

REPUBLIQUE DU BENIN  
*Ministère de la Santé*

**PLAN STRATEGIQUE DE DEVELOPPEMENT  
DES RESSOURCES HUMAINES DU SECTEUR  
SANTÉ  
2009-2018**

*Cotonou, décembre 2008*

# TABLE DES MATIERES

<i>LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES</i> .....	4
<i>PREFACE</i> .....	6
<i>RESUME</i> .....	8
<i>CHAPITRE I : INTRODUCTION GENERALE</i> .....	11
1.1 <b>Justification</b> .....	11
1.2 <b>Objectifs du PSDRHSS</b> .....	11
1.2.1 Objectif général :.....	11
1.2.2 Objectifs spécifiques.....	12
1.3 <b>Méthodologie</b> .....	12
<i>CHAPITRE II CONTEXTE</i> .....	14
2.1 <b>Données démographiques</b> .....	14
2.2 <b>Données sanitaires</b> .....	15
2.2.1 Pyramide sanitaire.....	15
2.2.2 Nombre de structures de soins.....	15
2.2.3 Situation sanitaire du pays.....	16
<i>CHAPITRE III : ANALYSE DE LA SITUATION DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTE</i> .....	18
3.1 <b>La politique et la planification des ressources humaines</b> .....	18
3.1.1 L'évolution des effectifs.....	18
3.1.2 Les besoins de ressources humaines en santé.....	20
3.1.2.1 <i>Normes de ressources humaines en santé</i> .....	20
3.1.2.1.1 <i>Les modèles de normes de ressources humaines en santé</i> .....	20
3.1.2.1.2 <i>Les normes en matière d'effectifs de personnel de santé au Bénin</i> .....	20
3.1.2.2 <i>Evaluation des besoins pour combler les postes vacants en 2008</i> .....	23
3.1.2.3 Projections des besoins de ressources humaines en santé.....	25
3.1.2.3.1 <i>Les départs à la retraite et autres déperditions</i> .....	26
3.1.2.3.2 <i>Estimation des besoins pour la période 2009-2018</i> .....	27
3.1.3 Coût de la couverture des besoins en personnel.....	28
3.1.4 Situation actuelle des dépenses des ressources humaines en santé.....	30
3.1.5 Effectif de ressources humaines en santé recrutées au cours des dernières années.....	31
3.1.6 Principales faiblesses liées à la politique et à la planification des ressources humaines en santé.....	32
3.2 <b>La production et le développement des compétences</b> .....	32
3.2.1 Formation initiale et spécialisation.....	32
3.2.2 Formation continue du personnel.....	34
3.2.3 Les coûts des formations dans les établissements nationaux de formation des ressources humaines en santé.....	35
3.2.4 Principales faiblesses liées à la production et au développement des compétences.....	35
3.3 <b>La motivation des ressources humaines en santé</b> .....	36
3.3.1 Accentuation de la démotivation chez le personnel.....	36
3.3.2 Exode des cerveaux et migration des cadres du milieu rural vers le milieu urbain.....	36

3.3.3 Principales faiblesses liées à la motivation des ressources humaines en santé .....	37
<b>3.4 La gestion et le suivi des carrières</b> .....	38
3.4.1 Dispositifs institutionnels en charge de la gestion des ressources humaines en santé.....	38
3.4.2 Gestion des parcours professionnels.....	38
3.4.3 Représentation du personnel et relations avec les partenaires sociaux.....	39
3.4.4 Principales faiblesses liées à la gestion et au suivi des carrières.....	39
<b>3.5 La prévention et la gestion des risques professionnels</b> .....	39
3.5.1 Situation actuelle.....	39
3.5.2 Principales faiblesses liées à la prévention et à la gestion des risques professionnels.....	40
<b>CHAPITRE IV : CADRE STRATEGIQUE ET COUT</b> .....	41
<b>CHAPITRE V : MISE EN ŒUVRE ET SUIVI-EVALUATION</b> .....	73
<b>5.1 Coût de la mise en œuvre</b> .....	73
<b>5.2 Sources de financement</b> .....	74
<b>5.3 Organes de coordination et Outils nécessaires</b> .....	74
5.3.1 Au niveau central.....	74
5.3.2 Au niveau intermédiaire.....	76
5.3.3 Au niveau périphérique.....	76
5.3.4 Rôles des partenaires .....	77
<b>5.4 Suivi et évaluation</b> .....	77
<b>5.5 Le calendrier d'exécution</b> .....	78
<b>5.6 Opportunités et contraintes de la mise en oeuvre</b> .....	78
<b>5.7 Plan de communication et de marketing du PSDRHSS</b> .....	79
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	81
<b>ANNEXE 1 : COMITE TECHNIQUE ET COMITE D'ORIENTATION ET DE SUIVI</b> .....	82
<b>ANNEXE 2 : SITUATION DES BESOINS EN PERSONNEL MEDICAL</b> .....	83
<b>ANNEXE 3 : SITUATION DES BESOINS EN PERSONNEL PARA-MEDICAL</b> .....	91

## Liste des Abréviations et Acronymes

ACE	:	Agent Contractuel de l'Etat
AMS	:	Agents payés sur fonds "Mesures Sociales"
APE	:	Agent Permanent de l'Etat
BAC	:	Baccalauréat de l'enseignement du second degré
BEPC	:	Brevet d'Etudes du Premier Cycle
CAR	:	Chargé de l'Administration des Ressources
CAS	:	Contrôleur d'Action Sanitaire
CEP	:	Certificat d'Etudes Primaires.
CHD	:	Centre Hospitalier Départemental
CHU	:	Centre Hospitalier et Universitaire
CSA	:	Centre de Santé d'Arrondissement
CSCom	:	Centre de Santé de Commune
DDS	:	Direction Départementale de la Santé
DH	:	Direction des Hôpitaux
DIEM	:	Direction des Infrastructures des Equipements et de la Maintenance
DPP	:	Direction de la Programmation et de la Prospective
DRFM	:	Direction des Ressources Financières et du Matériel
DSF	:	Direction de la Santé Familiale
DSIO	:	Direction des Soins Infirmiers et Obstétricaux
DRH	:	Direction des Ressources Humaines
EEZS	:	Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire
ENAS	:	Ecole Nationale des Aides Sociaux du Bénin
ENIIEB	:	Ecole Nationale des Infirmiers et Infirmières d'Etat du Bénin
ENTS	:	Ecole Nationale des Techniciens Sanitaires du Bénin
ENAM	:	Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature
ENSFEB	:	Ecole Nationale des Sages-femmes d'Etat du Bénin
EPAC	:	Ecole Polytechnique d'Abomey-Calavi
ETLAM	:	Ecole des Techniciens de Laboratoire et Analyses Biomédicales
FED	:	Fonds Européen de Développement
FM	:	Faculté de Médecine
FSS	:	Faculté des Sciences de la Santé
GRH	:	Gestion des Ressources Humaines
HZ	:	Hôpital de Zone
IAS	:	Inspecteur d'Action Sanitaire
IDE	:	Infirmier Diplômé d'Etat
INMES	:	Institut National Médico-Social
INSAE	:	Institut National de Statistique et d'Analyse Economique
IRSP	:	Institut Régional de Santé Publique
MEF	:	Ministère de l'Economie et des Finances
MESRS	:	Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
MS	:	Ministère de la Santé
MTFP	:	Ministère du Travail et de la Fonction Publique
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
PNLP	:	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLS	:	Programme National de Lutte contre le SIDA
PND	:	Plan National de Développement Sanitaire
PSDRHSS	:	Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du Secteur Santé

PNRRHSGCS:	Programme National de Renforcement des Ressources Humaines et des Structures de Gestion et de Coordination du Secteur Santé
RHS	: Ressources Humaines du secteur de la Santé
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SNIGS	: Système National d'Information et de Gestion Sanitaire
SRH	: Service des Ressources Humaines
UAC	: Université d'Abomey-Calavi
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UP	: Université de Parakou
ZS	: Zone sanitaire

## PREFACE

L'amélioration de la qualité des soins et par ricochet des indications de santé, dépend dans une large mesure des Ressources Humaines en Santé qui sont à n'en point douter en amont et en aval de toute action de développement.

Aussi, sa mobilisation constitue t-elle aujourd'hui une priorité majeure partagée par tous les acteurs de notre système sanitaire (acteurs internes et externes) ainsi que par tous nos partenaires techniques et financiers et mêmes par nos Partenaires Sociaux (Syndicats, Ordres, Association, etc...).

De même, ce regain d'intérêt pour la question des Ressources Humaines en Santé est facilement exprimé et figure en bonne place dans les divers documents d'orientation, de politiques et de stratégies de développement national tels que les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), les Orientations Stratégiques de Développement du Bénin, ainsi que le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS).

Cette même importance des ressources humaines a été soulevée par le Chef de l'Etat, **Docteur Boni YAYI** dans son discours d'investiture du 6 avril 2006.

Or les résultats de l'analyse de la situation des Ressources Humaines du Secteur de la Santé réalisée par le Comité Technique Chargé d'élaborer le Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du Secteur Santé (PSDRHSS), résultats confirmés par les conclusions des Etats Généraux du secteur santé tenus en novembre 2007, ont montré que le Bénin à l'instar de la plupart des pays africains au Sud du Sahara est confronté à de graves crises des Ressources Humaines en Santé caractérisées par de nombreux défis à relever. Ceux-ci se rapportent entre autres à l'insuffisance des effectifs en quantité et en qualité pour faire face aux nombreuses maladies telles que le paludisme, la tuberculose, le VIH SIDA et d'autres maladies dites émergentes telles que l'Ulcère de Burilil, à l'inadéquation de la production des professionnels de santé avec les besoins des services de santé, à la fidélisation des agents à leurs postes, à l'amélioration de la gestion des carrières, à la motivation du personnel et à la réduction de l'immigration du personnel liée à la recherche de meilleures conditions de travail.

Face à ces défis, le présent Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du Secteur Santé a identifié des Stratégies appropriées, et retenu un certain nombre d'actions idoines en vue de permettre à notre système de santé de sortir de sa situation actuelle, où nos principaux indicateurs de santé demeurent encore statiques, malgré les efforts substantiels déployés par le Gouvernement et nos partenaires techniques et financiers à travers les différentes réformes en cours , les constructions, les réhabilitations, l'équipement de nos hôpitaux et autres formations sanitaires .

Le Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du Secteur Santé est un document qui couvre une période de dix ans (2009-2018). Il a vu le jour grâce au concours appréciable de tous nos partenaires techniques et financiers notamment l'Organisation Mondiale de Santé (OMS), l'Union Européenne (8è FED), l'UNFPA que je me dois de remercier ici très sincèrement.

A un moment où le Gouvernement a l'ambition de donner une autre image plus moderne et plus attractive à notre système de santé à travers la mise en place d'un pôle d'excellence, l'instauration des mesures de gratuité de la césarienne, les ressources humaines en santé devront avoir une place de choix pour accompagner ces différentes réformes.

J'invite alors les acteurs internes et externes, les partenaires à divers niveaux, les responsables des structures et institutions chargées de la production, du recrutement, du financement et de l'utilisation des ressources humaines à conjuguer leurs efforts et à se mobiliser autour de la mise en œuvre des différentes stratégies et actions retenues dans le Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du Secteur Santé.



**Professeur Issifou TAKPARA**

## Résumé

Le Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du Secteur Santé (PSDRHSS) traduit la volonté politique des autorités sanitaires et des partenaires d'apporter des solutions appropriées aux multiples défis liés au développement des Ressources Humaines en Santé (RHS). Il est la concrétisation d'une démarche participative orientée vers la résolution des grands problèmes affectant la valorisation des RHS, résultat d'un exercice qui s'est exprimé à travers des travaux en atelier, des validations par les différents acteurs du secteur, tout cela avec l'appui des partenaires techniques et financiers du secteur santé

L'analyse de la situation actuelle des ressources humaines en santé a couvert les principaux domaines suivants : (i) la planification et la formulation de la politique des ressources humaines dans le contexte de la politique nationale de développement sanitaire ; (ii) la production des ressources humaines au plan de l'éducation, de la formation et du développement des compétences ; (iii) la motivation des ressources humaines en santé ; (iv) la gestion et le suivi des carrières des ressources humaines en santé ; (v) la prévention et la gestion des risques professionnels des ressources humaines en santé. Cette analyse de la situation des cinq principaux piliers de la gestion des ressources humaines en santé a permis d'identifier des faiblesses qui constituent des contraintes pour le développement des ressources humaines en santé.

L'objectif général du Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du Secteur Santé (PSDRHSS) est de contribuer au développement d'un système de santé répondant aux besoins et aux aspirations de la population par la mise à disposition de travailleurs qualifiés en quantité suffisante.

Les objectifs spécifiques du PSDRHSS sont de : (i) promouvoir la planification du personnel de santé en rapport avec les besoins de la population ; (ii) produire les différentes catégories de personnel requis par l'utilisation optimale des opportunités à l'intérieur et à l'extérieur du pays ; (iii) assurer une distribution rationnelle du personnel de santé à travers le pays ; (iv) promouvoir la motivation, la performance et la rétention du personnel de santé.

Il en découle trois grands domaines d'intervention susceptibles d'améliorer durablement la situation actuelle à savoir : (i) la planification des ressources humaines en santé, (ii) la production et le développement des compétences et (iii) le management des ressources humaines en santé. De ces trois grands domaines, neuf axes stratégiques et trente huit (35) principales actions ont été identifiés.



Un cadre logique conséquent a été élaboré pour insuffler une meilleure gestion des ressources humaines en santé à toutes les parties prenantes.

Les principales contraintes qui peuvent compromettre la mise en oeuvre du PSDRHSS sont : (i) la faiblesse du revenu des personnels de santé, responsable d'absentéisme, de détérioration de la qualité des services et de mauvaises pratiques au niveau des formations sanitaires publiques ; (ii) l'exode des cerveaux du secteur vers d'autres secteurs de plus en plus attractifs ; (iii) la baisse généralisée de niveau des élèves, candidats aux écoles de formation professionnelle, dont la conséquence est la suspension depuis 2005 du recrutement en première année des élèves dans les établissements de formation des paramédicaux (INMES, ENIAB).

Cependant, il existe de nombreux atouts pour une mise en oeuvre efficace du plan à savoir :

- l'intérêt porté par le Gouvernement au processus d'élaboration du PSDRHSS à travers la mise en place d'un comité interministériel de pilotage dudit processus ;
- l'existence d'une Direction des Ressources Humaines (DRH) au Ministère de la Santé;
- l'existence d'écoles de formation des professionnels de la santé de toutes les catégories socioprofessionnelles ;
- la disponibilité de nombreux partenaires au développement à appuyer le secteur de la santé.

Selon les normes adoptées par le Ministère de la Santé en décembre 2007, **21.111** agents toutes catégories socioprofessionnelles confondues sont nécessaires pour assurer le bon fonctionnement de tous les services de santé et formations sanitaires au titre de l'année 2008.

Il s'agit pour les professionnels de la santé notamment de :

- 1.225 médecins dont 815 spécialistes en gynécologie et obstétrique, pédiatrie, chirurgie, anesthésie réanimation, ORL, neurologie, ophtalmologie, etc. ;
- 5.515 infirmiers dont 2.504 infirmiers brevetés, 2.174 infirmiers diplômés d'Etat et 837 infirmiers spécialistes (instrumentation, anesthésie réanimation, santé mentale, ophtalmologie, dermatologie, etc).
- 1.907 sages-femmes dont 236 spécialistes (santé publique, anesthésie réanimation, planning familial etc.).

Or, à la date du 31 décembre 2008, l'effectif des ressources humaines en santé en poste à tous les niveaux du secteur public de la santé s'élève à 13.777 agents. Il manque donc théoriquement 7.334 agents pour couvrir les besoins estimés de toutes les formations sanitaires et autres services du secteur public de la santé.

Les besoins de recrutement au cours des neuf années suivantes de la mise en œuvre du PSDRHSS doivent être augmentés en moyenne de 121 agents toutes catégories confondues, correspondant au nombre moyen d'agents faisant valoir leurs droits à la retraite chaque année.

Le budget total pour la mise en œuvre du PSDRHSS pendant la décade 2009-2018 s'élève à **97** milliards environ de francs CFA, soit 9.7 milliards par an.

Pour apprécier les résultats obtenus et le niveau de réalisation des objectifs définis, un mécanisme pertinent de suivi et d'évaluation, sur la base des indicateurs retenus sera mis en place et permettra de suivre les interventions et d'apprécier le niveau d'atteinte des différents types d'indicateurs par rapport aux objectifs préalablement fixés.

# Chapitre I : Introduction générale

## 1.1 Justification

L'article 8 de la Constitution du 10 décembre 1990 de la République du Bénin qui stipule entre autres que *l'Etat assure à tous ses citoyens l'égal accès à la santé* n'est pas encore une réalité. De nombreuses contraintes empêchent l'atteinte de cet objectif. En effet, les données disponibles révèlent une insuffisance quantitative et qualitative du personnel de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, ponctuée par des déséquilibres importants de leur distribution entre les différentes régions du pays, et entre les zones urbaines et les zones rurales d'une même région.

Ces problèmes risquent de s'aggraver dans le futur en l'absence d'un véritable Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du Secteur Santé (PSDRHSS) et de compromettre à terme l'accès équitable de la population aux soins de santé. C'est pourquoi la Direction des Ressources Humaines (DRH) du Ministère de la Santé (MS) en collaboration avec ses partenaires s'est efforcée de produire le présent document qui servira de boussole à toutes les actions à entreprendre au cours des 10 prochaines années en matière de gestion des ressources humaines en santé.

L'intérêt du Gouvernement pour un meilleur développement des ressources humaines en santé a été réitéré dans les orientations stratégiques du Bénin, la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (SCRCP) et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2008-2017 qui a retenu la valorisation des ressources humaines comme l'un des cinq domaines prioritaires dudit plan. Cette volonté a été réaffirmée au cours des états généraux de la santé tenus en novembre 2007.

Le développement des ressources humaines en santé permettra de disposer en qualité et en quantité de personnels capables de mettre en œuvre la politique nationale de santé à tous les niveaux du système de santé. Dans ce cadre, trois domaines ont été identifiés pour prendre en charge les importantes priorités du pays pour le développement des ressources humaines en santé.

L'analyse de la situation actuelle des ressources humaines en santé a conduit à l'identification de véritables problèmes de gestion face auxquels des axes d'intervention stratégiques conséquentes ont été déterminés et des actions proposées. Ces actions ont été budgétisées et leur mise en œuvre planifiée.

## 1.2 Objectifs du PSDRHSS

### 1.2.1 Objectif général :

- Contribuer au développement d'un système de santé répondant aux besoins et aux aspirations de la population par la mise à disposition de ressources humaines en santé en quantité et en qualité suffisantes.

## 1.2.2 Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques du PSDRHSS sont :

- promouvoir la planification du personnel de santé en rapport avec les besoins de la population;
- produire les différentes catégories de personnel requis par l'utilisation optimale des opportunités à l'intérieur et à l'extérieur du pays ;
- assurer une distribution rationnelle du personnel de santé à travers le pays ;
- promouvoir la motivation et la fidélisation au poste du personnel de santé.

## 1.3 Méthodologie

Les principales étapes de la méthodologie utilisée pour l'élaboration de ce Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du Secteur Santé sont les suivantes :

- ◆ adoption en décembre 2005 de la méthodologie à suivre, à l'issue d'une mission exploratoire de l'OMS proposant le canevas à suivre, les organes responsables de l'élaboration du PSDRHSS notamment le Comité Technique et le Comité d'Orientation ;
- ◆ mise en place par arrêté ministériel début 2006 du Comité Technique composé de 11 cadres désignés dans différentes structures du Ministère de la santé, et du Comité d'Orientation composé des principaux acteurs et partenaires du système de santé ;
- ◆ revue de la documentation disponible sur le développement des ressources humaines en santé par le Comité Technique ;
- ◆ élaboration d'un draft de l'analyse de la situation à l'issue de trois ateliers du Comité Technique ;
- ◆ finalisation de ce draft au cours d'un quatrième atelier ;
- ◆ Réalisation de deux études avec l'appui financier du Fonds des Nations Unies pour les Activités de Population (UNFPA) pour consolider l'analyse de la situation (étude sur les normes des ressources humaines en santé et étude sur le financement des ressources humaines en santé) ;
- ◆ Validation de l'analyse de la situation par le comité d'orientation ;
- ◆ Tenue de trois ateliers du Comité Technique pour :
  - l'intégration des observations du Comité d'orientation ;
  - la formulation de la vision du développement des ressources humaines en santé (RHS) à partir de l'ensemble des forces, faiblesses et recommandations retenues dans l'analyse de la situation ;
  - l'identification des domaines d'intervention prioritaires en partant de la vision et en prenant en compte les recouvrements possibles au niveau des 5 piliers du développement des RH initialement retenus ;
  - l'analyse des relations de cause à effet entre les différentes faiblesses identifiées ;

- le regroupement des faiblesses par grands sous domaines pour l'identification des axes stratégiques au niveau de chaque domaine prioritaire ;
  - la détermination des objectifs, des résultats attendus, des stratégies et principales actions par axe sur la base des faiblesses identifiées et des recommandations spécifiques.
- ◆ validation du cadre stratégique par le comité d'orientation ;
  - ◆ prise en compte des amendements du comité d'orientation et élaboration du plan d'opérationnalisation ;
  - ◆ harmonisation du PSDRHSS avec les conclusions des états généraux de la santé de novembre 2007 ;
  - ◆ prise en compte des apports de la Revue Santé 2008 conduite par Afrique Conseil pour la Banque Mondiale ;
  - ◆ adoption du document par le comité d'orientation.

Par ailleurs, le Comité Technique au cours de ses travaux a bénéficié de :

- l'appui technique de deux consultants de l'OMS, l'un pour l'analyse de la situation et l'autre pour la budgétisation de la mise en œuvre du PSDRHSS et la finalisation du document ;
- l'appui technique d'un consultant de 8<sup>ème</sup> FED pour la finalisation du cadre stratégique ;
- l'appui financier de l'OMS, du projet 8<sup>ème</sup> Santé et du budget national pour l'organisation des ateliers.

## Chapitre II Contexte

### 2.1 Données démographiques

La population du Bénin, évaluée en 2002 à 6 769 914 habitants au troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH3), est estimée à 7 198 618 en 2004 et 7 833 744 en 2007.

Au dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitation en 2002, le taux d'accroissement annuel moyen est évalué à 3,25% pour l'ensemble du pays et à 4,12% pour la population urbaine, avec une densité moyenne de 58,8 habitants au km<sup>2</sup>. L'indice synthétique de fécondité est de 5,53. Entre 1996 et 2002, cet indice a connu une baisse progressive.

En ce qui concerne l'espérance de vie à la naissance, elle est de 59 ans (57,18 ans pour le sexe masculin contre 61,25 pour le sexe féminin).

Bien qu'elles aient une espérance de vie moyenne plus élevée que celle des hommes, les femmes courent plus le risque de décéder entre 15 et 49 ans (âge de la procréation proche de la limite de 40 ans retenue pour l'espérance de vie), en raison de la mortalité maternelle liée aux complications de l'accouchement (surtout chez les femmes analphabètes).

La structure par sexe et par âge comme le montre le Tableau II ci-dessous indique qu'il s'agit d'une population jeune et à dominance féminine, avec 51,4% de femmes pour 48,6% d'hommes.

**Tableau I : Répartition de la population par tranche d'âge et par sexe**

	Classes	2002	2006
<b>Répartition par tranche d'âge</b>	Enfants 0-14 ans	46,9%	47%
	Jeunes 15-59 ans	47,6%	49%
	Plus de 59 ans	5,5%	4%
<b>Répartition par sexe</b>	Femme	51,49%	51,28%
	Homme	48,51%	48,72%
	Femme en âge de procréer	23,64%	22%

Source : RGPH3

La population béninoise double tous les 25 ans et cette tendance qui risque de perdurer constitue une contrainte pour le développement des services de santé. La structure de cette population ne va pas changer notablement dans les années à venir.

Elle est inégalement répartie sur le territoire national. En effet en 2002, les huit départements du sud et du centre qui représentent seulement 25 % de la superficie totale du pays abritent 71% de la population, alors que les quatre du Nord qui couvrent 75% de la superficie n'abritent que 29% de la population.

L'évolution de la situation démographique est capitale non seulement pour la santé publique et les services de soins, mais également pour l'économie dont sont tributaires le volume et la nature des besoins de santé mais aussi les services de santé à mettre en place.

## **2.2 Données sanitaires**

### **2.2.1 Pyramide sanitaire**

Le système de santé du Bénin a une structure pyramidale inspirée du découpage administratif ; il comporte trois différents niveaux :

- *Le niveau central ou national*

Il est administré par le Ministre de la Santé Publique qui assure la mise en œuvre de la Politique Sanitaire définie par le gouvernement. Dans cette optique, il initie l'action sanitaire, en planifie l'organisation, coordonne et contrôle la mise en œuvre des projets et programmes de santé. A ce niveau, on retrouve comme structures de soins le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM), le Centre National Hospitalier de Pneumo-phtisiologie (CNHPP), le Centre National Hospitalier de NeuroPsychiatrie (CNHNP) et l'Hôpital de la mère et de l'Enfant - Lagune (HOMEL). Le CNHU a deux autres vocations qui sont la recherche et la formation.

- *Le niveau intermédiaire ou départemental*

Il est administré par les Directeurs départementaux de santé. Les activités sanitaires se font à ce niveau dans les hôpitaux départementaux. Les Directions Départementales de la Santé (DDS), actuellement au nombre de six pour 12 départements, sont chargées de la mise en œuvre de la politique sanitaire définie par le gouvernement, de la planification et de la coordination de toutes les activités des services de santé et d'assurer la surveillance épidémiologique dans les départements. Le Centre Hospitalier Départemental (CHD) constitue le centre de référence pour les cas référés par les hôpitaux de zone (pour ceux qui sont fonctionnels) ou par les centres de santé.

- *Le niveau périphérique*

Il représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système sanitaire. En effet, le territoire national est réparti en 34 zones. Chaque zone dénommée Zone Sanitaire (ZS) regroupe un certain nombre de services de santé publics de premier contact : les centres de santé d'arrondissement ou de commune. A ces infrastructures s'ajoutent les dispensaires ou maternités isolés, les UVS et les CASES ; toutes ces structures de soins sont appuyées par un hôpital de référence (public ou privé), appelé Hôpital de Zone (HZ) qui constitue le premier niveau de référence de la ZS.

La ZS est dotée de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion ; elle est placée sous la tutelle du Ministère de la Santé Publique. Ses organes de gestion sont le Comité de Santé de la Zone Sanitaire (CS/ZS) et l'Équipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire (EEZS).

### **2.2.2 Nombre de structures de soins**

La couverture en infrastructures sanitaires au Bénin s'est améliorée, passant de 80% au 31 décembre 2001 à 89% au 30 juin 2005. Toutefois, cette couverture relativement bonne en infrastructures sanitaires, généralement jugée suffisante, est inégalement répartie sur l'ensemble du territoire national.

Les infrastructures disponibles par niveau de la pyramide sanitaire sont :

- au niveau périphérique, il y a 425 CSA sur 578 prévus, 75 CSCCom sur 82 prévus et 27 HZ sur les 34 prévus ; les HZ constituent le premier niveau de référence ;
- au niveau intermédiaire, il y a cinq CHD qui constituent le deuxième niveau de référence ;
- au niveau national, il y a le CNHU-HKM, le CNHPP, l'HOMEL et le CNHNP Jaquôt.

Le secteur privé libéral qui détient une bonne partie de l'offre (environ 30%), surtout en zones urbaines évolue toujours en marge du secteur public. Comme conséquence, on a enregistré 631 structures privées lors du recensement des formations sanitaires privées en 1998 (MSP Bénin). Ce nombre est estimé à environ un millier en 2005 (Gbangbadé et al., 2007).

### 2.2.3 Situation sanitaire du pays

La situation sanitaire du Bénin est caractérisée par une prédominance des affections tropicales, avec de fréquentes épidémies (choléra au Sud et méningite au Nord). Le paludisme est l'affection la plus dominante. Il représente à lui seul plus du tiers des motifs de consultation et d'hospitalisation dans les structures sanitaires publiques. Le paludisme est suivi par les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques. Ces trois maladies représentent à elles seules 60% des motifs de consultations en 2004.



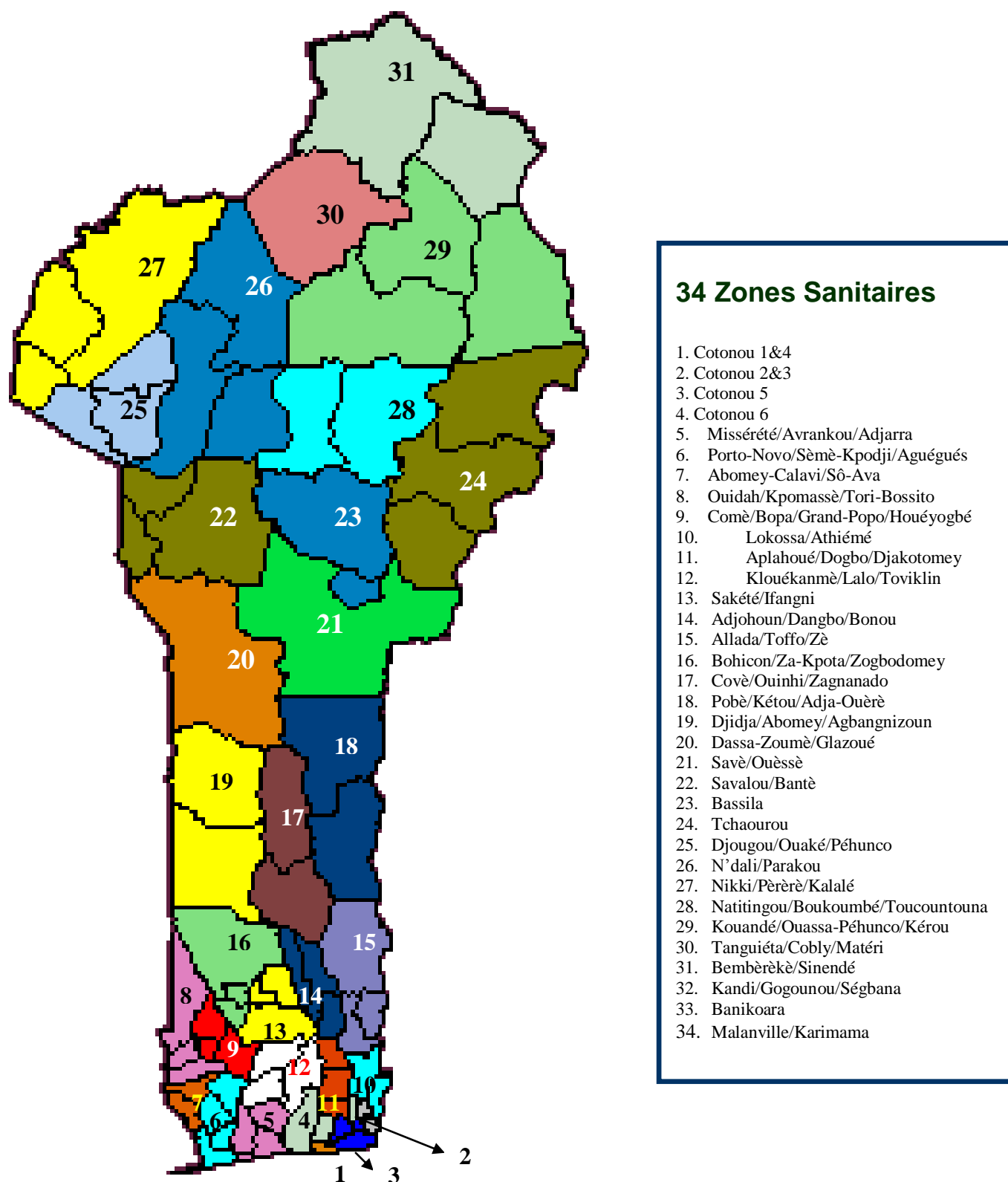


Figure 1 : Carte de la situation actuelle des zones sanitaires du Bénin

Source : SSDRO/DPP/MS

## Chapitre III : Analyse de la situation des ressources humaines en santé

### 3.1 La politique et la planification des ressources humaines

#### 3.1.1 L'évolution des effectifs

Les effectifs ont régulièrement progressé, passant de 10.348 en 2004 à 13.280 en décembre 2007. L'analyse de la proportion des personnels de santé des différents statuts année par année montre que la proportion d'agents du secteur de la santé recrutés sur les fonds propres ou du financement communautaire est allée croissante, passant de 25% en 2005 à 30% en décembre 2007.

En 2004, les Agents permanents de l'Etat (APE) étaient un peu plus nombreux que les agents payés sur les fonds des « mesures sociales » ; leurs proportions respectives s'élevaient à 28.4% et 27% de l'ensemble des personnels du secteur de la santé. En 2005, les APE étaient toujours les plus nombreux, représentant le tiers des personnels de santé, soit (33,3%) ; ils étaient suivis par les agents payés sur les fonds des « mesures sociales » (AMS) qui représentaient 26% des agents du secteur santé. Cette tendance a été renversée au niveau des effectifs de personnel au 31 décembre 2008 ; les agents payés sur les fonds des « mesures sociales » sont devenus les plus nombreux avec plus de 31%. Les APE ne représentent à peine que le quart des personnels du secteur de la santé.

Ce constat pose toute la problématique de la planification des ressources humaines en santé au Bénin. En effet, les proportions combinées des ressources humaines en santé recrutés et rémunérés sur :

- les fonds « Mesures Sociales »,
- les fonds propres ou conventionnés et les fonds du financement communautaire et
- les fonds du Programme d'Investissement Public (PIP) et des partenaires occasionnels représentent 58% et 52.6% de l'ensemble du ressources humaines en santé, respectivement en 2004 et en 2005.

Au 31 décembre 2007, ces catégories de personnel représentent plus de 65% des effectifs en poste dans les formations sanitaires publiques et dans les autres services du Ministère de la Santé. En d'autres termes, l'ensemble des structures et autres services de santé du Bénin reposent essentiellement sur du personnel visiblement instable et peu motivé, et qui peut « *aller chercher mieux ailleurs* » à tout moment. Cette situation est liée à l'absence de gestion prévisionnelle des effectifs.

L'effectif combiné des APE et des ACE du secteur santé est passé de 4.327 à 4.418 respectivement en 2004 et 2005. Il a été évalué à 4.520 agents au 31 décembre 2007 comme le montre le Tableau II.

**Tableau II : Ressources humaines en santé (APE et ACE) rémunéré sur le budget du Ministère de la Santé au 31 décembre 2007**

Catégories socioprofessionnelles	Ensemble Bénin		
	ACE	APE	Total
Médecins Spécialistes	19	179	198
Médecins Généralistes	48	101	149
Chirurgiens Dentistes	8	10	18
Pharmaciens Diplômés d'Etat	0	10	10
Personnel de l'action sociale	19	53	72
Personnel des Travaux Publics (TP)	12	42	54
CAS Infirmiers	96	424	520
IAS/IDE Spécialistes	1	79	80
CAS/ SFE	88	534	622
IAS/SFE Spécialistes	0	11	11
Infirmières et Infirmiers Brevetés	157	553	710
Aides-soignantes et aides-soignants	174	316	490
Personnel d'Hygiène et Assainissement	148	54	202
Agents Labo/Radio	27	173	200
Personnel Administratif*	287	603	890
Conducteurs de Véhicule Administratif	24	99	123
Agents d'Entretien des Services de Santé	78	93	171
<b>Total</b>	<b>1186</b>	<b>3334</b>	<b>4520</b>

Source : Adapté de DRH 2007

\* Le personnel administratif des services de santé inclut :

- Administrateurs
- Gestionnaires
- Planificateurs
- Statisticiens
- Chercheurs
- Attachés et Secrétaires des Services Administratifs
- Attachés, Contrôleurs et Assistants des Services Financiers
- Agents de recouvrement
- Cadres et Ouvriers des TP
- Informaticiens
- Préposé de tourisme et de l'hôtellerie
- Agents de maintenance
- Conducteur Véhicules Administratifs (CVA)
- Agent de liaison
- Gardien de nuit
- Personnel de Soutien
- et tous autres agents utilisés à des tâches non techniques.

### 3.1.2 Les besoins de ressources humaines en santé

Avant d'envisager toute projection de besoins en ressources humaines en santé requises dans l'ensemble des formations sanitaires et autres services du secteur public de la santé, il convient d'analyser les effectifs disponibles actuellement sur le terrain par rapport aux normes requises.

#### 3.1.2.1 Normes de ressources humaines en santé

##### 3.1.2.1.1 Les modèles de normes de ressources humaines en santé

La littérature de la gestion des ressources humaines en santé compte plusieurs modèles d'estimation des besoins en ressources humaines basés, pour certains, sur les ratios Personnel de santé/Populations ou sur les besoins des populations. Pour d'autres, les besoins en ressources humaines peuvent être basés sur l'utilisation (la demande de soins de santé) ou les tâches à accomplir traduites en charge de travail (WHO, 2004 ; Nyoni et al, 2006). Chacun de ces modèles permet de répondre à un certain besoin de planification et présente des avantages et des inconvénients. Autrement dit, il n'existe pas encore un modèle universel. Chaque utilisateur est tenu de faire un effort d'adaptation du modèle qui répond le mieux à ses préoccupations.

Dans le cas de la présente étude, l'estimation des besoins sera basée sur la différence entre la situation actuelle (prenant en compte uniquement les APE et les ACE) et la norme de personnel qui sera adoptée pour les différentes formations sanitaires des différents niveaux de la pyramide sanitaire nationale après la revue des normes existantes.

##### 3.1.2.1.2 Les normes en matière d'effectifs de personnel de santé au Bénin

Les normes d'effectifs de ressources humaines en santé par type de formation sanitaire et par niveau de soins de la pyramide sanitaire ont été définies pour les différentes catégories socioprofessionnelles de personnel suivant :

- les médecins spécialistes,
- les médecins généralistes,
- les techniciens, techniciens supérieurs de laboratoire et de radiologie,
- les ingénieurs des travaux en radiologie et en imagerie médicale,
- les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) spécialistes,
- les sages-femmes diplômées d'Etat (SFE) spécialistes,
- les IDE,
- les SFE,
- les infirmiers brevetés (IB),
- les divers agents administratifs et autres.

Ces normes ont été aussi définies pour les formations sanitaires publiques des différents niveaux de soins disponibles suivants :

- le dispensaire isolé,
- la maternité isolée,
- le centre de santé d'arrondissement (CSA),
- le centre de santé de commune (CSCOM),

- le centre hospitalier départemental (CHD),
- les hôpitaux nationaux que sont (le centre national hospitalier de pneumo-phtisiologie (CNHPP) et le centre national hospitalier de neuropsychiatrie (CNHNP),
- l'hôpital de la mère et de l'enfant Lagune (HOMEL<sup>1</sup>),
- le centre national hospitalier et universitaire (CNHU).

Le Tableau III ci-après présente les normes d'effectif des différentes catégories socioprofessionnelles des ressources humaines en santé selon le niveau de soins de la formation sanitaire publique considérée dans le système sanitaire national.

**Tableau III : Les normes d'effectifs des ressources humaines en santé**

Personnel par catégorie professionnelle	DI	MI	CSA	CSCOM	HZ	CHD	CNHPP Lazaret	CNHNP Jaquôt	HOMEL	CHU
Médecins Spécialistes	0	0	0	2	8	29	9	4	30	105
Médecins Généralistes	0	0	0	1	6	6	6	2	2	10
Chirurgiens Dentistes	0	0	0	0	1	2	0	0	0	4
Pharmacien	0	0	0	0		1	1	0	1	2
SFE spécialistes	0	0	0	2	3	4	0	2	4	6
IDE spécialistes	0	0	0	3	14	23	0	10	30	54
IDE	1	0	1	2	10	30	12	8	45	160
SFE	0	1	1	2	8	25	0	0	65	40
IB	1	1	4	3	10	20	4	8	25	80
Ing./Tech.Sup/Tech.B Analyses Biomédicales	0	0	0	3	7	10	14	0	15	40
Ing./TechSup en Imagerie Médicale	0	0	0	1	4	4	4	0	5	12
Aide-soignants	2	2	4	6	20	70	6	10	60	80
Technicien ou assistant d'hygiène	0	0	1	1	2	2	2	0	2	6
Tech. Sup Action Sociale & Prothésistes Dentaires	0	0	0	1	4	5	3	0	3	7
Personnel Administratif	1	1	5	9	35	57	31	32	78	107
<b>EFFECTIF de personnel par structure sanitaire</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>16</b>	<b>36</b>	<b>132</b>	<b>288</b>	<b>92</b>	<b>76</b>	<b>365</b>	<b>713</b>
<b>Nombre de Formations Sanitaires publiques à couvrir dans le pays</b>	<b>50</b>	<b>8</b>	<b>578</b>	<b>82</b>	<b>34</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Le réseau de formations sanitaires publiques à couvrir par les ressources humaines en santé est composé de :

<sup>1</sup> Bien que l'HOMEL soit un hôpital départemental du Littoral, il a été inclus dans cette liste compte tenu de son envergure : plateau technique, quantité et qualité de personnel, volume d'activités, fonction d'hôpital école pour toutes les écoles de formation professionnelle installées à Cotonou, etc.

- 578 CSA pour 578 arrondissements,
- 82 CSC pour 77 circonscriptions administratives,
- 34 hôpitaux de zone pour 34 zones sanitaires,
- six centres hospitaliers départementaux pour les 12 départements actuels,
- deux hôpitaux nationaux (CHNPP, CNHNP) et l'HOMEL,
- un centre hospitalier universitaire.

Sur la base des normes définies et considérant le nombre des différentes formations sanitaires par niveau de soins dans la pyramide sanitaire national, l'effectif des ressources humaines en santé requis pour couvrir l'ensemble des formations sanitaires publiques se présente comme suit :

**Tableau IV: Effectifs requis selon les normes pour couvrir toutes les formations sanitaires publiques du pays en 2008**

Personnel par catégorie professionnelle	DI	MI	CSA	CSCOM	HZ	CHD	CNHPP Lazaret	CNHNP Jaquôt	HOMEL	CHU	Total Formations Sanitaires	Niveau Central	TOTAL Bénin
Médecins Spécialistes	0	0	0	164	272	174	9	4	30	128	781	34	815
Médecins Généralistes	0	0	0	92	214	46	8	4	6	25	395	15	410
Chirurgiens Dentistes	0	0	0	0	34	12	0	0	0	4	50	2	52
Pharmaciens	0	0	0	0	0	12	1	0	1	4	18	12	30
SFE spécialistes	0	0	0	84	102	24	0	2	4	6	222	14	236
IDE spécialistes	0	0	0	146	416	138	0	10	30	54	794	43	837
IDE	50	0	606	414	530	230	12	8	45	210	2105	69	2174
SFE	0	58	678	364	372	200	0	0	90	88	1850	57	1907
IB	50	8	1612	206	300	80	4	8	25	72	2365	139	2504
Ing./Tech.Sup/Tech.B d'Analyses Biomédicales	0	0	0	246	238	60	14	0	15	40	613	500	12 146
Ing./TechSup en Imagerie Médicale	0	0	0	82	136	24	4	0	5	12	263		
Tech.Sup Action Sociale	0	0	0	82	136	30	3	0	3	7	261		
Aide-soignants	100	50	2312	532	723	420	6	10	60	80	4293		
Agents d'Hygiène (Technicien ou Assistant)	0	0	578	82	68	12	2	0	2	6	750		
Personnel Administratif	50	8	2 890	738	1 190	342	31	32	78	107	5 466		
<b>Effectif Total de personnel dans toutes les structures sanitaires publiques</b>	<b>250</b>	<b>124</b>	<b>8676</b>	<b>3232</b>	<b>4731</b>	<b>1798</b>	<b>94</b>	<b>78</b>	<b>394</b>	<b>841</b>	<b>20218</b>	<b>880</b>	<b>21 111</b>

Pour couvrir effectivement toutes les formations sanitaires selon les normes présentées ci-dessus, il faudrait au total 21 111 agents. L'effectif actuel atteint-il ce chiffre ?

### 3.1.2.2 Evaluation des besoins pour combler les postes vacants en 2008

L'effectif requis selon les normes pour le bon fonctionnement du système de santé a été évalué à 21.111 agents toutes catégories confondues. Le besoin en personnel sera l'écart entre la norme et l'existant. Le tableau ci-après fait le point de l'existant au 31 décembre 2008.

**Tableau V: Répartition de l'ensemble du personnel par statut et par département au 31 décembre 2008**

Statut / Département	APE	ACE	AMS	Agents sur fonds propre ou financement communautaire ou conventionnés	Autres (PIP + Partenaires + occasionnels)	Hospitalo-universitaire	Détachés	Total
Atacora/Donga	299	150	695	237	8	-	-	1389
Atlantique/Littoral	589	282	723	752	42	-	-	2388
Borgou/Alibori	431	157	693	733	14	-	-	2028
Mono/Couffo	247	202	666	502	33	-	-	1650
Ouémé/Plateau	502	204	674	898	22	-	-	2300
Zou/Collines	335	222	782	617	18	-	-	1974
CNHU-HKM	73	6	-	807	175	88	66	1215
Niveau Central	578	143	-	-	112	-	-	833
<b>Ensemble du Bénin</b>	<b>3054</b>	<b>1366</b>	<b>4233</b>	<b>4546</b>	<b>424</b>	<b>88</b>	<b>66</b>	<b>13 777</b>
<b>%</b>	<b>22,17</b>	<b>9,92</b>	<b>30,73</b>	<b>33,00</b>	<b>3,08</b>	<b>0,64</b>	<b>0,48</b>	<b>100,00</b>

Source : DRH, 2008.

Ce tableau montre que l'effectif des ressources humaines utilisées actuellement dans le secteur santé s'élève à 13.777 agents au 31 décembre 2008. Ce stock de ressources humaines comprend des agents de statuts divers et variés, notamment :

- les agents permanents de l'état ou APE (22,17%),
- les agents contractuels de l'Etat ou ACE (9,92%),
- les agents recrutés sur les fonds des mesures sociales ou AMS (30,73%),
- les agents sur les fonds propres ou les fonds du financement communautaire des formations sanitaires ou les agents conventionnés des hôpitaux (33%),
- les autres agents recrutés sur budgets PIP et ceux rémunérés sur les budgets des partenaires occasionnels et autres (3,08%),
- les agents de statut hospitalo-universitaire (0,64%),
- les agents détachés (0,48%).

Le tableau ci-dessous présente la situation des effectifs et ratios de personnel soignant au 31 décembre 2008 par département.

**Tableau VI : Effectifs et ratios du public au 31/12/2008**

Corps Départements	Médecins		Infirmiers		Sage-Femme d'Etat	
	Effectif	Ratio Population/ Effectif	Effectif	Ratio Population/ Effectif	Effectif	Ratio Population/ Effectif
<b>Atacora/Donga</b>	33	30 306	273	3 663	111	1 879
<b>Atlantique/Littoral</b>	223	7 359	599	2 740	385	1 078
<b>Borgou/Alibori</b>	75	18 925	393	3 612	116	2 453
<b>Mono/Couffo</b>	49	20 187	321	3 082	97	2 238
<b>Ouémé/Plateau</b>	106	11 844	523	2 401	241	1 265
<b>Zou/Collines</b>	59	21 284	383	3 279	162	1 719
<b>Bénin</b>	545	13 873	2 492	3 034	1 112	1 537

Source : DRH/MS, 2009

Le tableau montre que la moyenne nationale du ratio nombre d'habitants par médecin est de 13 873. Sur la base de la norme de l'OMS qui est de 10 000 habitants par médecin, on considère que quatre régions sont les plus défavorisées et présentent des déficits importants. Ces quatre régions présentent en moyenne 22 676 habitants par médecin, largement supérieur à la moyenne nationale et plus de deux fois la norme de l'OMS.

En ce qui concerne le ratio nombre d'habitants par infirmier, il est sur le plan national de 3 034 pour les effectifs du public. Le ratio le plus élevé provient de l'Atacora/Donga avec 3 663 habitants par infirmier, le plus bas vient de l'Ouémé/Plateau avec 2 401 habitants par infirmier.

La norme de l'OMS est de 5 000 femmes en âge de procréer par sage femme. Le ratio nombre de Femmes en Age de Procréer par sage-femme est de 1 537 au niveau national lorsqu'on considère uniquement les effectifs du public. L'Atlantique/Littoral est la région la plus favorisée avec 1 078 femmes en âge de procréer par sage femme, et les deux plus défavorisées sont Mono/Couffo et Borgou/Alibori ; avec respectivement 2 238 et 2 453 femmes en âge de procréer par sage femme.

Le Tableau VII ci-dessous fait le point des besoins en personnel.



**Tableau VII : Les besoins en personnel en 2008**

Catégorie socioprofessionnelle	EXISTANT AU 31/12/2008			NORME (EFFECTIF REQUIS)	BESOIN
	APE/ACE	Autres statuts	Total ACTUEL		
Médecins Spécialistes	205	41	246	815	<b>569</b>
Médecins Généralistes	149	150	299	410	<b>111</b>
Chirurgiens Dentistes	18	19	37	52	<b>15</b>
Pharmaciens Diplômés d'Etat	10	10	20	30	<b>10</b>
Infirmiers Diplômés d'Etat	520	406	926	2 174	<b>1 248</b>
Sages-femmes Diplômées d'Etat	622	490	1 112	1 907	<b>795</b>
SFE Spécialistes	11	03	14	236	<b>222</b>
IDE Spécialistes	89	20	109	837	<b>728</b>
Infirmières et Infirmiers Brevetés	710	856	1 566	2 504	<b>938</b>
Aide-soignants	490	2 839	3 329	4293	<b>964</b>
Techniciens/assistants d'hygiène	201	0	201	750	<b>549</b>
Ing./Tech. Sup/Tech.B Analyses Biomédicales	135	110	245	613	<b>368</b>
Tech. Action Sociale	78	20	98	261	<b>163</b>
Ing./Tech. Sup en Imagerie Médicale	65	35	100	263	<b>163</b>
Personnel Administratif	1 271	4 204	5 475	5 966	<b>491</b>
<b>TOTAL</b>	<b>4 574</b>	<b>9 203</b>	<b>13 777</b>	<b>21 111</b>	<b>7 334</b>

Au regard de l'effectif requis selon les normes qui est estimé à **21.111 agents**, il manque théoriquement 7.334 agents pour couvrir les besoins actuels des formations sanitaires et autres services du secteur public de la santé. La situation des besoins en personnel médical et paramédical est détaillée en annexe (voir annexe 2).

### ***3.1.2.3 Projections des besoins de ressources humaines en santé***

L'estimation des besoins additionnels pour la période 2009-2018 a été faite sur la base des prévisions de déperdition de personnel (retraite, disponibilités, décès, détachement, etc.) et des nouveaux besoins liés au développement des services de santé (construction de nouveaux hôpitaux, construction de pôle d'excellence et d'autres CHU, mise en œuvre de la gratuité de la césarienne, extension de l'espace CHU, mise en place de la démarche qualité dans toutes les formations sanitaires).

### 3.1.2.3.1 Les départs à la retraite et autres déperditions

Le Tableau VIII présente une projection des départs à la retraite des ressources humaines en santé depuis 2006 jusqu'à l'an 2017.

**Tableau VIII : Projection des départs à la retraite jusqu'en 2017**

Catégorie socioprofessionnelle	Année de départ à la retraite											
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Médecins Généralistes	4	1			1	4		1	1	1	1	1
Médecins spécialistes		1	0	1	16	16	4	5	5	5	5	5
Pharmaciens						1		1	1	1	1	1
Chirurgiens Dentistes					1		1	1	1	1	1	1
Techniciens Assainissement	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1
Techniciens Labo/Radiologie		10	1	2	16	15	7	6	6	6	6	6
Techniciens Action Sociale					1	1		1	1	1	1	1
IDE	20	11	6	6	13	18	14	12	12	12	12	12
IDE spécialistes	5	0	1	3	3	5	4	3	3	3	3	3
SFE	17	7	8	7	23	42	25	15	15	15	15	15
SFE Spécialistes	2				1	1		1	1	1	1	1
Infirmier(e)s brevetés	17	23	19	17	27	25	13	18	18	18	18	18
Aide-Soignants	26	15	12	19	11	17	5	15	15	15	15	15
Agents Entretien Services Santé	13	8	1	2	1	1	1	4	4	4	4	4
Personnel Administratif	24	23	11	13	20	31	15	16	16	16	16	16
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>	<b>59</b>	<b>70</b>	<b>134</b>	<b>178</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Source : Adapté de DRH 2007

L'effectif approximatif de chacune des catégories socioprofessionnelles des ressources humaines en santé (personnel médical, personnel paramédical et personnel administratif) qui devront faire valoir leurs droits à la retraite entre 2006 et 2017 s'élève en moyenne à une centaine d'agents par an.

Les catégories socioprofessionnelles les plus frappées par le départ à la retraite d'ici à 2017 sont celles des infirmiers et infirmières brevetés, du personnel administratif et des sages-femmes avec respectivement en moyenne 20 et plus de 18 départs par an. La catégorie des aide-soignants et celle des infirmiers diplômés d'Etat ne sont pas épargnées, avec respectivement 15 et 13 départs à la retraite en moyenne par an au cours des six prochaines années.

Un effort doit être fait pour que, dans le pire des cas, les recrutements de ressources humaines en santé égalent tout au moins le nombre d'agents partant à la retraite, toutes choses restant égales par ailleurs. Idéalement, le nombre d'agents recrutés devrait dépasser le nombre d'agents faisant valoir leurs droits à la retraite, tout au moins à cause de l'accroissement démographique, si l'effectif du personnel actuel était conforme aux besoins sur le terrain, ce qui est très loin d'être le cas.

Les autres déperditions de personnel se rapportent aux départs en disponibilité, en détachement et les décès. Le nombre de ces déperditions s'élève à 149 agents de 2000 à 2006, soit environ 21 agents par an, toutes catégories confondues.

Toutes les formes de déperditions annuelles de ressources humaines en santé s'élèvent donc en moyenne à 121 agents par an.

### *3.1.2.3.2 Estimation des besoins pour la période 2009-2018*

Les besoins additionnels en personnel liés aux déperditions de personnel et au développement des services de santé se présentent comme suit pour la période 2009-2018 :

- Médecins spécialistes : 1189
- Medecins generalistes : 315
- Chirurgiens dentistes : 51
- Pharmaciens : 78
- Infirmiers diplomes d'etat : 2160
- Sages femmes diplomees d'etat : 1553
- Infirmiers brevetes : 2834
- IDE/SFE spécialistes : 1715

Le détail des besoins additionnels se trouve en annexe.

Rappelons qu'au 31 décembre 2008, sur l'effectif total de 13.777 ressources humaines en santé recensés dans les formations sanitaires publiques et dans les autres services du Ministère de la Santé, plus de 65% des agents en poste sont rémunérés sur :

- les fonds « Mesures Sociales »,
- les fonds propres ou conventionnés des formations sanitaires,
- les fonds du financement communautaire des formations sanitaires,
- les fonds du Programme d'Investissement Public (PIP),
- les fonds occasionnels des partenaires au développement socio sanitaire.

Il est urgent dans un premier temps que, par une volonté politique énorme, les agents ci-dessus cités soient convertis des statuts précaires d'agents rémunérés sur les fonds des mesures dites sociales, les fonds du financement communautaire, les fonds PIP et autres, aux statuts plus stables et enviés d'APE et d'ACE qui sont plus motivants pour les ressources humaines en santé. C'est vrai que les médecins spécialistes, attirés par les meilleures conditions salariales offertes par le secteur privé de santé, manifestent de plus en plus un désintérêt croissant pour la Fonction Publique. Mais si par une volonté politique décisive, de meilleures conditions salariales et de travail sont offertes dans le secteur public de la santé, comme le réclament les partenaires sociaux des Ministères chargés de la Santé et de la Fonction Publique, la réticence de cette catégorie particulière de ressources humaines en santé à choisir de faire carrière dans la Fonction Publique serait vaincue.

Les ressources humaines en santé des autres catégories socioprofessionnelles sont disponibles sur le marché du travail pour un recrutement massif en 2009, première année de mise en œuvre de ce PSDRHSS. De plus, à part le cas particulier des médecins spécialistes évoqué ci-dessus, les besoins de recrutements annuels des ressources humaines en santé des diverses catégories socioprofessionnelles tout au long des 10 années de mise en œuvre du PSDRHSS peuvent être satisfaits par les écoles et autres institutions nationales de production des personnels des services de santé.

### 3.1.3 Coût de la couverture des besoins en personnel

L'estimation du coût des besoins en personnel a été faite sur la base des hypothèses ci-après : la couverture des besoins en personnel se fera principalement à partir des recrutements. Pour les spécialistes, il s'agira de recruter des Médecins Généralistes à envoyer en stage de spécialisation. Pour les spécialistes para-médicaux, ils seront aussi recrutés avant d'être envoyés en formation. Le coût de la couverture des besoins en personnel comprend donc le coût des recrutements et les coûts de formation après recrutement.

#### 3.1.3.1 Traitement salarial des ressources humaines en santé

Le Tableau IX décrit le traitement salarial annuel des différentes catégories socioprofessionnelles des ressources humaines en santé comme fixé par le Gouvernement en octobre 2007 après maintes négociations avec ses partenaires sociaux. Cette information permettra de calculer les coûts des besoins de recrutement.

**Tableau IX : Salaire annuel des diverses catégories de ressources humaines en santé (en francs CFA)**

N°	Qualification professionnelle	Catégorie	Indice	Salaire brut annuel
1	Médecin généraliste	A1	555	2 189 417
2	Médecin spécialiste	A1	555	2 690 083
3	Pharmacien (Doctorat d'Etat en Pharmacie)	A1	555	2 189 417
4	Inspecteur d'action sanitaire option analyse biomédicale (Diplôme d'Ingénieur des Travaux en Analyse biomédicale)	A2	375	1 494 255
5	Inspecteur d'action sanitaire Option kinésithérapie (Diplôme de Technicien Supérieur en Kinésithérapie)	A3	340	1 363 751
6	Contrôleur d'action sanitaire option infirmiers et infirmières diplômés d'Etat (diplôme d'Etat d'infirmier)	B3	250	1 022 170
7	Contrôleur d'action sanitaire option sage femme diplômée d'Etat (Diplôme d'Etat de Sage Femme)	B3	250	1 022 170
8	Technicien de laboratoire d'analyses et de recherches médicales "B" (Diplôme de Technicien de Laboratoire d'Analyses et de recherches médicales B)	B3	250	1 022 170

9	Technicien d'hygiène et d'assainissement (Diplôme de Technicien d'Hygiène et d'Assainissement)	B3	250	1 022 170
10	Infirmier breveté (Diplôme d'Infirmier Breveté ou d'Infirmier Adjoint)	C3	180	755 162
11	Aide soignant	D3	120	537 442

Source : DRH/MS, 2008

### 3.1.3.2 Coût des recrutements de personnel

Les effectifs à recruter se présentent comme suit :

**Tableau X : Effectif à recruter**

CORPS	2009	TOTAL 2009-2018
Medecins generalistes	200	1504
Chirurgiens dentistes	15	51
Pharmaciens	10	78
<b>Total personnel médical</b>	<b>225</b>	<b>1 633</b>
Infirmiers diplomes d'etat	300	2160
Sages femmes diplomees d'etat	200	1553
Infirmiers brevetes	350	2834
Ing./tech analyses bio medicales	100	732
Ing./tech sup en imagerie medicale	50	319
Assistant d'hygiene et d'assainissement	80	606
Technicien d'hygiene et d'assainissement	50	406
<b>Total personnel paramédical</b>	<b>1130</b>	<b>8610</b>

Le détail des programmations de recrutement se trouve en annexe.

Le coût de ces recrutements s'élève à **3 575 317 961 F CFA** pour le personnel médical de 2009 à 2018 et à **8 378 538 891 F CFA** pour le personnel paramédical de 2009 à 2018 (voir annexe 2).

### 3.1.3.3 Coût des formations après recrutements

**Tableau XI : Coût de formation des effectifs à spécialiser après recrutement**

Catégorie socioprofessionnelle	Nombre d'agents	Coût unitaire moyen de formation	Coût total de la formation de tous les agents
Médecins Spécialistes (Généralistes à former)	1 183	11 786 768	13 943 746 544
IDE/SFE spécialistes	1715	1 385 000	15 522 000 000
Autres formations	10 000	3 000 000	30 000 000 000
<b>Total</b>			<b>59 465 746 544</b>

### 3.1.4 Situation actuelle des dépenses des ressources humaines en santé

#### 3.1.5.1 Evolution des dépenses de 2005 à 2008

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 qui s'achève, elles sont prévues pour atteindre le montant de 8,124 milliards de francs CFA. Les prévisions de dépenses pour l'année 2008 sont d'environ 8,222 milliards de francs CFA.

Le Tableau XII montre le détail des montants selon le statut du personnel de santé.

**Tableau XII : Dépenses de personnel du Ministère de la Santé de 2005 à 2008 (en francs CFA)**

	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
<b>TOTAL</b>	<b>8 253 054</b>	<b>8 224 321</b>	<b>8 124 109</b>	<b>8 221 717</b>
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

Selon la Direction des Ressources Financières et du Matériel (DRFM) du Ministère de la Santé, ces dépenses de personnel contenues dans le Tableau ci-dessus représentent :

- les salaires et autres traitements des APE et des ACE,

- les acomptes pour les frais de soins de santé aux fonctionnaires,
- une provision pour les évacuations sanitaires,
- une provision pour le règlement des factures des autres centres de santé.

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 au décroissement est prévue pour être maintenue en 2008 où la proportion des dépenses salariales et autres du personnel des ressources humaines en santé passera à 8,40%, si aucune décision hardie ne vient entre temps inverser le statut de la majorité des 65% des agents des services de santé qui émargent aux budgets des mesures sociales, du financement communautaire des services de santé, du PIP, et autres budgets occasionnels des partenaires au développement socio sanitaire.

Outre les ressources indiquées ci-dessus et qui constituent des charges récurrentes, il existe un financement d'un montant de un milliard (1 000 000 000) environ consacré spécialement au développement des ressources humaines du secteur santé chaque année. C'est ce financement qui assurera fondamentalement la mise en œuvre de ce PSDRHSS.

### 3.1.5 Effectif de ressources humaines en santé recrutées au cours des dernières années

Le Tableau XIII qui suit fait le point des ressources humaines en santé effectivement recrutées de 2002 à 2007.

**Tableau XIII : Evolution des recrutements de personnel APE et ACE de 2002 à 2007**

N°	Personnel	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total 2002-2007
1	Médical	12	27	38	17	18	29	141
2	Paramédical	145	128	191	88	59	53	664
3	Administratif	43	43	77	13	7	02	185
<b>Total</b>		<b>200</b>	<b>198</b>	<b>306</b>	<b>118</b>	<b>84</b>	<b>84</b>	<b>990</b>

Source : DRH/MS, 2008

Le nombre d'agents du secteur santé de toutes les catégories socioprofessionnelles recrutés en six ans, de 2002 à 2007, s'élève à 990 ; soit en moyenne 165 agents par an, ce qui représente à peine 12 % des besoins réels de recrutement annuel pour combler le gap actuel de 7.334 ressources humaines en santé.

A ce rythme annuel, on mettrait plus de six ans pour atteindre l'effectif de personnel requis en 2008 pour couvrir efficacement l'ensemble des formations sanitaires et autres services du secteur public de santé (à tous les niveaux du système de santé). Donc il va falloir changer de stratégie et faire une planification hardie et rigoureuse soutenue par une énorme volonté politique afin de renforcer l'effectif des ressources humaines en santé sur le terrain, à commencer dès l'année 2008.

### 3.1.6 Principales faiblesses liées à la politique et à la planification des ressources humaines en santé

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 para-médical, 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.

## 3.2 La production et le développement des compétences

### 3.2.1 Formation initiale et spécialisation

Le Ministère de la Santé est essentiellement un Ministère utilisateur des ressources humaines en santé. La formation de base est assurée par le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Formation Professionnelle et d'autres structures à l'extérieur.

Au niveau national les possibilités de formation sont multiples et variées. Plusieurs acteurs institutionnels interviennent dans la formation initiale des agents de santé. Ces établissements sont les suivants :

- la Faculté des Sciences de la Santé (FSS) de l'Université d'Abomey-Calavi (UAC) à Cotonou assure la formation des Médecins Généralistes et Spécialistes, des Pharmaciens, des Assistants Sociaux et des Kinésithérapeutes
- la Faculté de Médecine (FM) de l'Université de Parakou (UP) créée en 2001 forme des médecins généralistes ; la première promotion sera probablement livrée sur le marché du travail en 2008 ;
- l'Institut National Médico-Social (INMES) assure la formation de cinq corps de professionnel de santé : le corps des infirmiers et infirmières Diplômés d'Etat (IDE), le corps des sages-femmes diplômés d'Etat (SFE), le corps des aides assistants sociaux, le corps des techniciens de laboratoire d'analyses médicales et le corps des techniciens d'hygiène et d'assainissement ;
- l'Ecole Nationale des Infirmiers et Infirmières Adjoints du Bénin (ENIAB) assure la formation des infirmiers/infirmières adjoints (communément appelés infirmiers brevetés (IB) et des assistants d'hygiène et d'assainissement ;
- l'école Polytechnique d'Abomey-Calavi (EPAC) forme entre autres des Ingénieurs des Travaux en Imagerie médicale et Analyses Biomédicales ;
- l'école Nationale d'Administration et de Magistrature (ENAM) forme des Attachés et Administrateurs d'Administration Hospitalière, Universitaire et d'Intendance (AHUI).



Le Tableau XIV ci-après indique l'effectif des stagiaires en CES au titre de l'année 2007

**Tableau XIV : Nombre de médecins spécialistes en formation en 2007**

N°	FILIEREES	CES1	CES2	CES3	CES4	TOTAL
1	Gynécologie-obstétrique	1	12	12	9	<b>34</b>
2	Pédiatrie	1	5	6	4	<b>16</b>
3	ORL-CCF	1	4	1	0	<b>6</b>
4	Cardiologie	3	9	0	0	<b>12</b>
5	Chirurgie Générale	0	6	3	3	<b>12</b>
6	Anesthésie Réanimation	0	3	3	0	<b>6</b>
7	Ophtalmologie	1	2	0	0	<b>3</b>
8	Médecine Interne	7	5	2	0	<b>14</b>
9	Dermatologie vénérologie	2	1	0	0	<b>3</b>
10	Psychiatrie	0	1	0	0	<b>1</b>
11	Biologie Médicales	5	0	0	0	<b>5</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>48</b>	<b>27</b>	<b>16</b>	<b>112</b>

Source : DRH/MS, 2007

Les diplômes d'études spéciales en voie de création à la FSS sont :

- la neurologie,
- la traumatologie,
- la Santé Publique,
- l'urologie et
- la kinésithérapie.

Le Tableau XV suivant résume les effectifs de ressources humaines paramédicales et de l'administration des formations sanitaires sorties des autres établissements de formations professionnelles de 1997 à 2007, et livrées sur le marché du travail.

**Tableau XV : Evolution du nombre de diplômés formés dans quelques écoles professionnelles de 1997 à 2007**

Ecole Professionnels	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
1. ENIAB <i>Infirmiers brevetés</i>	ND	ND	ND	151	173	173	161	290	468	245	336
1. ENIIEB <i>Infirmier diplômé d'Etat</i>	48	51	51	110	316	123	206	421	306	166	167
2. ENTS	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	42	ND	ND	27
3. ENSFEB <i>Sage-femme diplômée d'Etat</i>	46	48	48	48	74	81	123	192	115	115	113
4. ETLAM <i>Analyses biomédicales</i>	23	29	29	30	35	28	59	67	54	31	41
5. ENAS <i>Aide social(e)</i>	22	23	23	25	31	26	54	46	32	9	20
6. EPAC <i>Analyses biomédicales</i>	ND	ND	ND	11	24	30	28	37	39	70	59
7. EPAC <i>Imagerie médicale</i>	ND	ND	ND	3	8	13	10	13	12	27	16
8. ENAM <i>Administration hospitalière</i>	ND	ND	ND	5	5	8	11	22	12	18	24
9. IRSP <i>MPH (Médecins Béninois formés en Santé Publique)</i>	6	5	7	10	10	10	8	4	7	10	8

Source : DRH/MS, 2008

Le recrutement de nouveaux élèves a été interrompu aussi bien à l'INMES qu'à l'ENIAB au cours des deux dernières années scolaires et encore pour cette année scolaire (2007-2008). Cette situation pourrait avoir comme conséquence une pénurie passagère des différentes catégories de personnel de santé formées dans ces deux établissements sur le marché du travail.

Elle constitue cependant la garantie que les produits de ces deux écoles seront de meilleure qualité à l'avenir. Les futurs candidats au recrutement à l'INMES et à l'ENIAB seront titulaires respectivement du Baccalauréat de l'enseignement du second degré (BAC) et du brevet d'études du premier cycle (BEPC) au lieu respectivement du BEPC et du certificat des études primaires (CEP).

### 3.2.2 Formation continue du personnel

Les formations continues sont réalisées sur place ou à l'étranger avec l'appui financier des partenaires et du budget national. Il y a :

- les séminaires et recyclages ;
- les formations de courte durée (1 mois à 6 mois) ;
- les formations de longue durée (plus de 9 mois) ;
- la formation par tutorat qui consiste à apporter à l'agent sur son lieu de travail un appui technique à travers l'encadrement par un tuteur compétent qui intègre l'équipe de santé et qui travaille à l'amélioration de la qualité des soins.

### 3.2.3 Les coûts des formations dans les établissements nationaux de formation des ressources humaines en santé

Le Tableau XVI ci-dessous présente une récapitulation des coûts unitaires en francs CFA des formations professionnelles de base de chacune des diverses catégories socioprofessionnelles des personnels des services de santé dans les établissements nationaux de formation. Le détail des calculs des coûts unitaires de formation dans chacun des établissements d'enseignement supérieur et/ou professionnel des ressources humaines en santé figure à l'Annexe B.

**Tableau XVI : Tableau récapitulatif des coûts unitaires des formations professionnelles des ressources humaines en santé (en francs CFA)**

Formation professionnelle	Ecole	Coût pour l'apprenant	Coût pour l'Etat	Coût pour le sponsor	Coût total
Infirmier breveté	ENIAB	1 270 800	241 248	0	1 512 048
IDE/SFE/etc.	INMES	851 454	1 266 120	0	2 117 574
IDE/SFE spécialiste <sup>2</sup>	ENAFISAR	-	-	-	1 385 000
Ingénieurs de travaux	EPAC	761 640	2 733 724	0	3 495 364
Attaché AHUI	ENAM	831 600	3 702 750	0	4 534 350
Médecin Généraliste	FM/UP	2 088 331	4 373 288	0	6 461 619
Médecin Généraliste	FSS/UAC	1 650 600	1 142 458	0	2 793 058
Médecin spécialiste <sup>3</sup>	FSS/UAC	3 004 800	1 781 968	7 000 000	11 786 768
Médecin santé publique <sup>4</sup>	IRSP	0	997 673	8 464 000	9 461 673

### 3.2.4 Principales faiblesses liées à la production et au développement des compétences

Les principales faiblesses liées à la production et au développement des compétences des ressources humaines en santé sont :

- l'insuffisance d'allocation de ressources financières pour la formation continue, la spécialisation et le recyclage du personnel de santé ;
- l'inadéquation de la formation initiale des professionnels de santé avec les besoins en compétence du secteur, notamment en ce qui concerne le personnel para-médical ;
- l'absence d'écoles de formation pour certains profils de personnel de santé au Bénin ;
- le problème de niveau de recrutement dans les écoles de formation des paramédicaux ;
- l'absence de formation des formateurs.

<sup>2</sup> Ce coût n'inclut pas celui de la formation de base de l'IDE ou de la SFE

<sup>3</sup> Ce coût n'inclut pas celui de la formation de base du médecin généraliste

<sup>4</sup> Idem que ci-dessus

### **3.3 La motivation des ressources humaines en santé**

#### **3.3.1 Accentuation de la démotivation chez le personnel**

Le système sanitaire béninois connaît un déclin marqué par une démotivation des prestataires de soins. Cette démotivation se traduit dans les formations sanitaires par une désaffection pour le travail et une dégradation croissante des rapports entre usagers et personnels de santé. Le phénomène est général et touche aussi bien les simples agents de santé que les professionnels de soins spécialisés. Les professionnels de la santé déplorent de plus en plus l'effritement de leur pouvoir d'achat et la dégradation croissante de leur image dans la société.

La démotivation se manifeste chez le personnel à travers des comportements tels que :

- l'absentéisme,
- le mauvais accueil des usagers,
- la négligence dans les soins aux malades,
- le rançonnement des usagers,
- la vente illicite des médicaments,
- le détournement des malades vers les cabinets privés.

Cette situation apparaît de plus en plus comme un obstacle à l'amélioration des indicateurs de la santé.

La loi n° 86-013 du 26-02- 1986 portant statut général des agents permanents de l'Etat (APE) et le décret n° 98-77 du 6-03- 1998 portant statut particulier des corps des personnels de la santé ont prévu un certain nombre de primes et accessoires du traitement qui ne sont pas tous payés effectivement.

Des arrêtés et statuts internes à certains hôpitaux et formations sanitaires assimilées ont aussi fixé un certain nombre d'avantages à accorder au personnel. De plus, un effort est fait pour améliorer les conditions de travail par la construction de logements pour le personnel de santé dans les zones défavorisées. Cependant, tous les acteurs du système de santé s'accordent et reconnaissent aujourd'hui la nécessité de mettre en place un véritable système de motivation et d'incitation à la performance dans le secteur santé.

Par ailleurs, les jeunes diplômés sont de moins en moins motivés pour faire carrière dans le secteur public de la santé. Depuis plusieurs années, des postes de spécialistes médicaux sont ouverts aux concours de recrutement d'APE et ACE et ne sont pas pourvus, faute de candidatures.

#### **3.3.2 Exode des cerveaux et migration des cadres du milieu rural vers le milieu urbain**

Il est une évidence que la mise en place des infrastructures routières, socio sanitaires, éducatives (radio, télévision, électricité, eau) ne se fait pas au même rythme sur toute l'étendue du territoire national. Il s'en suit un déséquilibre dans le développement des différentes localités du pays. Ce déséquilibre ne manque pas d'avoir des répercussions sur la motivation des agents à servir dans les zones défavorisées (zones désertées et/ou enclavées).

En effet, les agents de santé en général et les spécialistes en particulier ont de plus en plus tendance à préférer les formations sanitaires des zones urbaines à celles des zones rurales, d'accès difficiles, enclavées ou déshéritées. Les demandes de mutation enregistrées et traitées lors des travaux de mutation nationale de 2003 à 2005 confirment cette tendance. En définitive, les raisons de l'exode des cerveaux se rapportent au développement inégal des localités du pays et à l'absence de mécanismes d'incitation de l'exercice des professions de la santé en zone rurale ou d'accès difficile.

Au-delà de ce problème de migrations des cadres de la santé ou exode de cerveaux, on note un autre phénomène qu'est la fuite des cerveaux qui se traduit par une déperdition des cadres qualifiés de la santé au profit d'autres horizons plus attrayants. Dans le contexte béninois, le phénomène s'observe sous trois formes :

- la déperdition du personnel de santé du secteur public vers le secteur privé où les conditions de travail et le traitement salarial sont beaucoup plus attrayants ;
- la déperdition du personnel de santé de la Fonction Publique (Ministère de la Santé) vers les opportunités d'emploi des Institutions Internationales et des Organisations de coopération ou vers les pays étrangers ;
- la déperdition du personnel de santé de haut niveau vers les fonctions administratives et politiques.

### 3.3.3 Principales faiblesses liées à la motivation des ressources humaines en santé

Les principales faiblesses liées à la motivation des ressources humaines en santé sont :

- les salaires trop bas,
- les mauvaises conditions de travail (cadre de travail, équipement...),
- l'absence de mécanismes d'incitation à la performance dans le secteur santé,
- l'existence de frustrations chez les agents à statuts précaires (agents contractuels de l'Etat (ACE), agents rémunérés sur les fonds dites des mesures sociales (AMS), agents rémunérés sur les fonds du financement communautaire (AFC), agents rémunérés sur les fonds propres des formations sanitaires (AFP) ;
- l'inadéquation entre les salaires et le nombre d'année de formation et inadéquation entre le salaire et la charge de travail ;
- l'absence de motivation des médecins en spécialisation et étudiants en formation ;
- la dévalorisation des professions de santé du fait de l'exercice de la médecine en clientèle privée par des personnes non qualifiées ;
- la désaffection des jeunes professionnels de la santé pour les postes ouverts dans la Fonction Publique.

### **3.4 La gestion et le suivi des carrières**

#### **3.4.1 Dispositifs institutionnels en charge de la gestion des ressources humaines en santé**

La structuration de la Direction des Ressources Humaines (DRH) qui est l'organe de conception et de contrôle des règlements, des normes et procédures en matière de gestion et de développement des ressources humaines vise l'administration des ressources humaines de façon générale, la formation et de l'évaluation des agents, la gestion des effectifs et des archives. Pour ce faire, cette direction centrale dispose des services techniques et administratifs conséquents. Le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou qui est rattaché au niveau central dispose aussi d'un Service des Ressources Humaines (SRH).

Au niveau intermédiaire, chaque Direction Départementale de la Santé (DDS) dispose aussi d'un Service Départemental des Ressources Humaines (SDRH) qui constitue un relais de la DRH. Dans les Centres Hospitaliers Départementaux (CHD) et formations sanitaires assimilées, la gestion des ressources humaines est, par contre, confiée au Service des Affaires Administratives et Economiques (SAAE). Au niveau périphérique, donc de la Zone 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 du Travail et de la Fonction Publique (MTFP). 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 du personnel APE et ACE est géré par le MTFP;
- la DRH ne rémunère pas ; la rémunération des APE et ACE est gérée par le Ministère de l'Economie et des Finances (MEF);
- la DRH ne forme pas ; la formation initiale est assurée par les Ministères en charge de l'Enseignement Supérieur et de la Formation Professionnelle et la formation continue du personnel APE et ACE est assurée par le MTFP ;
- la DRH ne produit pas les actes de carrière ; ils sont gérés par le MTFP et MEF.

Du fait de cette forte centralisation de la gestion des ressources humaines au niveau du MTFP MEF, presque tout le travail que fait la DRH est orienté vers la satisfaction des besoins en information de ces ministères.

#### **3.4.2 Gestion des parcours professionnels**

Le cadre général de déroulement de la carrière des ressources humaines en santé existe (avancement indiciaire, changement d'échelons et de grade). Le statut particulier prévoit l'évolution de l'agent du début de sa carrière jusqu'à la fin, ainsi que les conséquences au plan financier de cette évolution. Au plan individuel, cette évolution est déterminée par les performances individuelles (réussite à un concours professionnel, formations ...) et les avancements peuvent se faire, soit par des notations annuelles, soit par la reconnaissance des compétences acquises (reclassement).

### 3.4.3 Représentation du personnel et relations avec les partenaires sociaux

Conformément aux textes régissant les rapports entre l'administration et les travailleurs, il existe dans le secteur de la santé des organisations syndicales, des Ordres et Associations professionnels, des Sociétés savantes, des représentants du personnel. Les uns défendent les intérêts des travailleurs auprès de l'administration et les autres s'occupent de l'éthique et de la déontologie liées à leurs corporations.

Les négociations entre les organisations syndicales et l'administration ne sont pas toujours faciles, les positions défendues par les uns ne sont pas toujours comprises par les autres, conduisant parfois à la paralysie des services de santé.

### 3.4.4 Principales faiblesses liées à la gestion et au suivi des carrières

Les principales faiblesses liées à la gestion et au suivi des carrières des ressources humaines en santé sont :

- la lenteur dans le traitement des dossiers et actes administratifs du personnel,
- l'absence de base de données fiable sur la situation des ressources humaines en santé,
- la difficulté à tenir à jour les dossiers individuels des agents et à disposer d'espace suffisant pour leur conservation,
- l'absence d'un véritable système d'évaluation des résultats et performances du personnel,
- l'absence d'une gestion prévisionnelle des carrières,
- l'existence de disparité catégorielle dans tous les corps,
- l'insuffisance de décentralisation (absence de répondant au niveau périphérique),
- l'absence de description de postes et profils à tous les niveaux de la pyramide sanitaire,
- l'insuffisance de la prise en compte de l'approche genre et des personnes handicapées.

## **3.5 La prévention et la gestion des risques professionnels**

### 3.5.1 Situation actuelle

Il n'y a pas de statistiques fiables sur les risques professionnels dans le secteur santé. D'une manière générale, les risques professionnels sont liés aux mauvaises conditions de travail. Les accidents dus à l'exposition au sang, aux hépatites, au VIH/SIDA constituent aujourd'hui une préoccupation majeure dans le secteur sanitaire. Plusieurs conséquences sont liées à ces risques et maladies professionnels. Ce sont entre autres, le taux élevé d'absentéisme, la mortalité et les handicaps professionnels.

Le Bénin dispose de textes législatifs et réglementaires en matière de prévention et de gestion des risques professionnels. Il existe aussi des structures publiques chargées de la sécurité au travail. Seulement, ces structures s'occupent beaucoup plus du secteur privé que du personnel de l'Etat. Il a été établi une liste de 50 maladies considérées comme des maladies professionnelles au regard du code du travail.

Pour le personnel sanitaire APE, il n'y a pas de mécanismes de qualification des maladies professionnelles. Les ressources humaines en santé ne bénéficient pas de visites médicales périodiques nécessaires. Pour ce qui est de la réhabilitation des victimes des risques professionnels, il n'existe pas de mécanismes de reconversion, comme il n'existe pas de mécanismes d'indemnisation pour les APE. Les textes ont cependant prévu la gratuité des consultations et des soins pour les personnels de santé en activité et à la retraite (statuts particuliers).

### 3.5.2 Principales faiblesses liées à la prévention et à la gestion des risques professionnels

Les principales faiblesses liées à la prévention et à la gestion des risques professionnels des ressources humaines en santé sont :

- l'inexistence des mécanismes de qualification des maladies professionnelles pour le personnel APE ;
- l'inexistence des statistiques fiables sur les risques professionnels dans le secteur ;
- l'application insuffisante des dispositions réglementaires en matière de prévention et de prise en charge des accidents et maladies professionnels ;
- l'existence de comportements à risque chez les agents de santé ;
- l'insuffisance d'information et de sensibilisation du personnel sur les risques professionnels, et plus particulièrement sur les accidents d'exposition au sang.



## **Chapitre IV : Cadre stratégique et coût**

Face aux problèmes identifiés, il se dégage trois grands domaines d'intervention prioritaires prenant en compte tous les aspects du développement des ressources humaines en santé explorés dans l'analyse de la situation. Ces trois domaines sont :

- la planification des ressources humaines en santé,
- la production et développement des compétences,
- le management des ressources humaines en santé.

Chaque domaine comporte des axes stratégiques en rapport avec les principales actions à mener.

L'ensemble des orientations stratégiques définies repose sur la vision unique.

### **4-1 Vision du PSDRHS**

D'ici à dix ans, le système national de santé est animé par des Ressources Humaines qualifiées, suffisantes, motivées et disponibles qui contribuent à l'amélioration de la performance du secteur.

### **4-2 Cadre stratégique et Coûts**

Le tableau ci-dessous présente pour chaque domaine d'intervention prioritaire les axes stratégiques retenus, les objectifs et résultats attendus, les stratégies et principales actions à mener, les indicateurs objectivement vérifiables, le calendrier d'exécution et le coût de chaque action programmée.

**Tableau N° XVII : Cadre stratégique et Coûts**

Objectifs et Résultats attendus	Stratégies	Principales actions	Indicateurs Objectivement vérifiables	Calendrier d'exécution										Coûts		
				2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
<b>DOMAINE 1 : PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES</b>																
<b>Axe Stratégique 1 : Renforcement de la planification des ressources humaines en santé</b>																
<b>Objectif Général :</b> - Mettre à la disposition des structures du secteur santé le personnel qualifié en nombre suffisant  <b>Objectifs Spécifiques :</b> - Maîtriser les effectifs et les besoins en personnel - Réduire de façon substantielle la pénurie de personnel - Mettre en place un référentiel des postes et profils	Renforcement du système de collecte & de traitement des données sur les RHS	- Procéder à un paramétrage approprié du logiciel de gestion des Ressources Humaines en Santé ;	Nombre de variables pris en compte		X									5 000 000		
		- Elaborer et valider des supports de collecte de données sur le personnel ;	Supports de collecte de données sur le personnel élaborés		X										2 000 000	
		- Mettre en place un mécanisme efficace de remontée de l'information de la périphérie jusqu'au niveau central ;	Mécanisme mis en place			X										0
		- Elaborer un manuel de mise à jour de la base de données sur le personnel ;	Manuel disponible	X												6 000 000
		- Produire périodiquement des tableaux de bord comme outils d'aide à la planification ;	Nombre de tableaux de bord des ressources humaines produits	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	50 000 000
		- Créer un observatoire pour les ressources humaines en santé	Existence et fonctionnalité de l'observatoire	X												3 000 000
	Description des postes et profils	- Constituer un répertoire des emplois, postes et fonctions du secteur ;	Nombre d'emplois, postes, et fonctions répertoriés		X										10 000 000	

Objectifs et Résultats attendus	Stratégies	Principales actions	Indicateurs Objectivement vérifiables	Calendrier d'exécution										Coûts		
				2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
<b>Résultats attendus</b>  - Les effectifs et les besoins en personnel sont maîtrisés - La pénurie de personnel est réduite de façon substantielle - Un référentiel des postes et profils est mis en place		- Définir et valider les profils des différents postes et fonctions ;	Nombre de profils des différents postes et fonctions définis		X										2 500 000	
		- Vulgariser le répertoire des postes et profils pour son exploitation comme outils de décision.	Nombre d'acteurs disposants du répertoire des postes et profils	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2 500 000
		- Elaborer un cadre organique de modernisation de la Gestion des Ressources Humaines en Santé	Cadre organique disponible		X											15 000 000
		- Réaliser un inventaire exhaustif et régulier des effectifs ;	Nombre d'inventaire des effectifs réalisés	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	100 000 000
		- Procéder au redéploiement du personnel en sureffectif dans les structures et services de santé	Nombre d'agents affectés	X					X							10 000 000
		- Elaborer des normes d'effectifs pour chaque structure de santé en fonction des charges de travail, des principes ergonomiques etc...	Nombre de structures et de corps pris en compte		X						X					20 000 000
	Renforcement du recrutement de nouveaux agents en fonction des besoins	- Collecter les besoins en personnel ;	Plan de recrutement disponible	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	50 000 000
		- Elaborer des plans d'effectifs et de recrutement ;	Nombre de plans élaborés	X			X			X				X	30 000 000	
		- Procéder à un recrutement massif des ressources humaines en santé en fonction des besoins	Nombres d'agents recrutés	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	12 000 000 000

Objectifs et Résultats attendus	Stratégies	Principales actions	Indicateurs Objectivement vérifiables	Calendrier d'exécution										Coûts	
				2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
		- Organiser des plaidoyers pour l'accroissement des ressources financières consacrées au recrutement ;	Nombre de plaidoyers organisés	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0
		- Organiser des plaidoyers en faveur de la diversification des sources de financement pour les recrutements.	Cibles et nombre de plaidoyers organisés pour l'accroissement des ressources financières consacrées au recrutement	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0
Développement de missions médicales étrangères et nationales (avec les médecins spécialistes nationaux et de la diaspora)		- Constituer des équipes de missions médicales nationales ;	Nombre d'équipes constituées	X					X						0
		- Organiser la supervision des missions médicales ;	Nombre de supervisions des missions médicales effectivement organisées	X					X						10 000 000
		- Constituer un répertoire des médecins spécialistes béninois de l'extérieur ;	Répertoire des médecins spécialistes béninois de l'extérieur disponible	X		X		X		X		X			15 000 000
		- Négocier des accords de prestations avec les médecins spécialistes béninois de l'extérieur ;	Nombre d'accords de prestation négociés avec les médecins spécialistes de l'extérieur	X						X					10 000 000
		- Organiser des missions médicales des médecins spécialistes béninois de l'extérieur dans les hôpitaux du pays.	Nombre de missions médicales organisées pour les médecins spécialistes béninois de l'extérieur dans les hôpitaux du pays	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	1 000 000 000
		- Capitaliser et valoriser les expériences accumulées par le personnel retraité du secteur	Nombre de retraités pris en compte	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	100 000 000

Objectifs et Résultats attendus	Stratégies	Principales actions	Indicateurs Objectivement vérifiables	Calendrier d'exécution										Coûts		
				2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
		- Utiliser le personnel de santé à la retraite comme force nouvelle de développement	Nombre de contrats signés avec les intéressés	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	500 000 000	
<b>Total axe stratégique 1</b>														<b>13 941 000 000</b>		
<b><u>Axe Stratégique 2 : Renforcement du partenariat entre les acteurs internes et externes en matière de planification de ressources humaines en santé</u></b>																
<b>Objectif Général :</b> - Améliorer le partenariat entre les acteurs internes et externes du secteur  <b>Objectifs Spécifiques :</b> - Développer des mécanismes de concertation entre tous les acteurs en matière des RHS.  - Rendre fonctionnelle la collaboration entre les secteurs privé, public et partenaires sociaux	Renforcement de la collaboration entre acteurs internes et externes	- Créer un comité interministériel de concertation sur les ressources humaines en santé	Arrêté portant création du comité interministériel	X											0	
		- Instituer un cadre de communication, d'échange et de prise de décision sur les RHS entre les structures déconcentrées et les collectivités locales	Cadre de communication mis en place	X												0
		- Faire participer les professionnels de santé du secteur privé aux formations organisées par le Ministère de la santé	Nombre d'agents du secteur privé ayant participé aux formations organisées par le secteur	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	250 000 000
		- Créer un cadre de mobilisation des ressources avec les partenaires pour le financement des ressources humaines	Cadre de mobilisation des ressources instituées	X												0
		- Formaliser les accords de partenariat entre le secteur public et les autres acteurs	Nombre d'accords formalisés	X												0

Objectifs et Résultats attendus	Stratégies	Principales actions	Indicateurs Objectivement vérifiables	Calendrier d'exécution										Coûts		
				2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
<b>Résultats attendus</b> - Les mécanismes de concertation entre tous les acteurs en matière des RHS sont développés - La collaboration entre les secteurs privé, public et partenaires sociaux est fonctionnelle	Développement d'un cadre de concertation entre secteur public et secteur privé	- Superviser la gestion des RH dans les structures du secteur privé	Nombre de supervision organisé	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	100 000 000	
		- Créer de nouvelles formes de partenariat entre les secteurs public et privé en matière de RHS	Nouvelles formes de partenariat créées	X												0
		- Appuyer les structures privées par la mise en place des mécanismes de développement et de motivation de leurs ressources humaines en santé	Nombre de structures privées appuyées	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	500 000 000
		- Créer un cadre de concertation impliquant la société civile, les tradithérapeutes et les communautés	Cadre de concertation créé	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	50 000 000
		- Inclure les tradithérapeutes dans les programmes de développement des ressources humaines en santé	Nombre de tradithérapeutes pris en compte	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	500 000 000
		- Créer une structure nationale en charge du secteur privé et de la médecine traditionnelle	Structure créée		X											0
		- Externaliser certains services des formations sanitaires (hôtellerie, lingerie, entretiens, buanderie, etc..)	Nombre de services externalisés	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	PM

Objectifs et Résultats attendus	Stratégies	Principales actions	Indicateurs Objectivement vérifiables	Calendrier d'exécution										Coûts	
				2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
Valorisation du dialogue social	- Appuyer la mise en place de tous les organes réglementaires de représentation du personnel	Nombre d'organe renouvelé	X												500 000 000
	- Organiser des séances de clarification des rôles et responsabilités des organes de représentation du personnel	Nombre d'organes dont les rôles sont clarifiés		X											2 000 000
	- Appuyer la formation des partenaires sociaux et des responsables de l'administration en matière syndicale	Nombre de formations organisées	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	50 000 000
	- Instituer des rencontres périodiques avec les partenaires sociaux	Nombre de rencontres	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0
	- Renforcer l'humanisation des soins par une meilleure collaboration avec les confessions religieuses	Nombre de soignants religieux mis à la disposition des formations sanitaires	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0
<b>Total axe stratégique 2</b>													<b>1 952 000 000</b>		
<b>Axe Stratégique 3 : Développement de la recherche sur les ressources humaines en santé</b>															
<b>Objectif Général :</b> - Promouvoir la recherche sur les RHS	Constitution d'une banque de données sur les sujets prioritaires par domaine de la GRHS	- Faire la revue documentaire sur les problèmes liés à la gestion des ressources humaines ;	Nombre de documents sur les ressources humaines recensés;	X		X		X		X		X		15 000 000	

Objectifs et Résultats attendus	Stratégies	Principales actions	Indicateurs Objectivement vérifiables	Calendrier d'exécution										Coûts	
				2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
<b>Objectifs Spécifiques :</b> - Développer un répertoire sur les sujets prioritaires de recherche en matière de Ressources Humaines en Santé ; - Mettre en place un mécanisme de collaboration avec les institutions internes et externes de recherche <b>Résultats attendus</b> - Le répertoire sur les sujets prioritaires de recherche en matière de Ressources Humaines en Santé est développé ; - Un mécanisme de collaboration avec les institutions internes et externes de recherche est mis en place		- Recenser les travaux de recherche sur la GRH ;	Nombre de travaux de recherche sur la GRH Recense recensés	X		X		X		X		X		0	
		- Faire des enquêtes complémentaires sur les lieux de travail du personnel sur les problèmes liés à la gestion des ressources humaines ;	Nombre d'enquêtes complémentaires faites sur les lieux de travail du personnel sur les problèmes liés à la gestion des ressources humaines ;	X		X		X		X		X		50 000 000	
		- Utiliser les résultats de recherche pour la planification et le management des RHS	Nombre de décisions prises sur la base des résultats de recherche	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	PM
	Création d'un cadre d'échange pour la promotion de la recherche sur les ressources humaines en santé.	- Initier des rencontres périodiques avec les institutions internes (DRS, DRH) et externes (IRSP, FSS, Ecole de Médecine et CBRST) de recherche ;	Nombre de rencontres périodiques initiées avec les institutions internes et externes de recherche	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10 000 000
		- Faire un plaidoyer auprès des partenaires et des institutions de formation pour la promotion de la recherche des RHS ;	Nombre de plaidoyers organisés	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0
	- Proposer aux Ecoles de formation des sujets de mémoires et thèses ;	Nombre de travaux de recherche proposés aux écoles de formation	X		X		X		X		X		0		
	- Commanditer les travaux de recherche sur les sujets prioritaires	Nombre de travaux de recherche commandités	X						X					20 000 000	



Objectifs et Résultats attendus	Stratégies	Principales actions	Indicateurs Objectivement vérifiables	Calendrier d'exécution										Coûts	
				2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
	Création d'un environnement incitatif pour le développement de la recherche	- Former à la recherche ;	Nombre de formations à la recherche entreprises	X		X		X		X		X		25 000 000	
		- Vulgariser les travaux de recherche ;	Nombre de travaux de recherche publiés	X		X		X		X		X		25 000 000	
		- Primer les meilleurs travaux de recherche	Nombre de travaux de recherche primés	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	50 000 000	
	<b>Total axe stratégique 3</b>													<b>195 000 000</b>	
<b>DOMAINE 2 : Production et Développement des compétences</b>															
<b>Axe Stratégique 4 : Développement d'un plan consensuel de formation initiale du personnel du secteur</b>															
<b>Objectif Général :</b> - Doter le secteur de la santé d'un plan consensuel de formation initiale  <b>Objectifs Spécifiques :</b> - Maîtriser les besoins en formation sur la base des normes et standard en matière des RHS	Constitution d'une banque de données sur les besoins et les coûts de formation	- Utiliser les normes (qualitatives et quantitatives) pour définir les besoins de formation	Normes et standards en matière de formation disponible	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0	
		- Elaborer et valider les supports de collecte de données sur les besoins en formation des RHS et des coûts	Nombre de support de collecte de données élaboré	X					X						4 000 000
		- Mettre en place un mécanisme efficace de remontée de l'information de la périphérie jusqu'au niveau central	Mécanisme mis en place	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0
		-Elaborer un manuel de mise à jour de la base de données sur les besoins en formation	Manuel de mise à jour de la base de données disponible		X										2 000 000
		- Elaborer un plan triennal de formation	Plan disponible	X			X			X			X		40 000 000

Objectifs et Résultats attendus	Stratégies	Principales actions	Indicateurs Objectivement vérifiables	Calendrier d'exécution										Coûts		
				2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
<p>- Mettre en adéquation les besoins de formation du secteur avec les curricula dans les institutions de formation</p> <p><b>Résultats attendus</b></p> <p>- Les besoins en formation sont maîtrisés</p> <p>- Les curricula dans les institutions de formation sont en adéquation avec les besoins de formation du secteur</p>	Renforcement des relations avec les institutions de formation et les autres structures impliquées dans la formation	- Recenser les écoles de formation des professionnels de santé	Nombre d'écoles de formation recensées	X		X		X		X		X		0		
		- Mettre en place un mécanisme d'agrément des écoles de formation des professionnels de la santé	Nombre d'école des professionnels de santé agréé	X			X			X			X		10 000 000	
		- Elaborer des conventions de partenariat avec les écoles de formation agréées ;	Nombre de convention de partenariat signé	X			X			X			X		40 000 000	
		- Organiser des revues périodiques du comité interministériel pour le recrutement des stagiaires, l'élaboration des curricula de formation et la détermination des profils des formateurs	Nombre de revues périodiques du comité interministériel pour le recrutement des stagiaires organisées	X		X		X			X			X		10 000 000
		- Organiser des missions de suivi de la formation dans les écoles	Nombre de missions de suivi de la formation dans les écoles organisé	X		X		X			X			X		50 000 000
	Renforcement des capacités de production des Institutions de formation	- Faire un plaidoyer en direction des Ministères en charge de la Formation pour : * la réglementation de la création des écoles * la formation/recyclage des formateurs en nombre suffisant * la mise en place d'infrastructures et d'équipements appropriés	Nombre de plaidoyers organisés		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0	

Objectifs et Résultats attendus	Stratégies	Principales actions	Indicateurs Objectivement vérifiables	Calendrier d'exécution										Coûts		
				2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
		* la réglementation des effectifs à former * l'audit régulier de la gestion technique et des ressources des écoles de formation														
		- Mettre en place un mécanisme de confirmation de la qualité de la formation dispensée dans les écoles	Mécanisme mis en place	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0
		- Créer des écoles ou instituts de formation pour les différentes catégories de ressources humaines en santé (aide-soignants, maintenanciers, agents d'entretien des services de santé, spécialistes para médicaux, cadres de la santé etc..)	Nombre d'écoles créées		X											500 000 000
Appui à l'amélioration de l'encadrement des élèves et étudiants sur les lieux de stage		- Recenser les lieux susceptibles de recevoir les stagiaires	Nombre de structures susceptibles de recevoir les stagiaires en formation dans les écoles		X										0	
		- Améliorer l'environnement des lieux de stages (matériels didactiques, capacité d'accueil, compétence de l'encadreur, nombre d'encadreurs, équipement)	Environnement des lieux de stages amélioré	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	1 000 000 000	
		- Motiver les encadreurs	Nombre d'encadreurs motivés	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	250 000 000	

Objectifs et Résultats attendus	Stratégies	Principales actions	Indicateurs Objectivement vérifiables	Calendrier d'exécution										Coûts	
				2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
		- Elaborer le statut des apprenants dans les espaces CHU et autres formations sanitaires	Statut adopté	X											10 000 000
		Elaborer un texte relatif à l'encadrement des apprenants sur les lieux de stage	Texte élaboré		X										0
		- Octroyer des primes de gardes et autres aux apprenants	Nombre d'apprenants pris en charge	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	500 000 000
	Suivi et évaluation du plan de formation	- Elaborer des outils de suivi évaluation (manuel de procédure)	Nombre d'outils élaboré	X											5 000 000
		- Réaliser l'évaluation à mi parcours et finale du plan de formation	Nombre d'évaluation réalisé					X						X	20 000 000
		- Valider les conclusions des rapports de suivi et évaluation avec les acteurs impliqués	Nombre d'ateliers de validation	X					X						10 000 000
<b>Total axe stratégique 4</b>												<b>2 451 000 000</b>			
<b>Axe Stratégique 5 : Développement des compétences du personnel du secteur</b>															
<b>Objectif Général :</b> - Améliorer les compétences du personnel du secteur de la santé	Promotion de la spécialisation et du perfectionnement des agents	- Recenser les besoins des professionnels de santé en nouvelles compétences	Nouvelles compétences identifiées	X		X		X		X		X		25 000 000	
		- Appuyer les formations sanitaires à l'élaboration des plans de formation (perfectionnement)	Nombre de plans de formation élaborée	X			X			X			X	40 000 000	

Objectifs et Résultats attendus	Stratégies	Principales actions	Indicateurs Objectivement vérifiables	Calendrier d'exécution										Coûts	
				2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
<b>Objectifs Spécifiques :</b> - Assurer la spécialisation et le perfectionnement des agents - Développer un réseau de formateurs dans les domaines prioritaires du secteur  <b>Résultats attendus</b> - La spécialisation et le perfectionnement des agents sont assurés - un réseau de formateurs est développé dans les domaines prioritaires du secteur		- Organiser des voyages d'études dans cadre de la signature des accords de partenariat entre les hôpitaux nationaux et étrangers	Nombre de voyages d'études organisés	X			X			X			X		50 000 000
		- Signer des accords de partenariat entre les hôpitaux nationaux et étrangers pour le perfectionnement du personnel	Nombre d'accords de partenariat signés avec les hôpitaux pour le perfectionnement du personnel	X			X			X			X		0
		- Organiser des séminaires et ateliers de formation au profit de tous les agents	Nombre de séminaires et ateliers de formation organisés au profit des des agents	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	500 000 000
		- Insérer dans les curricula de formation les nouvelles connaissances et techniques identifiées	Curricula actualisés	X		X		X		X		X			0
		- Actualiser de façon périodique les curricula de formation	Nombre d'actualisation faite	X					X						20 000 000
		- Organiser des stages de spécialisation et des stages de courte durée au profit des agents	Nombre de stages de spécialisation et des stages de courte durée organisés au profit des agents	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	59 465 746 544
		- Elaborer un texte favorisant le développement des compétences des professionnels de la santé	Texte élaboré	X						X					0

Objectifs et Résultats attendus	Stratégies	Principales actions	Indicateurs Objectivement vérifiables	Calendrier d'exécution										Coûts
				2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
		- Mettre en place un dispositif de formation par les TIC (cyber santé)	Nombre de centres disposant d'un système de formation par les TIC	X		X		X		X		X		250 000 000
		- Former/récycler de façon périodique les agents dans le domaine de l'éthique et de la déontologie	Nombre d'agents formés	X		X		X		X		X		50 000 000
		- Former/récycler de façon périodique les agents dans le domaine de la prévention et de la prise en charge des accidents de route, des incendies et autres catastrophes	Nombre d'agents formés	X		X		X		X		X		50 000 000
		- Mettre en place une base de données sur les actions de formation du secteur	Base de données mise en place	X										10 000 000
	Développement de l'apprentissage en situation professionnelle	- Organiser des formations par tutorat dans toutes les structures sanitaires	Nombre de formations par tutorat organisées dans les structures sanitaires	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	500 000 000
		- Elaborer un texte pour l'extension de la formation par tutorat à d'autres corps du secteur santé	Nombre de corps pris en compte	X										0
		- Organiser régulièrement des supervisions formatives	Nombre de supervisions formatives organisées	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	100 000 000
	Promotion de nouvelles filières de formation	- Créer un institut de formation des spécialistes paramédicaux	Texte créant l'institut		X									0

Objectifs et Résultats attendus	Stratégies	Principales actions	Indicateurs Objectivement vérifiables	Calendrier d'exécution										Coûts		
				2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
		- Créer les filières de spécialités médicales inexistantes à la Faculté des Sciences de la Santé	Nombre de nouvelles filières de spécialités créées		X											0
		- Instituer le BAC comme diplôme d'accès aux écoles de formation du personnel para médical	Nombre d'élèves recrutés avec le niveau BAC	X												PM
	Mise en place d'un réseau de formateurs dans les domaines prioritaires du secteur	- Identifier des domaines prioritaires nécessitant des besoins de formation complémentaires	Nombre de domaines prioritaires identifiés	X			X				X			X		0
		- Organiser la sélection des formateurs potentiels	Nombre de formateurs potentiels identifiés	X			X				X			X		10 000 000
		- Créer des structures d'accueil pour les formations au niveau des départements	Nombre de structures d'accueil créées pour les formations au niveau des départements		X											500 000 000
		- Formaliser par des textes la mise en place des réseaux de formateur	Existence de texte de mise en place des réseaux de formateur	X	X											0
	<b>Total axe stratégique 5</b>														<b>62 105 000 000</b>	

Objectifs et Résultats attendus	Stratégies	Principales actions	Indicateurs Objectivement vérifiables	Calendrier d'exécution										Coûts	
				2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
<b>Domaine n° 3: Management des ressources humaines</b>															
<b>Axe Stratégique 6 : Amélioration de la gestion des carrières</b>															
<b>Objectif Général :</b> - Améliorer les pratiques en matière de gestion de la carrière des agents  <b>Objectifs Spécifiques :</b> - Développer un plan de carrière pour chaque catégorie de personnel de santé - Mettre en place un système efficace de répartition du personnel  <b>Résultats attendus</b> - Un plan de carrière est développé pour chaque catégorie de personnel de santé	Amélioration de la Gouvernance dans le domaine des RHS	- Former les responsables hiérarchiques en management et leadership	Nombre de responsables hiérarchiques formés	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	50 000 000	
		- Sensibiliser les acteurs du secteur sur le décret portant valeur éthique dans l'administration publique	Nombre de séance de sensibilisation organisée	X											0
		- Elaborer et faire adopter une charte nationale sur la gouvernance de la santé	Charte Nationale sur la gouvernance disponible	X											10 000 000
		- Faire appliquer dans le secteur de la santé le décret relatif aux Hauts Emplois Techniques	Nombre de hauts emplois techniques pourvus conformément aux textes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0
		- Elaborer des manuels de procédures de gestion à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et dans toutes les structures et services de santé	Taux de couverture des structures et services de santé en manuel de procédures			X	X	X							50 000 000
		- Elaborer et adopter une charte des « bénéficiaires des services » pour les hôpitaux et centres de santé publics et privés.	Charte « bénéficiaire des services » disponible	X											10 000 000
		- Utiliser les TIC pour réduire le déficit de communication dans le secteur	Pourcentage d'acteurs utilisant les TIC pour information	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	50 000 000



Objectifs et Résultats attendus	Stratégies	Principales actions	Indicateurs Objectivement vérifiables	Calendrier d'exécution										Coûts	
				2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
- Un système efficace de répartition du personnel est mis en place		- Mettre en place des mécanismes de lutte contre les dérives comportementales des agents de santé (rançonnement, vente illicite de médicaments, etc..)	Mécanismes mis en place / Nombre d'agents sanctionnés	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	100 000 000
		- Récompenser les meilleurs agents	Nombre de prix attribués	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	1 000 000 000
		- Diffuser les bonnes pratiques de la gestion axée sur les résultats	Pourcentage d'agents adoptant de bonnes pratiques	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	50 000 000
		- Vulgariser les orientations stratégiques nationales relatives à l'éthique et la bonne gouvernance (ALAFIA 2025, DSCR, Vision du Gouvernement)	Nombre de séances de vulgarisation organisé		X										5 000 000
		- Rendre fonctionnelles les structures de contrôle de gestion à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Nombre de structures de contrôle de gestion fonctionnelles	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	50 000 000
		- Faire respecter l'adéquation entre les postes et les profils (l'homme qu'il faut à la place qu'il faut)	Nombre de personnes occupant des postes correspondant à leurs profils	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0
		- Renforcer la justice et la transparence dans la gestion	Résultats d'enquête	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0
		- Rendre obligatoire l'inscription des professionnels de santé dans les différents ordres	Nombre de professionnels de santé inscrits	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0

Objectifs et Résultats attendus	Stratégies	Principales actions	Indicateurs Objectivement vérifiables	Calendrier d'exécution										Coûts	
				2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
		- Renforcer le contrôle de présence dans les services de santé	Nombre de séances de contrôle et résultats obtenus	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0
	Renforcement des mécanismes d'évolution dans les corps de la santé	-Elaborer les plans de carrière	Nombre de catégories de personnel de santé pour lesquelles un plan de carrière est développé	X					X						20 000 000
		-Actualiser les textes de gestion des carrières existants	Nombre des textes actualisés	X			X			X				X	0
		-Elaborer les textes complémentaires de gestion de carrière	Nombre de textes élaborés	X			X			X				X	0
		-Vulgariser et disséminer les textes relatifs à la carrière	Nombre d'ateliers de dissémination des textes organisés		X			X			X				15 000 000
		-Organiser régulièrement les concours professionnels	Nombre de concours organisés pour les corps de santé	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0
		- Corriger les disparités catégorielles	Résultat d'enquête		X										0
		-Recenser les différents actes de gestion de carrière	Nombre d'actes recensés	X		X		X		X		X		X	0
	Renforcement des mécanismes de production et de suivi des actes de carrière	-Renforcer les compétences du personnel chargé de la production des actes de carrières	Nombre de séance de formation organisée	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10 000 000
		- Elaborer un manuel de procédure de gestion des carrières	Manuel de procédure disponible	X					X						0

Objectifs et Résultats attendus	Stratégies	Principales actions	Indicateurs Objectivement vérifiables	Calendrier d'exécution										Coûts		
				2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
		- Informatiser la production des actes de carrière	Nombre d'actes de carrière dont la production est informatisée	X						X						50 000 000
		- Mettre à la disposition des agents les textes régissant leur carrière	Nombre de textes mis à la disposition des agents	X		X		X		X		X		X		0
		- Informer les agents sur l'évolution et le suivi de leur carrière et aussi sur la constitution des dossiers (de nomination, d'avancement, de titularisation, de promotion...)	Nombre de séance d'information organisé	X		X		X		X		X		X		25 000 000
		- Produire en temps réel les actes de carrière	Nombre d'actes produits en temps réel	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0
		- Assurer un contrôle interne de la gestion des carrières	Nombre de contrôle exécuté	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0
		- Moderniser le traitement et la conservation des dossiers individuels et archives du personnel	Nombre de dossiers traités	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	50 000 000
		- Harmoniser le mode de recrutement et le mode de gestion de la carrière des agents contractuels (Fonds propre, Financement communautaire)	Nombre de séance organisée		X											8 000 000
		- Procéder au reversement des contractuels des CHD et autres formations sanitaires dans les statuts d'agents de l'Etat	Nombre d'agents reversés	X	X											PM

Objectifs et Résultats attendus	Stratégies	Principales actions	Indicateurs Objectivement vérifiables	Calendrier d'exécution										Coûts	
				2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
	Amélioration des mécanismes de répartition du personnel	- Améliorer le suivi des actes de carrière dans le circuit administratif, (Fonction Publique, Finances, lieux de fonction des agents)	Nombre d'actes suivis dans le circuit administratif, (Fonction Publique, Finances, lieux de fonction des agents)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	50 000 000
		- Evaluer le mécanisme actuel de répartition du personnel	Mécanisme évalué		X										10 000 000
		- Actualiser la liste des zones déshéritées ou enclavées	Nombre de séances d'actualisation		X										2 000 000
		- Proposer de nouveaux mécanismes de régulation des déséquilibres d'effectifs	Nombre de mécanismes définis		X										5 000 000
		- Appliquer effectivement la nouvelle réglementation en matière des mutations du personnel	Nombre de sessions de mutation tenues conformément au nouvel arrêté	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0
		- Définir de nouveaux critères d'affectation et de mutation pour les agents des zones déshéritées	Nombre de critères définis		X										5 000 000
		- Affecter les agents dans les zones déshéritées pour une période minimum de trois ans	Nombre d'agents affectés dans les zones déshéritées	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0
		- Mettre en place un système d'encadrement par les anciens des nouveaux agents affectés dans les zones déshéritées	Système mis en place	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0
		- Encourager les recrutements sur poste	Nombre d'agents recrutés sur postes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0
		<b>Total axe stratégique 6</b>													<b>1 625 000 000</b>

Objectifs et Résultats attendus	Stratégies	Principales actions	Indicateurs Objectivement vérifiables	Calendrier d'exécution										Coûts		
				2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
<b>Axe Stratégique 7 : Amélioration des mécanismes d'incitation à la performance et de maintien au poste</b>																
<b>Objectif Général :</b> - Développer des mécanismes efficaces d'incitation au travail dans le secteur santé  <b>Objectifs Spécifiques :</b> - Mettre en place un système adéquat de motivation à la performance des agents  - Mettre en place des mesures incitatives de maintien des agents au poste  <b>Résultats attendus</b> - Un système adéquat de motivation à la performance des agents est mis en place	Amélioration des conditions de travail	- Identifier les facteurs de déperdition du personnel	Nombre de facteurs de déperdition identifiés	X										5 000 000		
		- Identifier des sources de motivation du personnel	Sources de motivation identifiées	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0	
		- Organiser un atelier d'identification de modalités pratiques d'incitation du personnel à la performance	Nombre de modalités pratiques d'incitation définies		X											5 000 000
		- Organiser un forum sur les stratégies de renforcement de la qualité des prestations de soins	Nombre de participants au forum			X										15 000 000
		- Appliquer les mesures de motivation à la performance des agents	Nombre d'actes pris en compte	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10 000 000 000
		- Etendre à tous les agents en activités ou à la retraite (article 95 du statut particulier des agents de santé) la prise en charge sanitaire du personnel à tous les actes et soins sans exception	Nombre d'actes et de soins médicaux autorisés	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	PM
		- Réviser substantiellement à la hausse les grilles salariales et accessoires du personnel de la santé	Salaire revu à la hausse	X	X											0
		- Faire adopter une loi portant indexation des salaires et pensions sur le coût de vie	Texte de loi adopté		X											0

Objectifs et Résultats attendus	Stratégies	Principales actions	Indicateurs Objectivement vérifiables	Calendrier d'exécution										Coûts	
				2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
- Des mesures incitatives de maintien des agents au poste sont adoptées		- Actualiser et mettre en œuvre le régime indemnitaire contenu dans le statut particulier des agents de santé (article 100)	Régime indemnitaire revu	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	PM
		- Appliquer effectivement les sanctions (positives et négatives)	Nombre d'agents sanctionnés	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0
		- Doter le personnel de la santé d'un statut spécial	Statut spécial disponible		X										0
		- Elaborer et faire adopter la loi hospitalière	Loi hospitalière disponible		X										10 000 000
		- Elaborer les textes réglementaires relatifs à la bi-appartenance des enseignants hospitalo-universitaires	Textes réglementaires disponibles			X									10 000 000
		- Mettre en place un mécanisme de suivi du personnel admis à la retraite	Mécanisme disponible	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	15 000 000
		- Appliquer l'approche genre dans la nomination aux postes de responsabilité	Nombre de femmes nommées	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0
		- Créer des conditions valorisantes de travail (locaux, matériels de travail, équipements, ambiance de travail...)	Conditions de travail améliorées	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	PM

Objectifs et Résultats attendus	Stratégies	Principales actions	Indicateurs Objectivement vérifiables	Calendrier d'exécution										Coûts		
				2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
		- Définir et octroyer des primes spéciales aux agents de santé exerçant dans les structures sanitaires hospitalières et administratives	Nombre d'agents ayant bénéficié de prime	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	PM	
	Valorisation de la performance	- Réaliser l'audit du système actuel d'évaluation des performances	Audit réalisé		X										5 000 000	
		- Elaborer et vulgariser de nouvelles grilles d'évaluation des performances des agents en fonction des profils de poste du secteur santé	Grilles élaborées		X											10 000 000
		- Déterminer les critères objectifs d'occupation des postes de responsabilités ;	Nombre de critères déterminés	X	X											5 000 000
		- Valoriser les agents méritants	Nombre d'agents de santé valorisés	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	50 000 000
		- Créer un cadre approprié de valorisation des expériences des personnes ayant occupé des postes de responsabilité	Cadre créé		X											0
		- Développer les cercles de qualité (comités d'assurance qualité, cercles de réflexions et de proposition...)	Nombre de cercles de qualité créés		X											0
		- Former le personnel à l'utilisation des nouvelles grilles des performances des agents	Nombre d'agents formés à l'utilisation des nouvelles grilles d'évaluation des performances	X						X						20 000 000

Objectifs et Résultats attendus	Stratégies	Principales actions	Indicateurs Objectivement vérifiables	Calendrier d'exécution										Coûts	
				2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
		- Signer un contrat de performance avec chaque agent appelé à occuper ou occupant un poste de responsabilité	Nombre d'agents occupant un poste de responsabilité disposant d'un contrat de performance	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0
		- Evaluer la performance des agents	Nombre d'agents dont la performance est évaluée	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0
		- Développer le système de prime ou paiement au résultat (PAR)	- Nombre de structures de santé appliquant le système du PAR	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0
	Adoption des mesures visant le maintien des agents au poste	- Réglementer les consultations privées en milieu hospitalo-Universitaire pour les enseignants de rang magistral	règlementation mis en place	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0
		- Définir et octroyer des primes spéciales aux agents de santé exerçant dans les structures sanitaires hospitalières et administratives	Nombre d'agents ayant bénéficié de prime	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	500 000 000
		- Doter chaque structure de santé d'un cadre de travail attractif ( locaux et équipements appropriés)	Nombre de cadres de travail améliorés	X											500 000 000
		- Etablir une cartographie actualisée des zones éloignées, enclavées et/ou défavorisées	Cartographie disponible		X						X				10 000 000



Objectifs et Résultats attendus	Stratégies	Principales actions	Indicateurs Objectivement vérifiables	Calendrier d'exécution										Coûts		
				2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
		- Offrir au personnel appelé à servir dans les zones défavorisées des logements décentes	Nombre de logements destinés aux agents en zones éloignées, enclavées et/ou défavorisées		X											500 000 000
		- Accorder au personnel des avantages en numéraire (prime d'éloignement, prime d'installation...) en fonction des difficultés liées au cadre de vie	Nombre d'agents ayant bénéficié d'avantages en numéraire octroyés en fonction des difficultés liées au cadre de vie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	1 000 000 000
		- Organiser un plaidoyer auprès des municipalités pour la création d'une ligne budgétaire de primes de fidélisation des agents affectés dans les communes	Nombre de plaidoyers organisés et nombre de communes disposant de lignes ligne budgétaire de primes de fidélisation	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0
		- Instituer des congés de célibataire géographique (rapprochement temporaire des conjoints tous les deux mois pour une durée d'une semaine)	Nombre de textes élaborés	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0
		- Doter le personnel appelé à servir dans les zones défavorisées de moyens de transport adéquat	Nombre de motos attribuées	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	100 000 000
		- Mettre en place un système d'encadrement par les anciens des nouveaux agents affectés dans les zones déshéritées	Nombre de nouveaux agents encadrés	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0

Objectifs et Résultats attendus	Stratégies	Principales actions	Indicateurs Objectivement vérifiables	Calendrier d'exécution										Coûts		
				2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
		- Développer la communication interne au ministère de la santé	Nombre d'outils de communication interne mis en place	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0	
		- Créer un réseau de communication et d'échange d'expériences entre personnels des centres hospitaliers (Télé médecine, téléconférence, RAC, TIC etc...)	Nombre de séance d'échanges par réseau	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0	
<b>Total axe stratégique 7</b>														<b>12 760 000 000</b>		
<b>Axe Stratégique 8 : Prévention et gestion des risques professionnels</b>																
<b>Objectif Général :</b> - Promouvoir la santé et la sécurité au travail dans le secteur santé  <b>Objectifs Spécifiques :</b> - Renforcer le cadre institutionnel régissant la prévention et la gestion des risques professionnels dans le secteur	Mise en place de système d'information et de mécanisme de qualification des risques professionnels	- Actualiser les textes juridiques existants	Nombre de textes actualisés	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0	
		- Elaborer des textes complémentaires	Nombre de textes complémentaires élaborés	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0
		- Vulgariser les différents textes relatifs à la prévention et à la gestion des risques professionnels	Nombre d'ateliers de vulgarisation des textes relatifs à la prévention et à la gestion des risques professionnels	X					X							10 000 000
		- Elaborer le répertoire des risques professionnels	Répertoire élaboré	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10 000 000
		- Créer dans chaque département (DDS) un service de médecine du travail	Nombre de services de médecine du travail créés et fonctionnels	X												20 000 000

Objectifs et Résultats attendus	Stratégies	Principales actions	Indicateurs Objectivement vérifiables	Calendrier d'exécution										Coûts	
				2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
<p>- Mettre en place des mécanismes de prévention et de gestion des accidents de travail et maladies professionnelles</p> <p><b>Résultats attendus</b></p> <p>- Le cadre institutionnel régissant la prévention et la gestion des risques professionnels dans le secteur santé est renforcé</p> <p>- Des mécanismes de prévention et de gestion des accidents de travail et maladies professionnelles sont mis en place</p>	Création/dynamisation de structures de prévention et de gestion des risques professionnels	- Doter systématiquement les formations sanitaires et les services de santé (publics et privés) en comité d'hygiène et sécurité au travail	Nombre de comité d'hygiène et de sécurité mis en place	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0
		- Rendre fonctionnels les comités d'hygiène et de sécurité au travail	Comités d'hygiène fonctionnels	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10 000 000
		- Généraliser la création des comités de lutte contre les infections nosocomiales et les rendre fonctionnels	Nombre de comités créés	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	15 000 000
		- Actualiser et appliquer les normes et standards en matière d'édification des infrastructures sanitaires et des locaux administratifs	Normes et standards en matière d'édification disponible	X			X			X			X		0
		- Elaborer le répertoire des risques professionnels du secteur santé et l'actualiser tous les cinq ans	Répertoire des risques disponible	X						X					10 000 000
		- Soumettre cette liste aux structures compétentes pour homologation	Liste homologuée		X						X				0
		- Mettre en place un système de collecte, de traitement et d'analyse des données	Nombre d'outils élaboré Système mis en place	X		X		X		X		X		X	25 000 000
		- Diffuser les informations sur les risques professionnels	Nombre d'atelier de diffusion les informations sur les risques professionnels	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0

Objectifs et Résultats attendus	Stratégies	Principales actions	Indicateurs Objectivement vérifiables	Calendrier d'exécution										Coûts		
				2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
		- Mettre en place un mécanisme de qualification des risques professionnels	Mécanisme mis en place		X											5 000 000
Développement des mécanismes d'évaluation, de suivi des états de santé et de prise en charge des travailleurs dans le secteur		- Systématiser les bilans de santé des agents dans toutes les formations sanitaires et dans tous les services de santé	Nombre d'agents de santé dont le bilan de santé a été systématisé	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		1 000 000 000
		- Engager des actions de prise en charge, de dédommagement ou de reconversion des agents de santé victimes et handicapés	Nombre d'actions engagées	X					X							100 000 000
		- Assurer une veille permanente de l'état de santé des agents	Nombre d'agents bénéficiant d'un bilan annuel de santé	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		0
		- Développer une politique de couverture des risques professionnels pour toutes les ressources humaines en santé	Nombre de contrats risques professionnels souscrits	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		0
		- Promouvoir des mutuelles de santé / assurance médicale pour les travailleurs du secteur	Nombre de travailleurs adhérents des mutuelles de santé	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		0
		- Définir les modalités et les critères de prise en charge des accidents et maladies de travail	Nombre de critères définis		X											5 000 000

Objectifs et Résultats attendus	Stratégies	Principales actions	Indicateurs Objectivement vérifiables	Calendrier d'exécution										Coûts	
				2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
Renforcement des compétences des professionnels de la santé en ergonomie et en prévention des risques professionnels	- Introduire dans les curricula de formation des professionnels de santé des modules en ergonomie et en prévention des risques professionnels	Nombre de curricula révisés		X											5 000 000
	- Former les professionnels de santé en ergonomie et en prévention des risques professionnels	Nombre de professionnels de santé formés en ergonomie et en prévention des risques professionnels		X											10 000 000
	- Elaborer et mettre en application les mesures de prévention universelle en matière de maladies transmissibles et contagieuses	Mesures de prévention disponibles		X											5 000 000
	- Sensibiliser les agents sur les comportements à risque (risques professionnels, risques liés à la profession, accident d'exposition au sang, respect des normes...)	Nombre de séances organisées	X		X		X		X		X		X		25 000 000
Développement de mécanismes de réduction du stress et des surcharges du travail	- Mettre de façon systématique les agents en congés administratifs	Nombre de titre de congés établis	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0
	- Créer des cadres de loisirs et de divertissement (excursion, colonie de vacances)	Nombre de cadres créés	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0
	- Améliorer l'environnement physique au travail (bruit, éclairage, aération, salubrité)	Nombre de cadres de travail améliorés	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0

Objectifs et Résultats attendus	Stratégies	Principales actions	Indicateurs Objectivement vérifiables	Calendrier d'exécution										Coûts		
				2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
		-Réduire les atteintes à la santé liées aux charges physiques et mentales du travail	Nombre d'accidents et maladies de travail	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0	
		-Améliorer l'ambiance au travail	Nombre de réunions de service tenues	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0	
		-Combattre la discrimination et la stigmatisation	Texte de loi adoptée	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0	
<b>Total axe stratégique 8</b>														<b>1 255 000 000</b>		
<b>Axe Stratégique 9 Déconcentration/Décentralisation de la GRH</b>																
<b>Objectif Général :</b> - Promouvoir une gestion de proximité des RHS  <b>Objectifs Spécifiques :</b> - Accroître les pouvoirs de décision en matière de GRH aux niveaux central, intermédiaire et périphérique du secteur de la santé	Consolidation du cadre institutionnel de GRH	- Créer un cadre de concertation (ordres, associations, syndicats) pour le respect de la déontologie et de l'éthique dans le secteur	Cadre de concertation créé		X										10 000 000	
		- Créer un comité national d'éthique avec des antennes régionales (groupe de départements) pour la médecine moderne et la médecine traditionnelle	Comité national créé		X											5 000 000
		- Créer un cadre de concertation sur le transfert des compétences entre le MS et les autres acteurs impliqués dans la GRH	Cadre de concertation créé	X				X								10 000 000

Objectifs et Résultats attendus	Stratégies	Principales actions	Indicateurs Objectivement vérifiables	Calendrier d'exécution										Coûts	
				2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
<p>- Développer les capacités de gestion des RH aux niveaux central, intermédiaire et périphérique</p> <p><b>Résultats attendus</b></p> <p>- Les pouvoirs de décision en matière de GRH sont accrus aux niveaux central, intermédiaire et périphérique du secteur de la santé</p> <p>- Les capacités de gestion des RH aux niveaux central, intermédiaire et périphérique sont développées</p>		- Clarifier les attributions et les rôles des différents acteurs au niveau intermédiaire et périphérique	Nombre de séances organisées sur la clarification des missions		X										5 000 000
		- Définir les fonctions et responsabilités susceptibles d'être transférées (MTFP, MEF, MISPCL)	Nombre de fonctions définies	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0
		- Définir les nouvelles fonctions des organes de gestion au niveau décentralisé en matière de GRH	Nombre de nouvelles fonctions des organes de gestion définies		X										5 000 000
		- Actualiser / élaborer les textes juridiques appropriés et Vulgariser les différents textes	Nombre de textes actualisés	X					X						20 000 000
		- Renforcer les capacités techniques des acteurs	Nombre d'agents dont les capacités sont renforcées	X		X		X		X		X			25 000 000
		- Renforcer le mécanisme d'échanges d'informations et de communication entre le MS et les autres ministères impliqués dans la GRH	Nombre de séances d'échange d'informations	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0
		- Définir avec le MTFP les modalités de délégation de la gestion de la carrière	Mécanisme disponible				X								5 000 000
		Renforcement de la délégation des pouvoirs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	- Définir les fonctions et responsabilités susceptibles d'être déléguées	Fonctions et responsabilités définies	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0
	- Prendre les actes appropriés		Nombre d'actes élaborés	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0	

Objectifs et Résultats attendus	Stratégies	Principales actions	Indicateurs Objectivement vérifiables	Calendrier d'exécution										Coûts			
				2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018				
		- Former les acteurs (gestionnaires des RH, élus locaux et autres) sur les nouvelles fonctions	Nombre d'acteurs formés	X		X		X		X		X		X		25 000 000	
		- Mettre en place un dispositif d'audit de conformité de la GRH	Audit réalisé	X		X		X		X		X		X		25 000 000	
	Appui au fonctionnement des structures de gestion aux niveaux intermédiaire et périphérique	- Doter les structures de ressources nécessaires (personnels qualifiés, ressources matérielles...)	Nombre de structures renforcées	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0	
		- Elaborer un manuel de procédures pour la gestion des RH aux niveaux intermédiaire et périphérique	Manuel de procédure élaboré			X											10 000 000
		- Superviser les structures de gestion des RH des niveaux intermédiaire et périphérique	Nombre de supervisions organisées en direction des structures de gestion du personnel du niveau intermédiaire et périphérique	X		X		X		X		X		X		25 000 000	
		- Mettre les structures de gestion en réseau informatisé pour faciliter la décision	Nombre de structures mises en réseau		X												25 000 000
		<b>Total axe stratégique 9</b>														<b>195 000 000</b>	
	<b>MONTANT TOTAL POUR LA MISE EN ŒUVRE DES 9 AXES STRATEGIQUES</b>														<b>96 479 000 000</b>		



## Chapitre V : Mise en œuvre et Suivi-évaluation

### 5.1 Coût de la mise en œuvre

**Tableau XVII : Récapitulatif du coût des axes stratégiques (en francs CFA)**

Axes stratégiques	Coût Total
<b>Domaine 1 : Planification des ressources humaines</b>	
<b>Axe Stratégique 1</b> : Renforcement de la planification des ressources humaines en santé	13 941 000 000
<b>Axe Stratégique 2</b> : Renforcement du partenariat entre les acteurs internes et externes en matière de planification de ressources humaines en santé	1 952 000 000
<b>Axe Stratégique 3</b> : Développement de la recherche sur les ressources humaines en santé	195 000 000
<b>Total domaine 1</b>	<b>16 088 000 000</b>
<b>Domaine 2 : Production et développement des compétences</b>	
<b>Axe Stratégique 4</b> : Développement d'un plan consensuel de formation initiale du personnel du secteur	2 451 000 000
<b>Axe Stratégique 5</b> : Développement des compétences du personnel du secteur	62 105 000 000
<b>Total domaine 2</b>	<b>64 556 000 000</b>
<b>Domaine 3 : Management des ressources humaines</b>	
<b>Axe Stratégique 6</b> : Amélioration de la gestion des carrières	1 625 000 000
<b>Axe Stratégique 7</b> : Amélioration des mécanismes d'incitation à la performance et de maintien au poste	12 760 000 000
<b>Axe Stratégique 8</b> : Prévention et gestion des risques professionnels	1 255 000 000
<b>Axe Stratégique 9</b> : Déconcentration/Décentralisation de la GRH	195 000 000
<b>Total domaine 3</b>	<b>15 835 000 000</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>96 479 000 000</b>

Au total, **96.479.000.000** francs CFA sont nécessaires pour la mise en œuvre pendant les 10 prochaines années des 35 principales actions déduites de neuf axes stratégiques, eux-mêmes issus des trois grands domaines de développement des ressources humaines en santé.

## **5.2 Sources de financement**

Le budget total pour la mise en œuvre du PSDRHSS sur les 10 prochaines années (2009-2018) s'élève à la somme totale de **96.479.000.000 francs CFA**. En moyenne, il faudra donc un financement de **9 647 900 000 F cfa** par an pour la mise en œuvre du PSDRHSS.

Ce budget excède largement l'enveloppe de un milliard environ allouée chaque année pour le financement des actions de développement des ressources humaines du secteur santé, en dehors des huit milliards consacrés chaque année aux charges salariales sur le budget national.

La mobilisation de ressources additionnelles en faveur du PSDRHSS est donc une nécessité et elle devra permettre de :

- recruter massivement de nouveaux agents pour couvrir les besoins en personnel du secteur ;
- augmenter de manière substantielle les budgets des institutions de formation afin qu'elles puissent répondre à l'exigence de plus de production de meilleure qualité ;
- planifier à temps les coûts d'investissement et de fonctionnement des nouvelles écoles (école de formation des aide-soignants, ouverture d'autres spécialités pour les médecins et les paramédicaux, notamment les infirmiers et sages-femmes, etc.) ;
- mettre en œuvre les programmes de formation continue contenu dans le plan de développement des ressources humaines en santé ;
- améliorer les conditions de travail du personnel.

## **5.3 Organes de coordination et Outils nécessaires**

La mise en œuvre du PSDRHSS se fera avec l'implication de tous les acteurs du système de santé. Elle sera coordonnée à travers différentes structures à mettre en place :

### **5.3.1 Au niveau central**

#### **◆ *Le Comité technique de pilotage***

Le Comité technique de pilotage est composé de : MS, MTFP, MEF, MESFP, MAE, AMCES, des partenaires sociaux et des partenaires au développement. Ce comité aura pour rôle de suivre l'évolution de la mise en œuvre et de faire des recommandations aux décideurs (CNEEP) pour lever les obstacles qui pourraient nuire à la réalisation des actions. La présence de tous les dépositaires d'enjeux au sujet des RHS devrait faciliter l'adoption et la mise en

œuvre des recommandations du comité. Ainsi, tous les intervenants (secteurs gouvernementaux, syndicats, ordres et associations professionnelles, partenaires au développement socio-sanitaire) seront régulièrement tenus informés des progrès et des difficultés rencontrés. Ils appuieront ainsi le Ministère de la Santé dans le rôle de plaidoyer pour la mobilisation des ressources, la mise en œuvre coordonnée des actions sur le terrain.

L'Observatoire des RHS qui sera mis en place dans le cadre du PSDRHSS est appelé ici à jouer un rôle de premier plan.

◆ *La Direction des Ressources Humaines*

La DRH sera chargée :

- de la coordination du transfert de compétences au niveau déconcentré ;
- de veiller au respect des procédures de gestion du PSDRHSS ;
- d'appuyer les directions techniques dans l'exécution de leurs plans annuels d'opérations en rapport avec les ressources humaines en santé et de les consolider voire les valider ;
- d'arbitrer les allocations des ressources pour la mise en œuvre du PSDRHSS entre les différents niveaux du système de soins ;
- du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre des stratégies à tous les niveaux du système de santé.

Elle élaborera chaque année en collaboration avec le comité de pilotage un rapport sur l'état d'avancement du PSDRHSS et formulera des recommandations pour une meilleure exécution des activités au Ministre de la Santé et au CNEEP.

◆ *La Direction des Ressources Financières et du Matériel*

La DRFM sera responsable de l'exécution financière du PSDRHSS. A ce titre, elle préparera, en concertation avec la DRH, la Cellule de passation des marchés et la DIEM, les dossiers d'appel d'offres concernant les services de génie civil, les acquisitions d'équipements et les études programmées dans les plans d'opération. Elle établira les plans de décaissement sur la base des plans d'action et des budgets préparés par les responsables de plan d'action.

Elle procédera au paiement, à la justification des dépenses et au renouvellement des fonds. La DRFM sera aussi chargée en collaboration avec la DPP de l'élaboration d'un projet de budget à la veille de chaque cycle budgétaire. Dans ce cadre, elle organisera au sein du ministère une instance d'arbitrage budgétaire. Elle facilitera également le bon déroulement des audits commandités par la DRH par la préparation de tous les dossiers pertinents et l'information des acteurs clés.

◆ *Les directions techniques*

Les directions techniques du MS (DPP, DRFM, DSIO, DH, DDS, etc.) participeront aux activités de planification, de suivi et d'évaluation du PNDRHSS, afin de renforcer la cohérence entre les actions générales de développement des ressources humaines et les programmes et services de santé.

Les sessions de CNEEP et de ses deux sous-comités au niveau central seront des occasions où des rapports d'étapes seront présentés et analysés pour apprécier le niveau d'exécution des activités du PSDRHSS.

#### ◆ *Les écoles de formations professionnelles*

Les écoles de formations professionnelles contribueront à la mise en œuvre du plan en identifiant les besoins de formation, en participant à la conception des plans de formation, en ajustant leurs curricula à la demande du secteur de la santé et en formant les professionnels de la santé.

### 5.3.2 Au niveau intermédiaire

#### ◆ *DDS*

La coordination technique de la mise en œuvre du plan d'action au niveau départemental sera assurée par le DDS à travers le Service des Ressources Humaines (SRH).

Le DDS veillera à l'élaboration des plans de travail annuels et des budgets en fonction du plan stratégique. Il sera responsable de l'organisation des formations dans le département. Il animera aussi des réunions de coordination périodiques du CDEEP auxquelles participeront les médecins chefs de zones et les autres acteurs à la base.

Le Directeur départemental transmettra à la DRH chaque trimestre dans le cadre des sessions du CDEEP le bilan de l'exécution du plan de travail annuel. Il veillera que les autorités locales soient parties prenantes de la mise en œuvre du Plan de travail annuel.

### 5.3.3 Au niveau périphérique

#### ◆ *Equipe d'encadrement de la zone*

Le Médecin Coordonnateur de zone et les collectivités locales seront chargés de la mise en œuvre des stratégies du PSDRHSS au niveau périphérique. Leurs capacités seront renforcées pour accroître leur efficacité dans le développement et la gestion des RHS.

Le Médecin coordonnateur de zone à travers le Chargé des Ressources de la Zone (CRZ) organisera des réunions de coordination mensuelle avec les responsables des formations sanitaires de sa zone pour faire le bilan de l'exécution du plan de travail annuel. Il élaborera un rapport mensuel qui sera soumis aux sessions du CDEEP et au DDS.

#### ◆ *Comité de Santé de la zone*

Le comité de santé de la zone est l'organe suprême de représentation de la zone sanitaire. Il a pour mission d'assurer le développement sociosanitaire de la zone. Il est composé de tous les acteurs publics et privés du développement de la zone sanitaire, notamment les principaux responsables techniques et administratifs, les élus locaux, les représentants élus de la communauté et les responsables des structures privées de la zone sanitaire.

### 5.3.4 Rôles des partenaires

De par leur présence au sein des différents organes de la mise en œuvre du PSDRHSS, les ONGs et associations professionnelles de santé apporteront leurs appuis, chacun dans son domaine de compétence, pour la mise en œuvre du PSDRHSS.

Les partenaires au développement soutiendront les efforts du Gouvernement et contribueront à la mobilisation des ressources, au renforcement du partenariat et du cadre institutionnel pour faciliter la mise en œuvre du PSDRHSS. Ils seront impliqués à toutes les étapes du processus.

Dans le cadre de la mise en œuvre du PSDRHSS, ils participeront au niveau central aux réunions semestrielles des partenaires au développement du secteur de la santé, aux missions conjointes de supervision et aux revues annuelles de performance du secteur de la santé où sont débattues entre autres des préoccupations relatives aux ressources humaines du secteur.

Au niveau local, les partenaires au développement (bailleurs de fonds, ONG, associations ou autres) qui interviennent dans les départements participeront aux concertations annuelles de validations des Budgets programmes/ Plan triennaux de Développement.

D'une manière générale, la mise en œuvre du PSDRHSS se fera en étroite intelligence avec la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2008-2017. Pour ce faire, des plans d'actions annuels détaillés seront élaborés en vue d'opérationnaliser les stratégies retenues dans le plan et chaque niveau de la pyramide sanitaire sera responsabilisé dans la coordination des activités à mener. Le Gouvernement de la République du Bénin appuyera la mise en œuvre par une forte volonté politique pour corriger à court terme la situation actuelle où la proportion du personnel à statut précaire (non APE et ACE ) domine dans les statuts des personnels des services de santé.

## 5.4 Suivi et évaluation

L'appréciation des résultats obtenus et le niveau de réalisation des objectifs définis se feront sur la base des indicateurs retenus dans les plans d'actions annuels détaillés qui seront élaborés et validés à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Le suivi évaluation se fera aussi à travers :

- Le Rapport au CNEEP sur la base des indicateurs définis dans le plan d'opérationnalisation
- Le Bilan d'exécution aux réunions semestrielles des PTF, aux missions conjointes de supervision et aux revues annuelles de performance
- Le Bilan d'exécution trimestriel du DDS au CDEEP
- Les Réunions de coordination mensuelle au niveau Z/S avec les responsables des formations sanitaires
- Le Rapport d'exécution mensuel des MCZ/S au DDS pour le CDEEP

- ❑ L'évaluation annuelle des activités dans le cadre du suivi-évaluation du Budget programme ;
- ❑ L'évaluation à mi parcours du Plan
- ❑ L'évaluation finale au cours du dernier semestre de la mise en œuvre du PSDRHSS

## **5.5 Le calendrier d'exécution**

Le PSDRHSS couvre la période 2009-2018. La chronologie de la mise en œuvre de ce plan stratégique sera détaillée dans les plans d'action annuels. Toutefois, des indications ont été données sur la périodicité de l'exécution des activités : unique pour certaines, permanente, annuelle, 2 ans, 3 ans, 5 ans pour d'autres.

## **5.6 Opportunités et contraintes de la mise en oeuvre**

### **5.6.1 Opportunités**

Les principaux facteurs dont pourrait profiter la mise en œuvre de ce plan sont :

- La stabilité politique du Bénin et la volonté du Gouvernement de faire de la santé et de l'éducation des secteurs prioritaires devant favoriser le développement du pays ;
- La place prioritaire donnée au développement des ressources humaines dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018 et qui donne une bonne visibilité aux stratégies à développer ;
- la prise de conscience de plus en plus grande du rôle des RHS dans l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement liés à la santé ;
- La disponibilité des fonds PPTE et la volonté affichée de partenaires au développement à accompagner le développement des Ressources Humaines en Santé.

### **5.6.2 Contraintes ou menaces**

Les principales situations qui constituent des menaces potentielles pour la mise en œuvre harmonieuse du PSDRHSS 2009-2018 sont :

- les capacités financières limitées de l'Etat durant la période couverte par le plan ;
- la faible évolution du processus de décentralisation/déconcentration au niveau national et la résistance des Ministères au sujet du transfert des compétences d'un département à un autre, ou encore du niveau central au niveau décentralisé;
- la résistance des syndicats et des ressources humaines en santé aux processus de contractualisation, d'affectation et de redéploiement, d'évaluation des performances etc. ;
- la faible motivation des responsables des structures (publiques et privées) à fournir des informations actualisées sur les ressources humaines qu'ils emploient;
- les lenteurs dans la mise à disposition des ressources financières ;

## **5.7 Plan de communication et de marketing du PSDRHSS**

Les stratégies ci-après ont été envisagées pour lever les contraintes et menaces potentielles à la mise en œuvre du PSDRHSS :

- Vulgariser le PSDRHSS auprès des acteurs internes et externes ;
- faire un plaidoyer auprès des plus hautes autorités de l'Etat (Président de la République, Ministre d'Etat chargé du Développement et de l'Evaluation de l'Action Publique, etc.) afin qu'ils adhèrent aux stratégies proposées dans le plan et qu'ils suivent la mise en œuvre de ces stratégies ;
- démontrer aux responsables des structures de santé qu'ils peuvent améliorer les performances de leurs structures en s'impliquant dans la mise en œuvre de ce PSDRHSS ;
- Organiser une table ronde des partenaires au développement sur le financement du PSDRHSS ;
- Faire un plaidoyer en vue d'alléger les procédures de décaissement afin que les organes de gestion des ressources humaines puissent disposer à temps des ressources dont ils ont besoin pour la mise en œuvre des différentes activités prescrites dans ce plan.

## CONCLUSION

Le PSDRHSS constitue une boussole qui traduit la volonté de tous des acteurs du système de santé à relever le grand défi des Ressources Humaines en Santé. Les actions que comporte ce plan intègrent à la fois la dimension conjoncturelle et structurelle des problèmes qui se posent. La réalisation de ces actions permettra au secteur santé de disposer de ressources humaines qualifiées en nombre suffisant et bien motivées qui contribueront efficacement à l'amélioration des performances du secteur.

Les ressources financières nécessaires à la mise en œuvre du PSDRHSS, estimées à la somme de quatre vingt seize milliards quatre cent soixante dix neuf mille (96 479 000 000) F CFA sont à la mesure des défis à relever. Il est important de pouvoir les mobiliser dans les délais requis. Cela suppose une réaffirmation de la volonté politique du Gouvernement un engagement fort de la part des partenaires techniques et financiers, une implication soutenue des autorités locales et de l'ensemble de la communauté nationale et une disponibilité constante du personnel de santé.



## Références bibliographiques

DRH/MSP, Plan National Stratégique de Développement des Ressources Humaines du Secteur Santé : Analyse de la situation, Cotonou, juillet 2007, 118 p.

DRH/MSP, Mécanismes incitatifs à l'exercice du personnel de santé en zones déshéritées et/ou enclavées, Cotonou, septembre 2006, 120 p.

MSP, Politique et stratégies de développement du secteur santé 2002-2006, Cotonou, novembre 2002

Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique, INSAE, 2002. Troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation, RGPH 3

Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique, INSAE, 2003. RGPH 3, Analyse des Résultats : Tome 6 - Projections démographiques et étude prospective de la demande sociale au Bénin. UNFPA-DDC Edit., Cotonou, 118p.

Nyoni, J, Gbary, A, Awases, M, Ndecki, P, Chatora, B. 2006. Politiques et Plans des ressources humaines pour la santé. Directives à l'intention des pays membres de l'OMS, Région Afrique, Brazzaville, 161 p.

Ministère de la Santé et des Affaires Sociales de la République Islamique de Mauritanie. 2006. Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines 2006 – 2015, 58 p.

Ministère de la Santé de la République du Cap Vert. 2005. Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé, 2005 – 2014, 77 p.

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique/Université d'Abomey-Calavi. 2005. Guide d'Information et d'orientation 2005-2006 : Comment s'inscrire à l'UAC. Abomey-Calavi, 72 p.

O'Brien-Pallas, et al. 2001. Integrating Workforce Planning, Human Resources and Services Planning, Human Resources for Health Development Journal (HRDJ), Vol. 5 No.1-3.

République du Bénin. (1990). Constitution de la République du Bénin, Cotonou, 67 p.

World Health Organisation. 2004. A model to assessing health workforce needs, Geneva, August 2004, xx p.

WHO/AFRO, 2005. Capacity building strategy 2006-2015 and Action Plan for Immunization in the African Region 2006-2009.

# **ANNEXE 1 : COMITE TECHNIQUE ET COMITE D'ORIENTATION ET DE SUIVI**

## **Composition du Comité Technique**

Président : Benoît FAÏHUN  
Vice-Président : Vincent B. FABY  
1<sup>er</sup> Rapporteur : Anatole A. DOUGBE  
2<sup>ème</sup> Rapporteur : Gildas DEDEWANOU

Membres :

Valère GOYITO  
Alphonse AKPAMOLI  
Jacques HASSAN  
Alphonse GBAGUIDI  
Lucien HOUNDIGANDE  
Candide HOUNKANRIN  
Mathilde JOHNSON  
Hervé DJOSSOU  
Romuald SOCADJO  
Bachirou ADEKPEDJOU  
Séni SEIDOU  
Edouard GUEDENON

## **Comité d'Orientation et de Suivi**

- Ministère de la Santé : 22 Représentants
- Présidence de la République : 1 Représentant
- Ministère du Travail et de la Fonction Publique : 2 Représentants
- Ministère de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle : 4 Représentants
- Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique : 4 Représentants
- Partenaires au Développement : 4 Représentants
- Secteur Privé et Confessionnel : 3 Représentants
- Communes : 2 Représentants
- Partenaires Sociaux (Syndicats) : 4 Représentants

## **ANNEXE 2 : SITUATION DES BESOINS EN PERSONNEL MEDICAL**

### **BESOINS EN PERSONNEL MEDICAL AU TITRE DE L'ANNEE 2009**

Catégorie socioprofessionnelle	EXISTANT AU 31/12/2008			EFFECTIF REQUIS	BESOINS
	APE/ACE	Autres statuts	Total ACTUEL		
MÉDECIN CHIRURGIEN	19	6	25	112	<b>87</b>
MÉDECIN GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN	39	11	50	120	<b>70</b>
MEDECIN ANESTHESISTE-REANIMATEUR	13	1	14	54	<b>40</b>
MÉDECIN INTERNISTE	4	1	5	51	<b>46</b>
MÉDECIN PÉDIATRE	33	9	42	86	<b>44</b>
MÉDECIN OTO-RHYNO-LARYNGOLOGISTE	12	2	14	44	<b>30</b>
MÉDECIN OPHTAMOLOGUE	12	1	13	44	<b>31</b>
MÉDECIN DERMATOLOGUE	4	1	5	44	<b>39</b>
MÉDECIN CARDIOLOGUE	5	1	6	22	<b>16</b>
MÉDECIN PSYCHIATRE	3	1	4	14	<b>10</b>
MÉDECIN NEPHROLOGUE	0	1	1	14	<b>13</b>
MÉDECIN/PHARMACIEN BIOLOGISTE	3	0	3	17	<b>14</b>
AUTRES MEDECINS SPECIALISTES	58	6	64	193	<b>129</b>
MEDECINS GENERALISTES	149	150	299	410	<b>111</b>
<b>TOTAL MEDECINS</b>	<b>354</b>	<b>191</b>	<b>545</b>	<b>1 225</b>	<b>680</b>
CHIRURGIENS DENTISTES	18	19	37	52	<b>15</b>
PHARMACIENS	10	10	20	30	<b>10</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>382</b>	<b>220</b>	<b>602</b>	<b>1 307</b>	<b>705</b>

## Projection des besoins additionnels en personnel médical de 2010 à 2018

MEDECINS SPECIALISTES	Besoins en 2009	Besoins en 2010	Besoins en 2011	Besoins en 2012	Besoins en 2013	Besoins en 2014	Besoins en 2015	Besoins en 2016	Besoins en 2017	Besoins en 2018	TOTAL BESOINS 2009-2018
Médecin chirurgien	87	8	8	10	10	12	12	10	10	12	<b>179</b>
Médecin gynécologue-obstétricien	70	8	8	10	10	12	12	10	10	12	<b>162</b>
Medecin anesthesiste-reanimateur	40	6	6	8	8	8	8	6	6	8	<b>104</b>
Médecin interniste	46	6	6	8	8	8	8	6	6	8	<b>110</b>
Médecin pédiatre	44	6	6	8	8	10	10	8	8	10	<b>118</b>
Médecin oto-rhyno-laryngologiste	30	2	2	2	2	2	2	2	2	2	<b>48</b>
Médecin ophtamologue	31	2	2	2	2	2	2	2	2	2	<b>49</b>
Médecin dermatologue	39	2	2	2	2	2	2	2	2	2	<b>57</b>
Médecin cardiologue	16	2	2	2	2	2	2	2	2	2	<b>34</b>
Médecin psychiatre	10	2	2	2	2	2	2	2	2	2	<b>28</b>
Médecin nephrologue	13	2	2	2	2	2	2	2	2	2	<b>31</b>
Médecin/pharmacien biologiste	14	2	2	2	2	2	2	2	2	2	<b>32</b>
Autres medecins specialistes	129	12	12	12	12	12	12	12	12	12	<b>237</b>
Medecins generalistes	111	20	22	22	22	22	24	24	24	24	<b>315</b>
<b>Total medecins</b>	<b>680</b>	<b>80</b>	<b>82</b>	<b>92</b>	<b>92</b>	<b>98</b>	<b>100</b>	<b>90</b>	<b>90</b>	<b>100</b>	<b>1504</b>
Chirurgiens dentists	15	4	4	4	4	4	4	4	4	4	<b>51</b>
Pharmaciens	10	12	10	8	8	8	6	6	6	4	<b>78</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>705</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>104</b>	<b>104</b>	<b>110</b>	<b>110</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>108</b>	<b>1633</b>

## PROGRAMMATION DES RECRUTEMENTS DES MEDECINS DE 2010 à 2018

<b>CORPS</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>TOTAL 2009-2018</b>
Medecins generalistes	200	200	200	150	150	150	120	120	114	100	<b>1504</b>
Chirurgiens dentistes	15	4	4	4	4	4	4	4	4	4	<b>51</b>
Pharmaciens	10	12	10	8	8	8	6	6	6	4	<b>78</b>
<b>TOTAL</b>	<b>225</b>	<b>216</b>	<b>214</b>	<b>162</b>	<b>162</b>	<b>162</b>	<b>130</b>	<b>130</b>	<b>124</b>	<b>108</b>	<b>1 633</b>

## EFFECTIFS ET COUT DES RECRUTEMENTS DE PERSONNEL MEDICAL (2009-2018)

CORPS	COUT DES RECRUTEMENTS									
	2009		2010		2011		2012		2013	
	effectif	coût	effectif	coût	effectif	coût	effectif	coût	effectif	coût
MEDECINS GENERALISTES	200	437 883 400	200	437 883 400	200	437 883 400	150	328 412 550	150	328 412 550
CHIRURGIENS DENTISTES	15	32 841 255	4	8 757 668	4	8 757 668	4	8 757 668	4	8 757 668
PHARMACIENS	10	21 894 170	12	26 273 004	10	21 894 170	8	17 515 336	8	17 515 336
<b>TOTAL</b>	<b>225</b>	<b>492 618 825</b>	<b>216</b>	<b>472 914 072</b>	<b>214</b>	<b>468 535 238</b>	<b>162</b>	<b>354 685 554</b>	<b>162</b>	<b>354 685 554</b>

CORPS	COUT DES RECRUTEMENTS											
	2014		2015		2016		2017		2018		TOTAL 2009-2018	
	effectif	coût	effectif	Coût	effectif	coût	effectif	coût	effectif	coût	effectif	coût
MEDECINS GENERALISTES	150	328 412 550	120	262 730 040	120	262 730 040	114	249 593 538	100	218 941 700	<b>1504</b>	<b>3 292 883 168</b>
CHIRURGIENS DENTISTES	4	8 757 668	4	8 757 668	4	8 757 668	4	8 757 668	4	8 757 668	<b>51</b>	<b>111 660 267</b>
PHARMACIENS	8	17 515 336	6	13 136 502	6	13 136 502	6	13 136 502	4	8 757 668	<b>78</b>	<b>170 774 526</b>
<b>TOTAL</b>	<b>162</b>	<b>354 685 554</b>	<b>130</b>	<b>284 624 210</b>	<b>130</b>	<b>284 624 210</b>	<b>124</b>	<b>271 487 708</b>	<b>108</b>	<b>236 457 036</b>	<b>1 633</b>	<b>3 575 317 961</b>

## PROGRAMMATION DES FORMATIONS DES MEDECINS DE 2010 à 2018

Medecins specialistes	Formation en 2009	Formation en 2010	Formation en 2011	Formation en 2012	Formation en 2013	Formation en 2014	Formation en 2015	Formation en 2016	Formation en 2017	Formation en 2018	TOTAL formation 2009-2018
Médecin chirurgien	0	30	30	24	20	15	15	15	15	15	<b>179</b>
Médecin gynécologue-obstétricien	0	25	25	20	20	15	15	15	15	12	<b>162</b>
Medecin anesthesiste-reanimateur	0	20	14	14	12	10	10	8	8	8	<b>104</b>
Médecin interniste	0	20	20	12	12	12	10	8	8	8	<b>110</b>
Médecin pédiatre	0	20	20	15	15	14	10	8	8	8	<b>118</b>
Médecin oto-rhynolaryngologiste	0	8	5	5	5	5	5	5	5	5	<b>48</b>
Médecin ophtamologue	0	8	8	5	5	5	5	5	4	4	<b>49</b>
Médecin dermatologue	0	10	10	8	5	5	5	5	5	4	<b>57</b>
Médecin cardiologue	0	5	5	4	4	4	4	4	2	2	<b>34</b>
Médecin psychiatre	0	5	5	4	4	2	2	2	2	2	<b>28</b>
Médecin nephrologue	0	5	5	5	5	3	2	2	2	2	<b>31</b>
Médecin/pharmacien biologiste	0	5	5	5	5	4	2	2	2	2	<b>32</b>
Autres medecins specialistes	0	35	30	30	25	25	25	25	22	20	<b>237</b>
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>196</b>	<b>182</b>	<b>151</b>	<b>137</b>	<b>119</b>	<b>110</b>	<b>104</b>	<b>98</b>	<b>92</b>	<b>1189</b>

## Coût de formations des médecins de 2010 à 2018 (en francs CFA)

MEDECINS SPECIALISTES	COUT DES FORMATIONS									
	2009		2010		2011		2012		2013	
	effectif	coût	effectif	coût	effectif	coût	effectif	coût	effectif	coût
Médecin chirurgien	-	-	30	353 603 040	30	353 603 040	24	282 882 432	20	235 735 360
Médecin gynécologue-obstétricien	-	-	25	294 669 200	25	294 669 200	20	235 735 360	20	235 735 360
Médecin anesthésiste-reanimateur	-	-	20	235 735 360	14	165 014 752	14	165 014 752	12	141 441 216
Médecin interniste	-	-	20	235 735 360	20	235 735 360	12	141 441 216	12	141 441 216
Médecin pédiatre	-	-	20	235 735 360	20	235 735 360	15	176 801 520	15	176 801 520
Médecin oto-rhyno-laryngologiste	-	-	8	94 294 144	5	58 933 840	5	58 933 840	5	58 933 840
Médecin ophtamologue	-	-	8	94 294 144	8	94 294 144	5	58 933 840	5	58 933 840
Médecin dermatologue	-	-	10	117 867 680	10	117 867 680	8	94 294 144	5	58 933 840
Médecin cardiologue	-	-	5	58 933 840	5	58 933 840	4	47 147 072	4	47 147 072
Médecin psychiatre	-	-	5	58 933 840	5	58 933 840	4	47 147 072	4	47 147 072
Médecin nephrologue	-	-	5	58 933 840	5	58 933 840	5	58 933 840	5	58 933 840
Médecin/pharmacien biologiste	-	-	5	58 933 840	5	58 933 840	5	58 933 840	5	58 933 840
Autres medecins specialistes	-	-	35	412 536 880	30	353 603 040	30	353 603 040	25	294 669 200
<b>TOTAL</b>	-	-	<b>196</b>	<b>2 310 206 528</b>	<b>182</b>	<b>2 145 191 776</b>	<b>151</b>	<b>1 779 801 968</b>	<b>137</b>	<b>1 614 787 216</b>



## COÛT DE FORMATIONS DU PERSONNEL MEDICAL DE 2010 à 2018 (en francs CFA)

MEDECINS SPECIALISTES	<b>COUT DES FORMATIONS</b>													
	<b>2014</b>		<b>2015</b>		<b>2016</b>		<b>2017</b>		<b>2018</b>		<b>2019</b>		<b>TOTAL 2009- 2018</b>	
	effectif	coût	effectif	coût	effectif	coût	effectif	coût	effectif	coût	effectif	coût	effectif	coût
Médecin chirurgien	15	176 801 520	15	176 801 520	15	176 801 520	15	176 801 520	15	176 801 520	15	176 801 520	<b>179</b>	2 109 831 472
Médecin gynécologue-obstétricien	15	176 801 520	15	176 801 520	15	176 801 520	15	176 801 520	12	141 441 216	12	141 441 216	<b>162</b>	1 909 456 416
Médecin anesthésiste- réanimateur	10	117 867 680	10	117 867 680	8	94 294 144	8	94 294 144	8	94 294 144	8	94 294 144	<b>104</b>	1 225 823 872
Médecin interniste	12	141 441 216	10	117 867 680	8	94 294 144	8	94 294 144	8	94 294 144	8	94 294 144	<b>110</b>	1 296 544 480
Médecin pédiatre	14	165 014 752	10	117 867 680	8	94 294 144	8	94 294 144	8	94 294 144	8	94 294 144	<b>118</b>	1 390 838 624
Médecin oto-rhyno- laryngologiste	5	58 933 840	5	58 933 840	5	58 933 840	5	58 933 840	5	58 933 840	5	58 933 840	<b>48</b>	565 764 864
Médecin ophtalmologue	5	58 933 840	5	58 933 840	5	58 933 840	4	47 147 072	4	47 147 072	4	47 147 072	<b>49</b>	577 551 632
Médecin dermatologue	5	58 933 840	5	58 933 840	5	58 933 840	5	58 933 840	4	47 147 072	4	47 147 072	<b>57</b>	671 845 776
Médecin cardiologue	2	23 573 536	2	23 573 536	2	23 573 536	2	23 573 536	2	23 573 536	2	23 573 536	<b>28</b>	330 029 504
Médecin psychiatre	2	23 573 536	2	23 573 536	2	23 573 536	2	23 573 536	2	23 573 536	2	23 573 536	<b>28</b>	330 029 504
Médecin néphrologue	3	35 360 304	2	23 573 536	2	23 573 536	2	23 573 536	2	23 573 536	2	23 573 536	<b>31</b>	365 389 808
Médecin/pharmacien biologiste	4	47 147 072	2	23 573 536	2	23 573 536	2	23 573 536	2	23 573 536	2	23 573 536	<b>32</b>	377 176 576
Autres médecins spécialistes	25	294 669 200	25	294 669 200	25	294 669 200	22	259 308 896	20	235 735 360	20	235 735 360	<b>237</b>	2 793 464 016
<b>TOTAL</b>	<b>117</b>	<b>1 379 051 856</b>	<b>108</b>	<b>1 272 970 944</b>	<b>102</b>	<b>1 202 250 336</b>	<b>98</b>	<b>1 155 103 264</b>	<b>92</b>	<b>1 084 382 656</b>	<b>92</b>	<b>1 084 382 656</b>	<b>1 183</b>	<b>13 943 746 544</b>

**Récapitulatif du coût de formations des médecins de 2010 à 2018 (en francs CFA)**

<b>MEDECINS SPECIALISTES</b>	<b>effectif</b>	<b>Coût unitaire moyen de formation</b>	<b>coût total</b>
MÉDECIN CHIRURGIEN	<b>179</b>	11 786 768	2 109 831 472
MÉDECIN GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN	<b>162</b>	11 786 768	1 909 456 416
MEDECIN ANESTHESISTE-REANIMATEUR	<b>104</b>	11 786 768	1 225 823 872
MÉDECIN INTERNISTE	<b>110</b>	11 786 768	1 296 544 480
MÉDECIN PÉDIATRE	<b>118</b>	11 786 768	1 390 838 624
MÉDECIN OTO-RHYNO-LARYNGOLOGISTE	<b>48</b>	11 786 768	565 764 864
MÉDECIN OPHTAMOLOGUE	<b>49</b>	11 786 768	577 551 632
MÉDECIN DERMATOLOGUE	<b>57</b>	11 786 768	671 845 776
MÉDECIN CARDIOLOGUE	<b>28</b>	11 786 768	330 029 504
MÉDECIN PSYCHIATRE	<b>28</b>	11 786 768	330 029 504
MÉDECIN NEPHROLOGUE	<b>31</b>	11 786 768	365 389 808
MÉDECIN/PHARMACIEN BIOLOGISTE	<b>32</b>	11 786 768	377 176 576
AUTRES MEDECINS SPECIALISTES	<b>237</b>	11 786 768	2 793 464 016
<b>TOTAL</b>	<b>1 183</b>		<b>13 943 746 544</b>

## **ANNEXE 3 : SITUATION DES BESOINS EN PERSONNEL PARA-MEDICAL**

### **BESOINS EN PERSONNEL PARA MEDICAL AU TITRE DE L'ANNEE 2009**

Catégorie socioprofessionnelle	EXISTANT AU 31/12/2008			EFFECTIF REQUIS	BESOINS
	APE/ACE	Autres statuts	Total actuel		
Technicien supérieur anesthésie-reanimation	45	6	51	212	<b>161</b>
Technicien supérieur en aide chirurgie	8	2	10	172	<b>162</b>
Technicien supérieur en stomatologie	5	0	5	81	<b>76</b>
Technicien supérieur en ophtalmologie	19	0	19	89	<b>70</b>
Technicien supérieur en instrumentation	11	6	17	163	<b>146</b>
Technicien supérieur en kynesithérapie	9	3	12	82	<b>70</b>
Technicien supérieur en orl	3	0	3	81	<b>78</b>
Autres infirmiers spécialistes	0	6	6	193	<b>187</b>
<b>Total IDE/SFE spécialistes</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>123</b>	<b>1073</b>	<b>950</b>
Infirmiers diplômés d'état	520	406	926	2 174	<b>1248</b>
Sages femmes diplômées d'état	622	490	1112	1 907	<b>795</b>
Infirmiers brevetés	710	856	1566	2 504	<b>938</b>
Assistant d'hygiène et d'assainissement	193	0	193	534	<b>341</b>
Technicien d'hygiène et d'assainissement	8	0	8	216	<b>208</b>
Ing./tech analyses bio médicales	135	110	245	613	<b>368</b>
Ing./tech sup en imagerie médicale	65	35	100	263	<b>163</b>
<b>TOTAL</b>	<b>2 353</b>	<b>1 920</b>	<b>4 273</b>	<b>9 284</b>	<b>5 011</b>

## Projection des besoins additionnels en personnel paramédical de 2010 à 2018

Catégorie socioprofessionnelle	Besoins en 2009	Besoins en 2010	Besoins en 2011	Besoins en 2012	Besoins en 2013	Besoins en 2014	Besoins en 2015	Besoins en 2016	Besoins en 2017	Besoins en 2018	TOTAL BESOINS 2009-2018
Technicien supérieur anesthésie-reanimation	161	14	14	14	15	15	15	15	16	17	<b>296</b>
Technicien supérieur en aide chirurgie	162	14	14	15	16	16	16	16	17	17	<b>303</b>
Technicien supérieur en stomatologie	76	6	6	7	7	7	8	8	8	9	<b>142</b>
Technicien supérieur en ophtalmologie	70	5	5	5	6	6	6	6	6	6	<b>121</b>
Technicien supérieur en instrumentation	146	11	11	12	12	12	13	13	14	14	<b>258</b>
Technicien supérieur en kynesithérapie	70	5	5	5	6	6	6	6	6	6	<b>121</b>
Technicien supérieur en orl	78	8	6	7	7	7	8	8	8	9	<b>146</b>
Autres infirmiers spécialistes	187	14	14	15	16	16	16	16	17	17	<b>328</b>
Total IDE/SFE spécialistes	950	77	75	80	85	85	88	88	92	95	<b>1715</b>
Infirmiers diplômés d'état	1248	92	94	96	98	100	104	106	110	112	<b>2160</b>
Sages femmes diplômées d'état	795	76	78	80	82	84	86	88	90	94	<b>1553</b>
Infirmiers brevetés	938	192	196	200	204	210	216	220	226	232	<b>2834</b>
Assistant d'hygiène et d'assainissement	341	26	26	28	28	30	30	31	32	34	<b>606</b>
Technicien d'hygiène et d'assainissement	208	20	20	23	23	20	20	25	24	23	<b>406</b>
Ing./tech analyses bio médicales	368	36	38	38	40	40	42	42	44	44	<b>732</b>
Ing./tech sup en imagerie médicale	163	16	16	16	16	18	18	18	18	20	<b>319</b>
<b>TOTAL</b>	<b>5011</b>	<b>535</b>	<b>543</b>	<b>561</b>	<b>576</b>	<b>587</b>	<b>604</b>	<b>618</b>	<b>636</b>	<b>654</b>	<b>10325</b>

## PROGRAMMATION DES RECRUTEMENTS DES PARA MEDICAUX

Catégorie socioprofessionnelle	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL RECRUTEMENT 2009-2018
Infirmiers diplomes d'etat	300	250	250	250	200	200	200	175	175	160	<b>2160</b>
Sages femmes diplomees d'etat	200	200	200	175	175	150	150	103	100	100	<b>1553</b>
Infirmiers brevets	350	350	300	300	300	275	275	275	209	200	<b>2834</b>
Assistant d'hygiene et d'assainissement	80	80	70	70	66	60	50	50	40	40	<b>606</b>
Technicien d'hygiene et d'assainissement	50	50	50	46	40	40	40	40	30	20	<b>406</b>
Ing./tech analyses bio medicales	100	100	80	80	73	70	70	59	50	50	<b>732</b>
Ing./tech sup en imagerie medicale	50	50	40	38	30	30	21	20	20	20	<b>319</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1130</b>	<b>1080</b>	<b>990</b>	<b>959</b>	<b>884</b>	<b>825</b>	<b>806</b>	<b>722</b>	<b>624</b>	<b>590</b>	<b>8610</b>

## COUT DE RECRUTEMENT DU PERSONNEL PARA MEDICAL (2009-2018)

Catégorie socioprofessionnelle	COUT DES RECRUTEMENTS									
	2009		2010		2011		2012		2013	
	effectif	coût	effectif	coût	effectif	coût	effectif	coût	effectif	coût
Infirmiers diplomes d'etat	300	306 651 000	250	255 542 500	250	255 542 500	250	255 542 500	200	204 434 000
Sages femmes diplomees d'etat	200	204 434 000	200	204 434 000	200	204 434 000	175	178 879 750	175	178 879 750
Infirmiers brevetes	350	264 306 840	350	264 306 840	300	226 548 720	300	226 548 720	300	226 548 720
Assistant d'hygiene et d'assainissement	80	60 412 992	80	60 412 992	70	52 861 368	70	52 861 368	66	49 840 718
Technicien d'hygiene et d'assainissement	50	51 108 500	50	51 108 500	50	51 108 500	46	47 019 820	40	40 886 800
Ing./tech analyses bio medicales	100	149 425 500	100	149 425 500	80	119 540 400	80	119 540 400	73	109 080 615
Ing./tech sup en imagerie medicale	50	74 712 750	50	74 712 750	40	59 770 200	38	56 781 690	30	44 827 650
<b>TOTAL</b>	<b>1 130</b>	<b>1 111 051 582</b>	<b>1 080</b>	<b>1 059 943 082</b>	<b>990</b>	<b>969 805 688</b>	<b>959</b>	<b>937 174 248</b>	<b>884</b>	<b>854 498 253</b>

## COUT DU RECRUTEMENT DES INFIRMIERS ET SAGES FEMMES (2009-2010)

Catégorie socioprofessionnelle	<b>COUT DES RECRUTEMENTS</b>											
	<b>2014</b>		<b>2015</b>		<b>2016</b>		<b>2017</b>		<b>2018</b>		<b>TOTAL 2009-2018</b>	
	effectif	coût	effectif	coût	effectif	coût	effectif	coût	effectif	coût	effectif	coût
Infirmiersdiplomes d'etat	200	204 434 000	200	204 434 000	175	178 879 750	175	178 879 750	160	163 547 200	<b>2160</b>	2 207 887 200
Sages femmes diplomees d'etat	150	153 325 500	150	153 325 500	103	105 283 510	100	102 217 000	100	102 217 000	<b>1553</b>	1 587 430 010
Infirmiers brevetes	275	207 669 660	275	207 669 660	275	207 669 660	209	157 828 942	200	151 032 480	<b>2834</b>	2 140 130 242
Assistant d'hygiene et d'assainissement	60	45 309 744	50	37 758 120	50	37 758 120	40	30 206 496	40	30 206 496	<b>606</b>	457 628 414
Technicien d'hygiene et d'assainissement	40	40 886 800	40	40 886 800	40	40 886 800	30	30 665 100	20	20 443 400	<b>406</b>	415 001 020
Ing./tech analyses bio medicales	70	104 597 850	70	104 597 850	59	88 161 045	50	74 712 750	50	74 712 750	<b>732</b>	1 093 794 660
Ing./tech sup en imagerie medicale	30	44 827 650	21	31 379 355	20	29 885 100	20	29 885 100	20	29 885 100	<b>319</b>	476 667 345
<b>TOTAL</b>	<b>825</b>	<b>801 051 204</b>	<b>806</b>	<b>780 051 285</b>	<b>722</b>	<b>688 523 985</b>	<b>624</b>	<b>604 395 138</b>	<b>590</b>	<b>572 044 426</b>	<b>8 610</b>	<b>8 378 538 891</b>

## PROGRAMMATION DES FORMATIONS DES PARA MEDICAUX DE 2010 à 2018

Catégorie socioprofessionnelle	Formation en 2010	Formation en 2011	Formation en 2012	Formation en 2013	Formation en 2014	Formation en 2015	Formation en 2016	Formation en 2017	Formation en 2018	TOTAL formation 2010-2018
Technicien superieur anesthesie-reanimation	40	40	35	35	30	30	30	28	28	<b>296</b>
Technicien superieur en aide chirurgie	40	40	35	35	33	30	30	30	30	<b>303</b>
Technicien superieur en stomatologie	20	20	20	15	15	15	15	12	10	<b>142</b>
Technicien superieur en ophtalmologie	15	15	15	15	13	12	12	12	12	<b>121</b>
Technicien superieur en instrumentation	30	30	30	30	30	28	28	27	25	<b>258</b>
Technicien superieur en kynesithapie	15	15	15	15	13	12	12	12	12	<b>121</b>
Technicien superieur en orl	20	20	16	15	15	15	15	15	15	<b>146</b>
Autres infirmiers specialistes	50	40	40	40	35	33	30	30	30	<b>328</b>
<b>TOTOAL</b>	<b>230</b>	<b>220</b>	<b>206</b>	<b>200</b>	<b>184</b>	<b>175</b>	<b>172</b>	<b>166</b>	<b>162</b>	<b>1387</b>



**Coût de formations des para médicaux de 2010 à 2018 (en francs CFA)**  
**COUT DES FORMATIONS**

---

Catégorie socioprofessionnelle	2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	effectif	coût	effectif	coût	effectif	coût	effectif	coût	effectif	coût	effectif	coût
Technicien supérieur anesthésie- reanimation	-	-	40	180 000 000	40	180 000 000	35	157 500 000	35	157 500 000	30	135 000 000
Technicien supérieur en aide chirurgie	-	-	40	400 000 000	40	400 000 000	35	350 000 000	35	350 000 000	33	330 000 000
Technicien supérieur en stomatologie	-	-	20	200 000 000	20	200 000 000	20	200 000 000	15	150 000 000	15	150 000 000
Technicien supérieur en ophtalmologie	-	-	15	150 000 000	15	150 000 000	15	150 000 000	15	150 000 000	13	130 000 000
Technicien supérieur en instrumentation	-	-	30	300 000 000	30	300 000 000	30	300 000 000	30	300 000 000	30	300 000 000
Technicien supérieur en kynesithérapie	-	-	15	150 000 000	15	150 000 000	15	150 000 000	15	150 000 000	13	130 000 000
Technicien supérieur en orl	-	-	20	200 000 000	20	200 000 000	16	160 000 000	15	150 000 000	15	150 000 000
Autres infirmiers spécialistes	-	-	50	500 000 000	40	400 000 000	40	400 000 000	40	400 000 000	35	350 000 000
<b>TOTAL</b>			<b>230</b>	<b>2 080 000 000</b>	<b>220</b>	<b>1 980 000 000</b>	<b>206</b>	<b>1 867 500 000</b>	<b>200</b>	<b>1 807 500 000</b>	<b>184</b>	<b>1 675 000 000</b>

**Coût de formations des para médicaux de 2010 à 2018 (en francs CFA)**

Catégorie socioprofessionnelle	COUT DES FORMATIONS									
	2015		2016		2017		2018		TOTAL 2009-2018	
	effectif	coût	effectif	coût	effectif	coût	effectif	coût	effectif	coût
Technicien superieur anesthesie-reanimation	30	135 000 000	30	135 000 000	28	126 000 000	28	126 000 000	<b>296</b>	1 332 000 000
Technicien superieur en aide chirurgie	30	300 000 000	30	135 000 000	30	300 000 000	30	300 000 000	<b>303</b>	3 030 000 000
Technicien superieur en stomatologie	15	150 000 000	15	150 000 000	12	120 000 000	10	100 000 000	<b>142</b>	1 420 000 000
Technicien superieur en ophtalmologie	12	120 000 000	12	120 000 000	12	120 000 000	12	120 000 000	<b>121</b>	1 210 000 000
Technicien superieur en instrumentation	28	280 000 000	28	280 000 000	27	270 000 000	25	250 000 000	<b>258</b>	2 580 000 000
Technicien superieur en kynesithérapie	12	120 000 000	12	120 000 000	12	120 000 000	12	120 000 000	<b>121</b>	1 210 000 000
Technicien superieur en orl	15	150 000 000	15	150 000 000	15	150 000 000	15	150 000 000	<b>146</b>	1 460 000 000
Autres infirmiers specialistes	33	330 000 000	30	300 000 000	30	300 000 000	30	300 000 000	<b>328</b>	3 280 000 000
<b>TOTAL</b>	<b>175</b>	<b>1 585 000 000</b>	<b>172</b>	<b>1 390 000 000</b>	<b>166</b>	<b>1 506 000 000</b>	<b>162</b>	<b>1 466 000 000</b>	<b>1 715</b>	<b>15 522 000 000</b>

## Coût total de formations des paramédicaux spécialistes de 2010 à 2018

Catégorie socioprofessionnelle	Nombre d'agents	Coût unitaire moyen de formation	Coût total de la formation de tous les agents
Technicien supérieur anesthésie- réanimation	296	4 500 000	<b>1 332 000 000</b>
Technicien supérieur en aide chirurgie	303	10 000 000	<b>3 030 000 000</b>
Technicien supérieur en stomatologie	142	10 000 000	<b>1 420 000 000</b>
Technicien supérieur en ophtalmologie	121	10 000 000	<b>1 210 000 000</b>
Technicien supérieur en instrumentation	258	10 000 000	<b>2 580 000 000</b>
Technicien supérieur en kinesithérapie	121	10 000 000	<b>1 210 000 000</b>
Technicien supérieur en ORL	146	10 000 000	<b>1 460 000 000</b>
Autres infirmiers spécialistes	328	10 000 000	<b>3 280 000 000</b>
<b>TOTAL</b>	1715	**	<b>15 522 000 000</b>