASAI-OCC	246	02	07	39	4406	01	144	02	10	0	71	02	02	3715	8647
05	KASAI-OR	354	01	06	99	6437	08	159	08	08	0	06	08	08	7675	14777
06	KATANGA	653	0	74	103	5809	01	48	04	27	0	05	22	0	3427	10173
07	KINSHASA SG	298	03	62	158	371	33	128	11	33	0	14	07	0	1035	2153
08	KINSHASA IPS	1356	31	92	274	4640	179	488	191	162	07	110	60	03	5378	12971
09	MANIEMA	210	02	04	93	1991	03	10	0	05	05	0	0	0	2179	4502
10	NORD-KIVU	376	0	06	70	2462	02	83	03	53	0	12	02	0	3166	6235
11	P. ORIENTALE	408	01	07	93	7247	02	49	01	14	0	02	01	0	6642	14467
12	SUD-KIVU	311	02	05	21	3166	06	44	03	54	0	24	0	02	4679	8317
	TOTAL	5345	55	290	1571	58890	303	1657	280	435	12	278	118	15	53293	122542

Source : Données administratives DRH, Ministère de la Santé de la RDC

L'administration de la santé compte environ 108.000 employés dont 60% sont des professionnels de la santé et 40% des administratifs. Le nombre de médecins qui travaillent dans l'administration de la santé est estimé à 5.000 et celui des infirmiers de 40 000 (tous niveaux et toutes catégories confondus).

Dans la plupart des provinces (9 sur 11), la proportion du personnel administratif dans l'ensemble du personnel de l'administration de la santé va au delà de la norme (1 personnel administratif pour 3 professionnels de santé). Dans les provinces comme le Katanga et l'Equateur, il y a presque autant de professionnels de santé que d'administratif dans le secteur.

2- FINANCEMENT EN RHS INSUFFISANT

L'enveloppe budgétaire de l'Etat consacrée à la santé a été évaluée à 264.049.473 US \$ (soit 5,29% du budget national) en 2009. Elle est inférieure aux engagements internationaux, notamment ceux d'Abuja. Et le taux d'exécution de ce budget est en moyenne de 70% au cours de la période 1999-2009.

A cela s'ajoute les problèmes de répartition des dépenses. Selon les données recueillies dans l'annuaire sanitaire exercice 2006, les montants des dépenses de santé alloués au niveau central représentaient 68,5%, 12,1% au niveau intermédiaire et 19,1% au niveau périphérique (hôpitaux, centres de santé et BCZS) et 0,3% pour les IEM/ITM. Le domaine de développement des ressources humaines pour la santé est de manière générale privé de cet apport.

3- CADRE LEGAL ET REGLEMENTAIRE INADEQUAT

Les problèmes clés dans ce domaine sont : l'absence de lois régissant l'exercice des professionnels de santé, l'insuffisance des textes réglementaires, la vétusté des rares textes existants et leur faible application, l'insuffisance des outils de gestion du personnel à tous les niveaux...

En dehors du décret sur l'art de guérir de 1952, aucun autre texte général abordant cette matière n'existe hormis le décret sur le statut spécifique des médecins

promulgué en 2006 réglant des questions particulières des Médecins. La loi cadre sur la santé publique actualisée n'est pas encore promulguée par le Chef de l'Etat. Le Cadre organique actuel est inadapté et l'absence de description de postes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire complique davantage la gestion des ressources humaines.

4- FAIBLESSE EN MATIERE DE PLANIFICATION

Les premières tentatives de la planification des RHS remontent à 1945 avec le plan Van Hoof-Duren qui prévoyait la dotation des centres médicaux chirurgicaux (CMC) et des dispensaires implantés dans les 120 territoires des personnels qualifiés, sur une période de 10 ans. Malgré toutes les tentatives amorcées après l'indépendance, aucun plan formel de développement des RHS n'a été élaboré en RDC depuis l'époque coloniale jusqu'en 2010. Le manque de fiabilité de données et un système d'information déficient a été pour beaucoup dans cette faiblesse.

5- FAIBLE CAPACITE INSTITUTIONNELLE DES STRUCTURES EN CHARGE DE DES RHS

Dans leur configuration actuelle, les structures chargées de la gestion des RHS exercent peu de leadership vis-à-vis des structures hiérarchiquement inférieures. Les Directions Centrales en charge de la gestion des RHS ne disposent pas à ce jour de cadre de travail adapté ni d'équipements adéquats les permettant de jouer pleinement leur rôle. La majorité des structures chargées de la gestion des RHS (B1, B6, B11, C1, C4) ne disposent pas de l'outil de travail nécessaire ainsi que des capacités requises pour assurer leur mission.

Les problèmes liés à la gestion de carrière des ressources humaines pour la santé sont parmi les plus importants dans ce domaine. Il s'agit de :

- (i) du non respect de procédures dans le recrutement et les affectations qui se font à tous les niveaux du système de santé y compris par les cadres de l'administration du territoire (maires, commissaires de district, etc.), les églises,
- (ii) l'absence de fixation de postes (emplois) et de la définition des besoins en RHS pour le moyen et le long terme,

- (iii) l'inadéquation entre le profil et les postes,
- (iv) le vieillissement du personnel du fait de la mise en retraite non régulière, ce qui crée une pléthore du personnel dans plusieurs formations surtout en milieu urbain ;
- (v) les difficultés de rationaliser le personnel du fait des interférences politiques ;
- (vi) la forte proportion d'administratifs dans l'ensemble du personnel de l'administration de la santé, etc.

L'absence criante d'un système de formation continue pour gérer efficacement les activités de formation en cours d'emploi se caractérise par le manque d'une stratégie sous sectorielle en la matière, d'un Plan National de formation continue, de l'absence d'une programmation cohérente des activités de formation, des normes et directives claires pour réguler le domaine.

L'inexistence d'un observatoire sur la qualité des formations et des personnels formés traduit l'incoordination observée et l'absence d'un feed back aux institutions de formation de base pour améliorer les programmes d'enseignement et la qualité des diplômés par rapport aux besoins de soins de santé de la population congolaise.

Globalement, cette situation déplorable en matière de gestion des RHS se justifie par l'absence d'une stratégie sous sectorielle en la matière et d'un Plan National de Développement des RHS (PNDRHS) assorti des plans de formation, de recrutement, d'allocation/affectation, et de carrière.

6- SURPRODUCTION EN PERSONNEL DE SANTE

Le problème lié à la production des RHS est la prolifération des établissements de formation du niveau secondaire, supérieur et universitaire qui a comme conséquences : la baisse de la qualité de la formation de base des RHS et la surproduction des professionnels de santé dont le profil ne répond pas toujours aux exigences de postes.

Il ressort des états des lieux réalisés en 2009 ce qui suit :

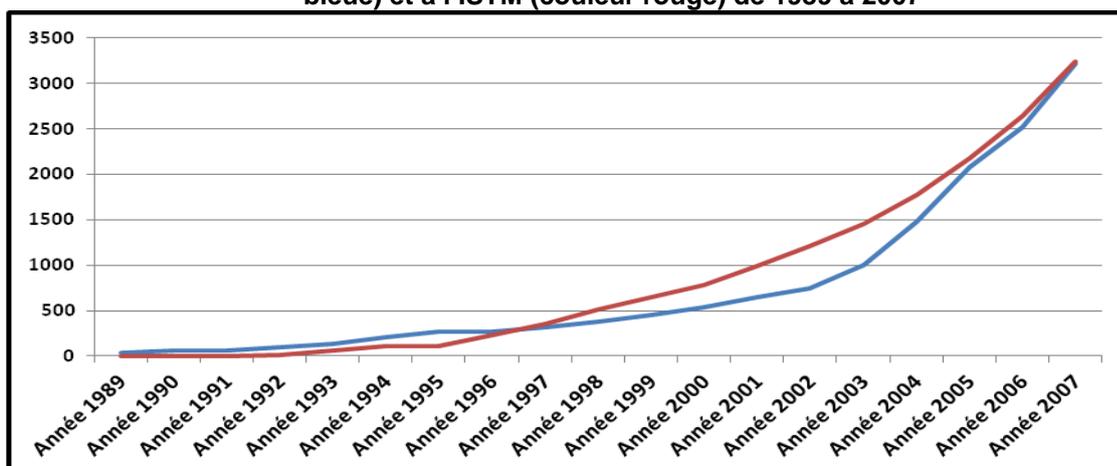
- 470 Instituts de Techniques Médicales (ITM) et Instituts d'Enseignement Médical (IEM) ont été inventoriés contre 255 en 1998 (soit une augmentation de 84%),
- 108 Instituts Supérieurs de Techniques Médicales (ISTM) en 2008 contre 53 en 1998 (soit une augmentation de 103%),
- 39 facultés de médecine en 2008 contre 3 en 1998 (soit une augmentation de 1200%),
- Le nombre des médecins produits chaque année dépasse les deux milles et celui des infirmiers est au-delà de 4000.
- Près de 55% d'ITM/IEM ne forment que la filière des infirmiers, option hospitalière et 11 % organisent d'autres filières en plus ;
- 22% d'ITM/IEM ne remplissent pas les conditions de viabilité ; 25% d'ITM/IEM n'ont pas un lieu approprié de stage de formation.

On note donc une surproduction de certaines filières des professionnels de santé (Médecins, Infirmiers...) et une sous production de certaines autres (Pharmaciens, Techniciens en Radiologie, Techniciens en Laboratoire, nutritionnistes, kinésithérapeutes, techniciens d'assainissement, assistants en Pharmacie...).

On note également l'inadéquation de la formation par rapport aux besoins de soins de santé de la population. Ceci s'expliquerait en partie par le recours aux programmes de formation non adaptés, le cadre organisationnel de la dispensation des cours ne répondant pas aux normes, l'absence de lieux appropriés de stage, l'insuffisance qualitative et quantitative des enseignants, l'absence d'écoles modèles pour le recyclage et pour tester les programmes de formation, etc.

La figure ci-dessous montre l'incidence cumulée du nombre de médecins et infirmiers de niveau supérieur produits à Lubumbashi entre 1989 et 2007. On constate une évolution quasi exponentielle à partir de 1999- 2000

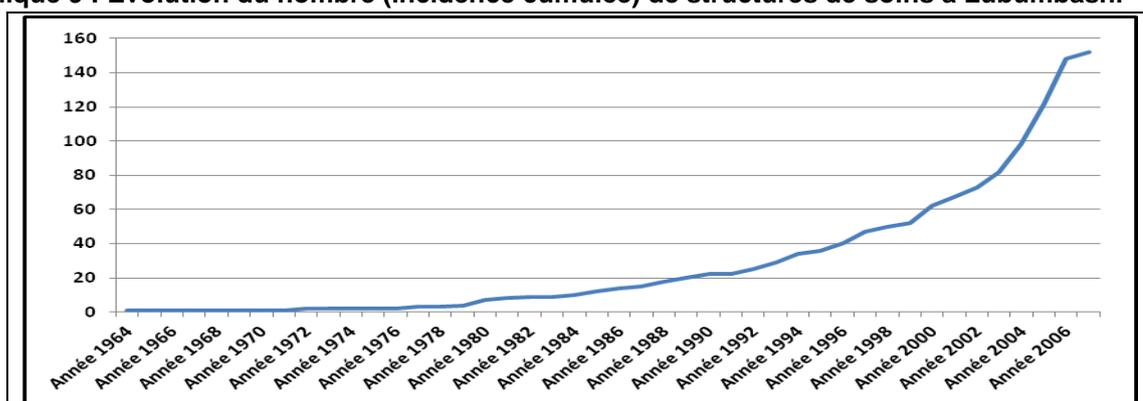
Graphique 8 : Evolution du nombre de diplômés (incidence cumulée) en médecine (couleur bleue) et à l'ISTM (couleur rouge) de 1989 à 2007



Source : Division provinciale de la Santé du Katanga

Cette tendance est superposable à celle observée dans l'implantation des structures de santé de premier contact dans la même ville.

Graphique 9 : Evolution du nombre (incidence cumulée) de structures de soins à Lubumbashi



Source : Division provinciale de la Santé du Katanga

A l'opposé de cette surproduction, on note une insuffisance dans la production de certaines catégories, notamment le personnel médico-technique. Il s'agit là d'une conséquence du déséquilibre dans l'organisation de filières de formation.

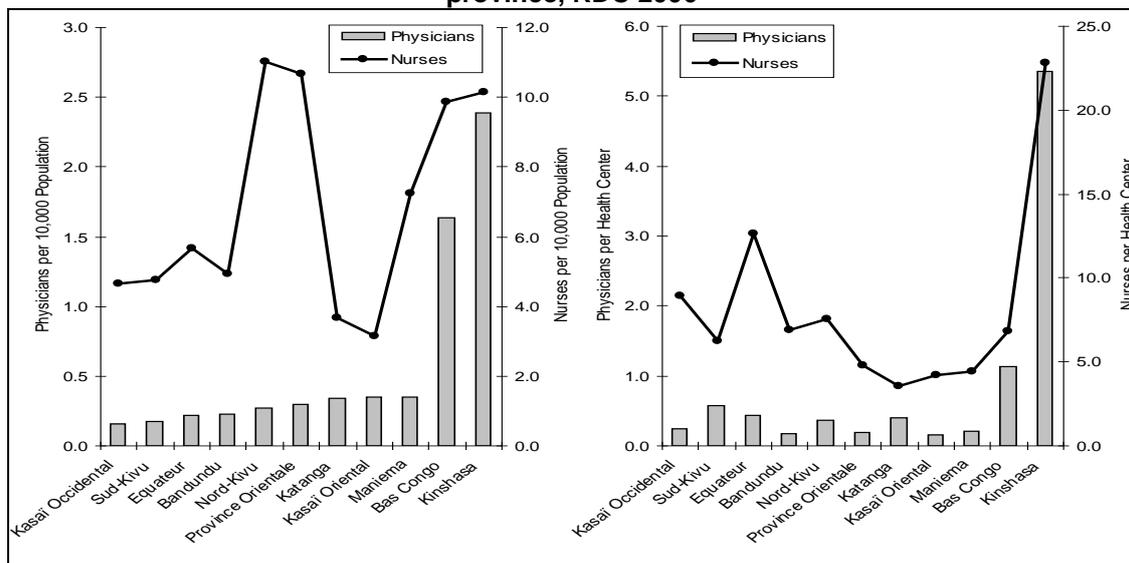
Il existe des filières qui sont organisées exclusivement dans certaines provinces, la santé mentale au Nord Kivu, le technicien en soins bucco-dentaires dans la Province Orientale, le technicien d'assainissement à Kinshasa et au Katanga, et enfin l'assistant en pharmacie à Kinshasa, au Katanga et au Bas-Congo. Il en est de même de la filière accoucheuse A2 organisée uniquement dans le Bas-Congo, le Katanga, la Province Orientale et le Nord-Kivu. Ceci a comme corollaire, la sous production des certaines catégories des professionnels de santé.

7- MAUVAISE REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES PERSONNELS DE SANTE

La répartition non équitable des RHS entre provinces et entre le milieu rural et urbain dans une même province est un autre problème que pose la gestion des ressources humaines en santé en RDC.

Les données disponibles au niveau du ministère de la Santé publique montrent que le nombre de médecins pour 10 000 habitants était en moyenne de 6 avec des extrêmes qui variaient entre 0,2 pour la province du Kasai Occidental et 8 pour Kinshasa en 2006. Au cours de la même année, la moyenne du personnel infirmier pour 10 000 habitants se situait à environ 3,5 avec des extrêmes allant de 1,3 pour la province du Kasai Occidental et 11 pour la province du Nord Kivu comme le montre le graphique suivant :

Graphique 1 : Nombre de médecins et d'infirmiers fonctionnaires pour 10.000 habitants (graphique de gauche) et par centre de santé public fonctionnel (graphique de droite) par province, RDC 2006

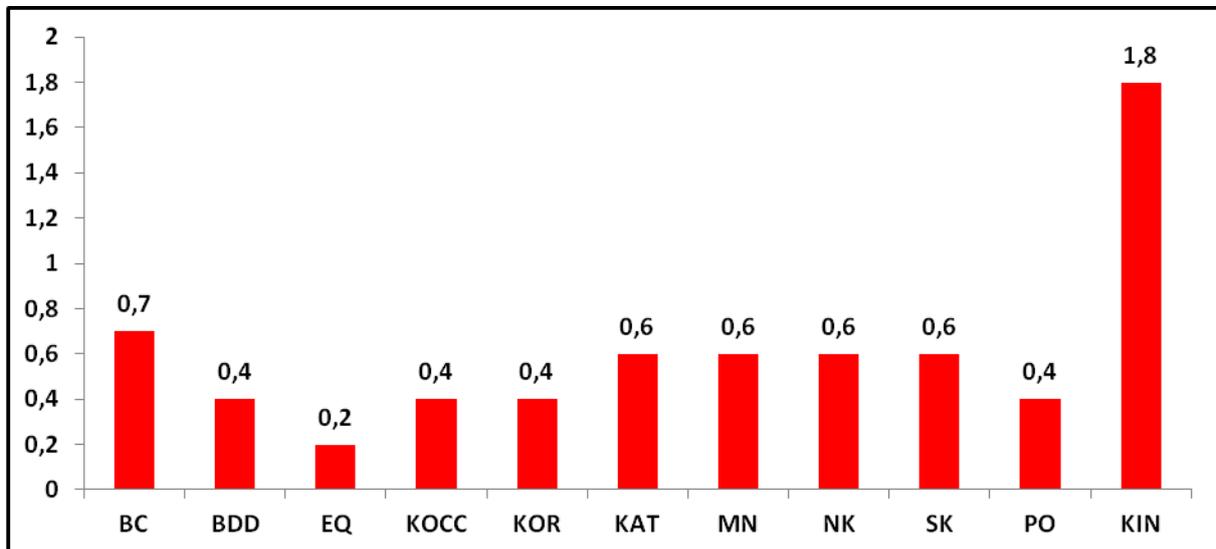


Source : Revue des dépenses publiques

En 2009, la densité de médecins pour 10 000 habitants varie entre 0,2 à l'Equateur et 1,8 à Kinshasa. Ceci confirme non seulement la forte instabilité des RHS (du fait des migrations internes et externes), mais aussi la persistance de la répartition inéquitable des RHS entre les provinces.

Le graphique ci-dessous reprend la densité des médecins par province en 2009.

Graphique 2 : Densité des médecins par province dans le secteur public (2009)



Source : Direction des services généraux et des ressources humaines du Ministère de la Santé Publique

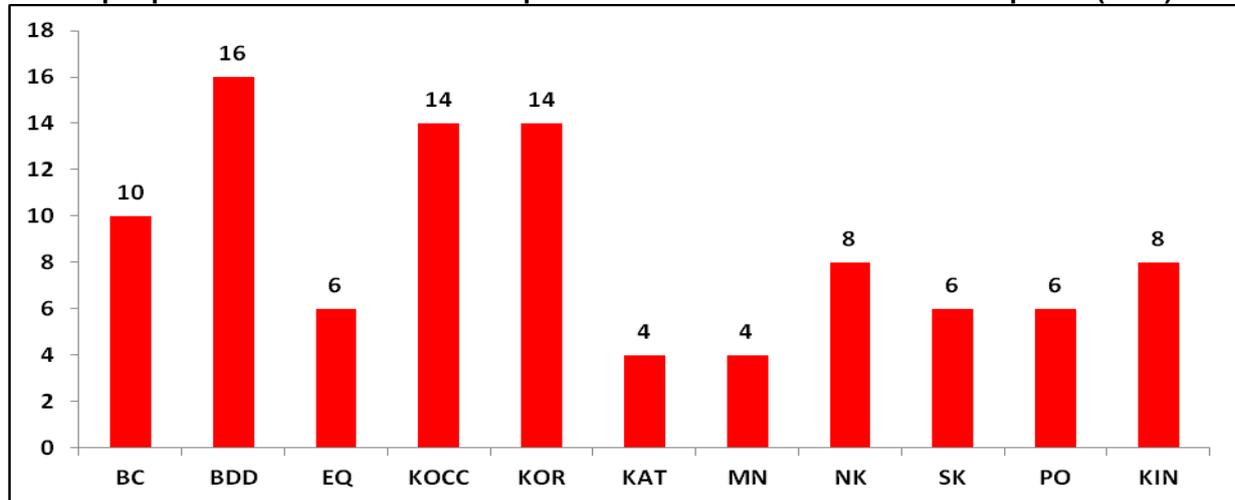
L'instabilité constatée dans la catégorie du personnel médical est aussi observée dans celles des infirmiers où la densité pour 10 000 habitants par province varie dans tous les sens d'une année à une autre. La Ville province de Kinshasa qui avait 9 infirmiers pour 10 000 habitants n'en a plus que 8 en 2009, tandis que le Bandundu qui en avait environ 6 en 2006 en a 16.

Ces mouvements très importants des RHS sont valables pour toutes les provinces du pays. Les RHS semblent être dans une recherche continue de meilleures conditions de vie et de travail. La rémunération du personnel, bien qu'en augmentation, est toujours insignifiante. Les avantages sociaux, jadis octroyés au personnel, ne le sont plus depuis des décennies.

Les stratégies de rétention et de fidélisation du personnel de santé tel que l'octroi des primes de brousses et d'éloignement, le logement du personnel, les soins médicaux et la scolarité, développées par certains projets/programmes de santé méritent une réappropriation par le Gouvernement et une extension à tous les niveaux dans les prochaines années.

Le graphique ci-dessous montre la répartition du personnel infirmier dans les différentes provinces du pays.

Graphique 3 : Densité des infirmiers pour 10.000 habitants dans le secteur public (2009)



Source : Direction des services généraux et des ressources humaines du Ministère de la Santé Publique

8-FORTE INSTABILITE DU PERSONNEL LIEE A LA REMUNERATION

L'insuffisance de rémunération du personnel a conduit, dans une logique d'appui aux interventions spécifiques, à la mise en place des systèmes de primes de performance et d'autres modes de rétribution par per-diem, dont les effets pervers sur le personnel et les services ne se sont pas fait attendre. Les activités de formation continue se multiplient pour parfois les mêmes personnes, activités concentrées au niveau de l'équipe cadre au détriment de prestataires de services qui ont en charge l'organisation et la production de soins de qualité.

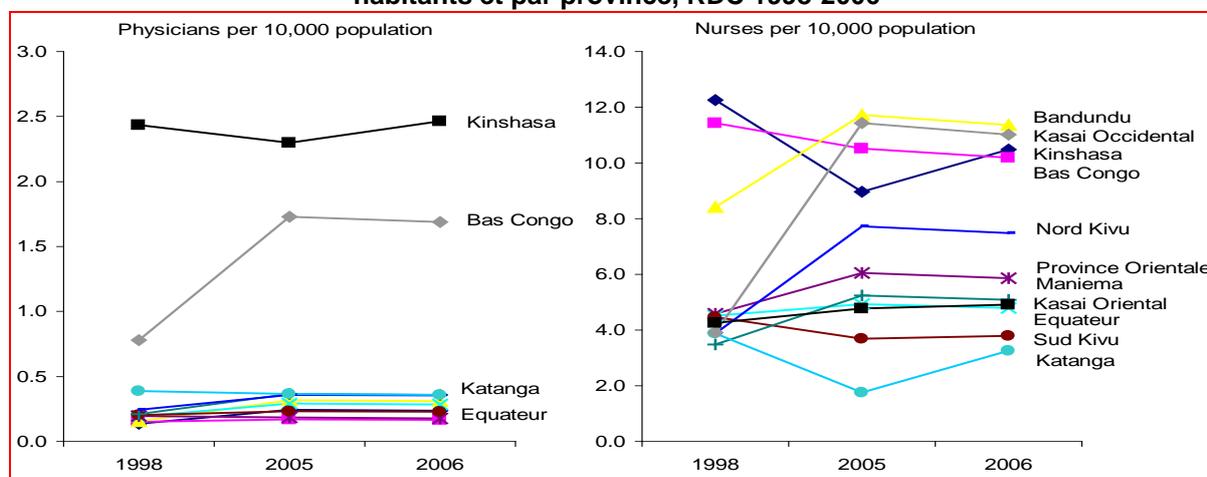
Ce système amène inexorablement au paiement à l'acte tant pour les activités relatives à l'offre des soins que pour les activités d'appui (formation, supervision, rapport d'activités.....), système tout à fait en contradiction avec une approche globale de la santé, de la responsabilisation qui induit la conscience et la motivation à mieux faire le travail. Ce système détruit au contraire le principe de solidarité retenu dans la Politique Nationale de Santé. Il y a lieu d'envisager le paiement de la prime spéciale de fonction en complément de salaires indécentes actuellement payés par l'état et d'améliorer les conditions de travail pour garantir la production de services et soins de qualité.

La modicité des salaires actuellement payés par la Fonction Publique est un autre facteur qui compromet sérieusement la mise en œuvre de notre politique de santé basée sur les soins de santé primaires et la réalisation d'autres priorités tant nationales qu'internationales (OMD).

En effet, outre le fait de renforcer la stratégie de survie mentionnée plus haut, le caractère non attractif des salaires payés crée une instabilité du personnel qui se trouve ainsi dans une recherche continue du plus offrant. Les migrations internes et externes du personnel de santé deviennent ainsi une menace non négligeable pour l'offre et la qualité des soins en RDC.

Les différents projets financés par l'aide extérieure et les initiatives sanitaires débauchent les agents de services publics et leur proposent des conditions de travail cinq à dix fois supérieures à celles offertes par le Gouvernement, ce qui crée une instabilité sans précédent du personnel. Le graphique 8 met en évidence les tendances des effectifs de médecins et infirmiers par province entre 1998 et 2006.

Graphique 13 : Tendances des effectifs de médecins et infirmiers fonctionnaires pour 10.000 habitants et par province, RDC 1998-2006



Source : Ministère de la Santé Publique : Revue des dépenses publiques, 2008

La province du Bas Congo a plus que doublé la densité de ses médecins pour 10 000 habitants entre 1998 et 2006, passant d'environ 0,7 médecin pour 10 000 habitants à 1,7 médecin au cours de cette période. L'instabilité constatée dans la catégorie du personnel médical est aussi observée dans celles des infirmiers où la densité pour 10 000 habitants par province varie dans tous les sens d'une année à une autre.

En effet, au cours de la même période, le ratio infirmier dans la ville province de Kinshasa est passé de 12 pour 10.000 habitants à 8 en 2005, puis à 11 en 2006. Le Katanga a perdu plus de la moitié du personnel infirmier entre 1998 et 2005. Par contre le Kasai Occidental a triplé la densité de cette catégorie des professionnels de santé entre 1998 et 2005.

Le nombre de médecins congolais inscrits au tableau de l'ordre des médecins en Afrique du Sud était de plus de 2000 en 2006. Une bonne partie était en attente de d'être inscrite. Par ailleurs, on trouve des médecins congolais dans tous les pays de l'Afrique Australe (Angola, Zambie, etc.) et dans plusieurs pays d'Europe et d'Amérique du Nord.

9- UTILISATION INSUFFISANTE DES RHS PRODUITS

La RD Congo se caractérise par une utilisation pléthorique du personnel dans le secteur de la santé. Cette situation est la conséquence de la libéralisation de la formation qui autorise l'organisation de la formation aux privés et autres associations sans but lucratif.

Les conséquences de ce genre sont nombreuses entre autre la faible qualité des soins, l'ouverture des structures sanitaires par des professionnels de santé en chômage. Néanmoins, la production des normes nationales de dotation en ressources humaines sera un miroir pour évaluer la pénurie ou non des professionnels de santé.

En conclusion, la RD Congo a comme problèmes prioritaires :

- 1. La surproduction RHS du niveau secondaire et universitaire** (infirmiers et médecins) menace l'organisation des services de santé du fait d'une part de la qualité du personnel formé qui n'est pas garantie et, d'autre part du fait que le personnel en surplus. Elle est en partie responsable de l'ouverture anarchique des formations sanitaires privées de premier contact dont le nombre est de fois largement supérieur aux normes.

2. **L'instabilité des RHS est devenue inquiétante.** Elle menace l'offre et la qualité des soins et entretient l'inégalité dans la répartition de ces dernières entre provinces et dans une même province entre le milieu urbain et rural.
3. **La gestion des carrières des RHS est déficiente.** Les besoins en RHS ne sont pas connus ni pour le court, ni pour le moyen terme. Il y a inadéquation entre les postes et les profils des personnes. Dans plusieurs formations médicales existent de la pléthore du personnel du fait que la fonction publique a arrêté la mise en retraite du personnel pendant plusieurs années.
4. **Le système de formation continue est déficitaire.** Il y manque les documents normatifs et les outils de suivi et évaluation. Les formations sélectives selon les besoins des programmes spécialisés menacent la mise en place des services de santé qui offrent des soins de santé de qualité (globaux, continus, intégrés, efficaces, etc.).
5. **Le non respect des procédures de la Fonction Publique et la non rationalisation des RHS**

1.2.1 Problèmes prioritaires

Il ressort de l'analyse situationnelle que le développement des ressources humaines pour la santé est une condition incontournable à l'amélioration du système de santé. Les défis majeurs qui interpellent le Réseau Vision Tokyo 2010 sont dès lors: i) la production insuffisante des RHS notamment le personnel paramédical ; ii) la rétention des personnels de santé dans les zones difficiles ; iii) l'inégale répartition des personnels de santé ; iv) les insuffisances en matière de planification dans le domaine des RHS liés à la défaillance du système d'information (logiciel de GRH).

Le problème de production des personnels paramédicaux

La production des RHS concerne principalement la formation initiale :

- les institutions de formation professionnelle paramédicale qui ciblent les agents paramédicaux (infirmiers, sages-femmes, agents d'hygiène, techniciens de laboratoire de prothèse dentaires, préparateurs en pharmacie, assistants et aides sociaux) ;

- les instituts universitaires qui forment les médecins, les pharmaciens et les chirurgiens dentistes.

La formation initiale des paramédicaux est assurée par des écoles publiques et des écoles privées. Les autorisations d'ouverture des écoles privées ne sont pas toujours du ressort du Ministère en charge de la Santé.

L'analyse de la fonction formation de base des personnels para médicaux au sein de l'espace du RVT 2010 révèle que les Ministères en charge de la Santé n'ont pas une maîtrise totale du contrôle de la qualité de l'enseignement fourni par ces écoles privées ni de la quantité d'agents à former.

En matière de politique en production de RHS, il n'existe pratiquement pas de document stratégique renseignant sur les conditions et les mécanismes de la formation initiale, les conditions d'ouverture et de répartition des écoles de formation sur le territoire national. Il s'en suit des créations anarchiques d'écoles privées.

La conséquence immédiate est une pléthore de ces écoles qui sont beaucoup plus animées par les rentrées financières que le développement du secteur de la santé. La qualité des enseignants fait aussi défaut. C'est ainsi que de 2000 à 2010, par exemple au Sénégal et en RDC le nombre d'élèves est passé de 10 à plus de 30 fois le nombre d'enseignants.

Les facteurs de production des RHS sont beaucoup plus liés à la capacité de formation des écoles qu'à la demande du marché de l'emploi. En outre, le contrôle pédagogique est très timide de même que le système d'accréditation.

Avec le relèvement du niveau de recrutement pour la formation des infirmiers et des sages femmes au baccalauréat, des réaménagements sont nécessaires. Il faut envisager le recrutement d'enseignants et d'encadreurs compétents pour une formation de qualité.

La rétention des personnels de santé dans les zones difficiles

Les pays en voie de développement membres du réseau sont classés parmi les Pays Pauvres et très endettés. Cependant, pour minimiser les effets de cette pauvreté et dégager les axes de réflexion pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement, les autorités se sont résolument orientées, depuis plusieurs décennies, vers une politique de santé basée sur une approche programme traduite à travers les Plans Nationaux de Développement des Sanitaire (PNDS).

Depuis toujours, nos pays connaissent, un déficit accru en personnel de santé, qui se ressent beaucoup plus en milieu rural notamment dans les zones dites difficiles. Par ailleurs, les catégories socio professionnelles telles que les Infirmiers et les Sages-femmes d'Etat, enregistrent le plus grand déficit dans les régions d'accès difficile.

La couverture des zones difficiles en personnels se présente de nos jours comme une contrainte majeure pour le secteur de la santé. En effet, malgré les mesures prises, des postes de santé restent fermés, faute de personnel.

Les autorités ne parviennent pas encore à doter en personnels et de manière satisfaisante, les structures de santé implantées dans les zones rurales enclavées, difficiles d'accès ou tout simplement éloignées des capitales. C'est ainsi qu'à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, on a souvent constaté l'aspect d'un refus passif du travail qui se manifeste par une faible implication des agents dans leur environnement professionnel; en effet, le salarié qui manque de motivation ne donne plus de sens à son activité ; cette désaffection pour le travail prend un relief tout particulier chez les agents de l'Etat en général et singulièrement chez le personnel de la Santé Publique.

Ces inégalités ont une influence négative sur l'extension des soins de santé primaires notamment la couverture vaccinale et la survie du nouveau né et de l'enfant. Certains pays ont tenté d'apporter certaines solutions. Malgré tout, force est de constater qu'il y a une inadéquation du système de motivation par rapport à la productivité attendue des agents.

Il convient alors de réfléchir sur un nouveau système de motivation mieux adapté, centré sur la performance des agents du secteur de la santé et de leur position géographique par rapport à la capitale.

L'inégale répartition des personnels de santé : mise en place d'un guide mobilité dans le RVT

Les ressources humaines, comme toutes les ressources, tendent à se raréfier. La problématique de sa gestion efficiente est plus que cruciale. Dès lors, il convient d'en faire une bonne utilisation au risque de voir s'installer une démotivation et une frustration qui aboutit parfois à la « nomadisation des carrières ».

La notion de mobilité recouvre les mouvements de personnel aussi bien à l'intérieur d'une organisation que d'une organisation à l'autre, ainsi que les changements de groupe professionnel et de lieu d'affectation. Elle est une caractéristique fondamentale de la Fonction publique, qui repose sur des valeurs et des principes communs.

Dans le secteur de la santé, la mobilité des personnels concerne tous les corps médical, paramédical et administratif. A cet effet, les Ministères chargé de la Santé devraient faire de la mobilité un instrument de répartition rationnelle de ses ressources humaines pour une utilisation judicieuse. Ainsi, une mobilité efficiente des personnels de santé pourrait contribuer à la performance des structures sanitaires et des agents.

Outil de mise en oeuvre des Plans Nationaux de Développement des Ressources Humaines en Santé (PNDRHS), le guide de la mobilité professionnelle a pour ambition de jouer un rôle déterminant dans la valorisation et la mobilité des compétences, à travers une gouvernance concertée et par des pratiques reconnues et acceptées de tous.

Dans leur stratégie d'amélioration de l'accès aux services de santé, les Ministères chargés de la Santé, doivent se fixer comme objectif d'assurer une couverture minimale en Soins de Santé Primaires à l'ensemble de la population.

Des progrès notables ont certes été réalisés, mais la couverture sanitaire qui dépend surtout de la distribution des personnels de santé reste insuffisante et inéquitable. L'affectation des agents ne se fait pas toujours sur des critères objectifs faute d'un tableau de bord qui aurait l'avantage de donner une situation claire des différents postes vacants et des effectifs réels en temps réel.

Les insuffisances en matière de planification dans le domaine des RHS liés à la défaillance du système d'information (logiciel de GRH)

L'un des points critique de la crise des RHS dans les pays du RVT concerne la défaillance du système d'information national sur les RHS (SINRHS). Et au cœur de cette problématique se trouve le logiciel de gestion des ressources humaines de santé.

En effet, dans bien des pays, soit l'on en est encore à une gestion manuelle des RHS, soit l'on a développé un logiciel de gestion des ressources humaines qui paraît inadéquat. Pour l'heure, aucun pays n'a réussi à mettre en route un logiciel accessible sur environnement web à l'effet de finir en temps réel l'information requise sur les RHS. Or, sans un SINRHS efficace, il ne peut pas y avoir de données fiables pour la planification, la prise de décision et le suivi des plans stratégiques.

C'est le SINRHS qui fournit les informations stratégiques nécessaires pour le plaidoyer basé sur l'évidence. Il permet en outre de créer une base de données actualisées et complète sur les personnels de santé et facilite la collecte et l'analyse des informations pour le suivi de l'évolution des RHS. C'est aussi sur cette base que pourront être initiés des études et travaux de recherche opérationnelle pour le développement des RHS

L'acquisition et l'utilisation dans l'espace du réseau d'un logiciel de GRH adapté, paraissent donc capitales et requièrent l'accompagnement de PTFs.

CONCLUSION

Le Plan stratégique du RVT 2010 pour le développement des Ressources Humaines en Santé s'inscrit dans la vision des politiques nationales de santé des pays membres. Il repose sur une politique de RH visant un espace où les plans de production des RHS sont coordonnés et cohérents, la répartition est faite sur une base démocratique, les mesures incitatives sont favorables à la rétention des personnels de santé dans les zones difficiles et où la prise de décision en matière de GRH est basée sur des informations fiables et une bonne planification.

Eu égard à ces considérations et compte tenu des contacts à prendre par ailleurs, l'objectif général du RVT 2010 est de réaliser une mobilisation des PTF à l'échelle internationale pour la mise en œuvre des activités qui vont contribuer à solutionner ces défis identifiés.

De façon spécifique, il s'agira de

- mobiliser les ressources pour financer les études retenues à savoir la cartographie des institutions de formation, les stratégies de couverture des zones difficiles en RHS, la mobilité des personnels et la planification avec l'appui d'un logiciel de GRH ;
- assurer le suivi évaluation des activités financées.

Face à la nécessité de trouver des solutions aux problèmes prioritaires identifiés aux fins d'assurer l'équité en matière de prestations de soins sanitaires, le RVT 2010 espère que ce dossier soumis à votre appréciation sera traité avec toute la diligence souhaitée.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Benin** : Profil des ressources humaines en sante 2010, mars 2011.
2. **Burkina-Faso** : Plan National de Développement Sanitaire 2011-2020, juin 2011 ; Annuaires statistiques 2011, 2012 ; Recensement Général du Personnel du Ministère de la Santé 2010, Document d'analyse
3. **Côte d'Ivoire** : Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du secteur de la Santé en Côte d'Ivoire 2009-2013, septembre 2008
4. **Mali** : Plan National de Développement Sanitaire 2003 –2012, aout 2003 ; Enquête Démographique et de Santé du Mali -2006 ; Politique Nation de Développement des Ressources Humaines en Santé, décembre 2009 ; Profil des ressources humaines en santé 2010, avril 2011.
5. **Niger** : DRH, synthèse de l'analyse de situation des ressources humaines au Niger, 21 pages
6. **Togo** : Plan National de Développement Sanitaire PNDS 2009-2013, février 2009
7. **Sénégal** : Plan National de Développement Sanitaire PNDS 2009-2018, janvier 2009
8. **RDC** : Plan National de Développement des Ressources Humaines de la Santé 2011-2015, mars 2011

TABLE DES MATIERES

PREFACE	2
REMERCIEMENTS	2
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	4
LISTE DES TABLEAUX	5
LISTE DES GRAPHIQUES	6
1- CONTEXTE DE LA MISE EN PLACE DU RESEAU « VISION TOKYO 2010 »	7
2- BIOGRAPHIE DE L'ESPACE COUVERT PAR LE RESEAU	9
2.1 Profil démographique	10
2.2 Le profil économique	10
2.3 Le profil épidémiologique.....	11
3- ANALYSE SITUATIONNELLE DES RHS DES PAYS DU RVT 2010 ».....	12
3.1 Schéma d'analyse selon le « House Model »	12
3.2 Analyse situationnelle par pays selon le « House Model »	14
3.2.1 BENIN	14
a. La faible disponibilité des RHS	14
b- L'insuffisance du financement en RHS.....	16
c- Un cadre légal et réglementaire assez fourni	16
d- Les faiblesses en matière de planification.....	17
e- La faible capacité institutionnelle pour la gestion des ressources humaines	18
f- Une production en RHS insuffisante	19
g- La mauvaise répartition géographique des personnels de santé.....	22
h- La Faible rétention des personnels de santé.....	25
i- Une utilisation insuffisante des RHS produits.....	26
j- Dispositifs de concertation et de monitoring insuffisants	27
3.2.2 BURKINA FASO	27
3.2.3 COTE D'IVOIRE	29
a. Le problème de disponibilité des RHS: une pénurie graduelle du personnel paramédical et un déficit en personnel médical spécialiste	29
b- Un financement en RHS insuffisant	30
c- Un cadre légal et réglementaire inadéquat.....	31
d- Une faiblesse en matière de planification.....	31
e- La faible capacité institutionnelle des ministères en charge de la santé	31
f- Une production en RHS insuffisante	32
g- La mauvaise répartition géographique des personnels de santé.....	33
h- La Faible rétention des personnels de santé.....	34

3.2.4 MALI	35
a. La production en RHS	35
b. La disponibilité en RHS	36
c. La répartition géographique des personnels de santé.....	38
d. Faible rétention des personnels de santé	39
e. La planification stratégique des RHS au Mali.....	40
f. Le Système d'information en Ressource Humaines de la Santé	41
g. Problème institutionnel pour la gestion des RHS	41
3.2.5 NIGER	42
a. Une faible disponibilité des RHS.....	42
b. Un financement en RHS insuffisant	43
c. La problématique de la production des RHS.....	44
d. Les problèmes institutionnels liés à la gestion des RHS	45
e. La mauvaise répartition géographique des personnels de santé.....	46
f. La Faible rétention des personnels de santé	47
3.2.6 TOGO	48
a. Une faible disponibilité des RHS.....	48
b- Un financement en RHS insuffisant	49
c- Un cadre légal et réglementaire inadéquat.....	50
d- La faiblesse en matière de planification	50
e- La faible capacité institutionnelle pour la gestion des RHS	51
f. Une production en RHS insuffisante	52
g. La mauvaise répartition géographique des personnels de santé.....	55
h. La Faible rétention des personnels de santé	57
i. Une utilisation insuffisante des RHS produits	57
3.2.7 SENEGAL.....	57
a. Une faible disponibilité des RHS.....	57
b- Un financement en RHS insuffisant	59
c- Un cadre légal et réglementaire inadéquat.....	59
d- Une faiblesse en matière de planification.....	60
e- Une faible capacité institutionnelle des ministères en charge de la santé	60
f. Une production en RHS insuffisante	61
g. Une faible utilisation des RHS produites.....	61
h. Une mauvaise répartition géographique des personnels de santé.....	62
i. Une faible rétention des personnels de santé.....	62
j. Un monitoring irrégulier	63
3.2.8 RDC.....	63

1- FAIBLE DISPONIBILITE DES RHS	64
2- FINANCEMENT EN RHS INSUFFISANT	65
3- CADRE LEGAL ET REGLEMENTAIRE INADEQUAT	65
4- FAIBLESSE EN MATIERE DE PLANIFICATION	66
5- FAIBLE CAPACITE INSTITUTIONNELLE DES STRUCTURES EN CHARGE DE DES RHS.....	66
6- SURPRODUCTION EN PERSONNEL DE SANTE	67
7- MAUVAISE REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES PERSONNELS DE SANTE	70
8-FORTE INSTABILITE DU PERSONNEL LIEE A LA REMUNERATION	72
9- UTILISATION INSUFFISANTE DES RHS PRODUITS	74
1.2.1 Problèmes prioritaires	75
CONCLUSION	80
BIBLIOGRAPHIE.....	81