

Bureau à Paris

164 rue de Vaugirard
75015 Paris, France
Tél. : +33 (0)1 53 86 89 20
Fax : +33 (0)1 53 86 89 39
Email : amp@aamp.org

Bureau de liaison

AMP, immeuble JB Say
4e étage, aile C
13 chemin du Levant
01210 Ferney-Voltaire, France
Tél. : +33 (0)4 50 40 49 26
Fax : +33 (0)4 50 42 98 07

Bureau régional

Côte d'Ivoire
08 BP 660
Abidjan 08, Côte d'Ivoire
Tél. : +225 21 25 16 48
Fax : +225 21 25 16 80
Email : amp-ci@aamp.org

Bureaux de pays

Bénin
03 BP 2309
Cotonou, Bénin
Tél. : +229 21 30 56 22
Fax : +229 21 30 83 91
Email : amp-cotonou@aamp.org

Burkina Faso
10 BP 638
Ouagadougou, Burkina Faso
Tél. : +226 50 30 04 06
Fax : +229 50 30 04 09
Email : amp-bf@aamp.org

BP 112
Bobo-Dioulasso, Burkina Faso
Tél. : +226 20 98 20 41
Fax : +229 20 98 20 43
Email : amp-bf@aamp.org

Togo
BP 348
Dapaong, Togo
Tél. : +228 27 70 88 63

Vietnam
26 Nguyen Van Ngoc street
Ba Dinh district
Hanoi, Vietnam
Tél. : +84 (0)432 115 770
Email : amp-hanoi@aamp.org

PROJET ADAMA
Plaider en faveur des ressources
humaines en santé
Bénin-Togo-Mauritanie

Rapport d'analyse de la situation
des ressources humaines en santé

Novembre 2012

- DRAFT/FINAL -

Table des matières

1. RESUME EXECUTIF	7
2. CONTEXTE	8
3. JUSTIFICATION DE L'ETUDE	9
4. METHODOLOGIE DE L'ETUDE	9
4.1. OBJECTIFS	9
4.1.1. OBJECTIF GENERAL	9
4.1.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES	9
4.2. RESULTATS ATTENDUS	10
4.3. CADRE ET METHODE D'ETUDE	10
4.3.1. CADRE DE L'ETUDE	10
4.3.2. METHODE DE L'ETUDE	10
4.4. CIBLES DE L'ETUDE	10
4.4.1. CRITERE D'INCLUSION	11
4.4.2. CRITERES D'EXCLUSION	11
4.5. TECHNIQUES DE COLLECTE DE DONNEES	11
4.6. OUTILS DE COLLECTE DE DONNEES	12
4.7. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES	12
5. RESULTATS	12
5.1. MONOGRAPHIE DES PAYS	12
5.1.1. DESCRIPTION DU BENIN	12
5.1.2. DESCRIPTION DE LA MAURITANIE	14
5.1.3. DESCRIPTION DU TOGO	16
5.2. ETAT DES LIEUX DE LA SITUATION DES RHS DANS LES 3 PAYS	18
5.2.1. ACTIONS FAVORABLES AUX RHS AU BENIN, EN MAURITANIE ET AU TOGO	18
5.2.2. DIFFICULTES ET OBSTACLES	21
5.3. PARTENAIRES CLES PUBLIC ET PRIVE	23

5.3.1. PARTENAIRES PUBLICS	23
5.3.2. PARTENAIRES PRIVES	24
5.4. PROJETS ET PROGRAMMES EN SOUTIEN AUX RESSOURCES HUMAINES EN SANTE	25
5.5. BESOINS PRIORITAIRES POUR PLAIDER EN FAVEUR DU FINANCEMENT DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTE	27
5.5.1. ACTIONS NECESSITANT UN PLAIDOYER	27
5.5.2. BESOINS PRIORITAIRES	27
6. LIMITES DE L'ETUDE	28
7. RECOMMANDATIONS	28
CONCLUSION	30
BIBLIOGRAPHIE	31
ANNEXES	33
ANNEXE 1 : CARTOGRAPHIE DES ECOLES DE FORMATION	34
ANNEXE 3 : GUIDE D'INTERVIEW	42
ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE	47

Remerciements

L'Agence de Médecine Préventive (AMP) est reconnaissante des précieuses contributions et soutiens des organisations qui ont accepté de participer à l'étude situationnelle.

- Ministères de la Santé, de la Fonction Publique et de l'Economie du Bénin, de la Mauritanie et du Togo.
- Les Agences des Nations Unies du Bénin, de la Mauritanie et du Togo :
 - OMS, UNICEF, l'UNFPA
- La coopération bilatérale :
 - Agence Française de Développement,
 - Commission Européenne, Coopération Technique Belge,
 - Association pour la Promotion de l'Education et de la Formation à l'Etranger
- Les Réseaux Nationaux EPIVAC :
 - Dr Lamidhi Salami (Bénin),
 - Dr Mohamed Khouna Mohamed Lemine (Mauritanie)
 - Dr Sodji Comlan Abodji (Togo)
- L'Institut Régional de Santé Publique de Ouidah au Bénin
- Ecole Nationale des Auxiliaires Médicaux (ENAM) à Lomé

Un remerciement plus particulier est adressé à Roland Koné de Save the Children pour la confiance accordée à l'AMP et la subvention octroyée qui a permis la création du projet ADAMA et la réalisation de cette étude.

Enfin, le personnel de l'AMP qui a développé et mis en œuvre l'étude, contribué à la rédaction du rapport, et soutenu le processus de collecte des données dans les 3 pays : Dorothy Leab, Investigateur principal du projet ADAMA, Hortance Kouamé, Coordinatrice du Projet ADAMA, Marjorie Nicol, Gestionnaire du Projet ADAMA, Philippe Jaillard, Représentant de l'AMP au Bénin, Ammar Abdo, Directeur Régional Afrique, Roberte Ylonfoun, Assistante.

Sigles et acronymes

ADAMA	Advocating for Available skilled Manpower in Africa / Plaidoyer en faveur des ressources humaines disponibles en Afrique
AFD	Agence Française de Développement
APEFE	Association pour la Promotion de l'Education et de la Formation à l'Etranger
BAD	Banque Africaine de Développement
BCEAO	Banque Centrale des Etats de l'Afrique de l'Ouest
AMP	Agence de Médecine Préventive
CCF	Cadre de Concertation et de Facilitation
CEDEAO	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CES	Certificat d'Etude et de Spécialité
COGECS	Comité de Gestion des Centres de Santé
CHU	Centre Hospitalier et Universitaire
BID	Banque Islamique de Développement
DRH	Direction des Ressources Humaines
DPP	Direction de la Programmation et de la Prospection
DSRP	Document Standard de Réduction de la Pauvreté
EDS	Enquête Démographique et de Santé
INH	Institut National d'Hygiène
INSEA	Institut National de Statistique et d'Analyse Economique
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys / Enquêtes à Indicateurs Multiples
MS	Ministère de la Santé
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PROVONAT	Programme de Promotion du Volontariat
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
RHS	Ressources Humaines en Santé
RNE	Réseau National EPIVAC
RIE	Réseau International EPIVAC
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

Liste des tableaux

	<u>Pages</u>
Tableau 1 : Publications étudiées et communications personnelles avec les partenaires	11
Tableau 2 : Nombre de répondants par pays	11

Liste des figures

	<u>Pages</u>
Figure 1 : Localisation des pays de l'étude	10
Figure 2 : Ratio par emploi (pour 10 000 habitants) au Bénin (2010)	14
Figure 3 : Ratio par emploi (pour 10 000 habitants) en Mauritanie en 2009.....	16
Figure 4 : Ratio par emploi (pour 10 000 habitants) au Togo (2010)	18
Figure 5 : Ratio par pays et par emploi pour 10 000 habitants (2009-2010).....	21
Figure 6 : Comparaison ratios personnels de soins par pays et norme OMS en 2010.....	21
Figure 7 : Concentration des RHS au Togo, Bénin et Mauritanie	23
Figure 8 : Appréciation des interviews.....	28

1. Résumé exécutif

La problématique des ressources humaines en santé est au centre de toutes les préoccupations au niveau mondial, régional et national. La crise des personnels de santé se caractérise par une pénurie quantitative et qualitative des ressources humaines en santé et entrave la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) dans les pays en développement tels que le Bénin, le Togo et la Mauritanie. Pour aider à la résolution de ce problème, l'ONG Save the Children a décidé de financer le projet ADAMA, grâce à l'initiative de réinvestissement des 20% des bénéficiaires de la société GlaxoSmithKline (GSK). Ce projet est conçu et mis en œuvre par l'Agence de Médecine Préventive (AMP) pendant 3 ans. Pour s'assurer que le projet répond aux besoins nationaux des pays et s'inscrive dans le paysage partenarial existant, des missions exploratoires ont été organisées dans les trois pays en août et septembre 2012.

- Togo : du 30 au 31 août 2012
- Bénin : du 04 au 05 septembre 2012
- Mauritanie : du 09 au 11 septembre 2012

Ces missions avaient pour but de (i) faire l'état des lieux des ressources humaines dans les trois (3) pays cibles, de (ii) définir les partenaires clés, privés et publics qui interviennent dans le domaine des ressources humaines en santé, (iii) d'identifier les projets et programmes dans le domaine des ressources humaines et (iv) d'identifier les besoins prioritaires en matière de plaidoyer pour les ressources humaines en santé. Cette étude a été menée par une équipe de l'AMP, composée de la coordinatrice du projet, de la gestionnaire du projet et d'un membre du Réseau National EPIVAC (RNE). Les responsables chargés des ressources humaines en santé au sein des Ministères de la Santé ont renseigné les questionnaires. Les responsables des ministères partenaires tels que la Fonction Publique, l'Economie et des Finances ainsi que les organismes des Nations Unies (OMS, UNFPA, UNICEF) et les partenaires bilatéraux (CTB, AFD, etc.) ont participé à des entretiens semi dirigés.

Après le traitement et l'analyse des données, il ressort que les 3 pays ont pris des mesures pour faire face aux difficultés concernant leur personnel de santé. Néanmoins, le défi reste important et la situation critique des moyens et financements des personnels de santé constituent une barrière aux prestations de santé des populations.

Dans les 3 pays, il ressort les éléments positifs clés suivants :

- existence d'écoles de formation des agents de santé
- existence de documents de référence pour une meilleure planification et gestion des ressources humaines en santé.
- un environnement politique favorable, notamment un engagement des pays pour la recherche de solutions au déficit et au renforcement des capacités des personnels de santé ainsi qu'à leur fidélisation.
- des efforts nationaux dans la mise en place des observatoires nationaux des ressources humaines en santé et leur fonctionnalité.
- un appui financier et technique des pays pour un développement des ressources humaines.

Les points critiques relevés concernent principalement les observations suivantes :

- le déficit en agents de santé dans certaines catégories d'emplois.
- l'insuffisance de production des personnels de santé pour répondre aux besoins.
- l'insuffisance de recrutement.
- une inégale répartition des agents sur le territoire national et à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- des problèmes de gestion et de planification.
- la mise en œuvre partielle des plans stratégiques de développement des ressources humaines en santé faute de ressources financières.

De même, la capacité des trois pays en matière de plaider pour le financement des ressources humaines pour la santé demeure insuffisante. Il n'existe pas de formation dans le domaine et les rares initiatives sont isolées et faiblement documentées.

L'étude a permis non seulement de fournir un état de la situation des RHS dans les trois pays, mais également d'attirer l'attention des partenaires, dont en premier lieu le Ministère de la Santé sur la nécessité de renforcer les capacités de plaider pour les personnels de santé et leur financement.

Ainsi, les principaux partenaires s'accordent à dire que le projet ADAMA est approprié et nécessaire afin de mobiliser davantage de ressources pour les personnels de santé. Dans le cadre de sa mise en œuvre dans les pays, les partenaires ont apporté les recommandations dont notamment l'ancrage institutionnel et partenarial, afin d'éviter toute duplication d'activité avec d'autres projets existant ou à venir très prochainement.

2. Contexte

Le monde entier fait face à une pénurie croissante en ressources humaines en santé. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les 59 millions de professionnels de santé à travers le monde, ne suffisent pas à couvrir les besoins actuels. Il faudrait environ 4,2 millions de recrutements nouveaux pour faire face aux besoins de santé d'ici 2015 dont plus d'un million pour le seul continent Africain où le poids des malades est considérable (25% de la charge morbide mondiale des maladies, 60% des infections de Sida représentant 25 millions de personnes infectées avec 3.2 millions de nouveaux cas d'infections en 2005). Cette crise est reconnue comme l'un des obstacles majeurs aux progrès dans le domaine de la santé et l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). L'insuffisance numérique des ressources humaines qualifiées, la faiblesse du recrutement, la démotivation, la mauvaise planification et gestion du personnel ainsi que les mauvaises conditions salariales et de travail sont autant de facteurs qui justifient cette pénurie de personnes. Le sous-financement des ressources humaines accentue ce tableau peu reluisant. Une faible mobilisation des ressources financières qui est elle-même due à une insuffisance de plaider au niveau des pays, explique en partie cette situation.

De nombreuses opportunités existent pour les pays d'Afrique, frappés plus durement par les problèmes de personnel de santé.

- Les engagements du G8 au cours des dernières années (de 2008 à 2012) pour relever les défis sanitaires mondiaux,
- La création dès 2006 de l'Alliance Mondiale pour les Personnels de Santé (AMPS)¹ comme une plateforme d'actions pour résoudre la crise. L'AMPS est en partenariat avec les divers acteurs, y compris des gouvernements nationaux, les représentants de la société civile, des institutions financières, des travailleurs, des organismes internationaux, des établissements universitaires et des associations professionnelles afin de faciliter l'identification des problèmes et la mise en œuvre des meilleures stratégies. Elle participe ainsi à la mobilisation des ressources et propose aux pays, un modèle de Cadre de Concertation et de Facilitation (CCF) afin de faciliter les actions,
- Les différents soutiens techniques et financiers de l'Organisation des Nations Unies à travers ses organismes spécialisés tels que l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, l'ONUSIDA, etc.,
- Les efforts des organisations sous-régionales africaines telles que l'Union Africaine, la CEDEAO, l'OOAS,
- Les ONG internationales et les initiatives mondiales en faveur de la santé,
- Les structures bancaires telles que la Banque Mondiale, la BAD, la BCEAO, etc.,
- Les différentes fondations,
- L'engagement des chefs d'Etat africains à Abuja, en 2001, quant à l'allocation de 15% des budgets nationaux à la santé fait partie de ces efforts.

¹ www.who.int/workforcealliance/fr

Malgré ces opportunités, force est de constater une insuffisance de mobilisation des ressources financières dans les pays pour faire face à la crise. Les pays ne disposent pas des informations appropriées, ou s'ils les détiennent, elles ne sont pas exploitées suffisamment. De même, il se pose l'insuffisance de compétences en interne pour mobiliser les ressources financières. Le financement des ressources humaines en santé peut être un investissement lourd et prend en compte plusieurs aspects de la planification et de la gestion des personnels de santé. Actuellement, les donateurs imposent le principe de cofinancement pour la résolution des problèmes des ressources humaines en santé. Ainsi, la question de plaider la cause des RHS afin de lever les fonds nécessaires est cruciale. Néanmoins, le plaidoyer nécessite une véritable méthodologie et l'utilisation de données probantes pour persuader les décideurs et les personnes/organisations influentes.

3. Justification de l'étude

L'Agence de Médecine Préventive – AMP – est une organisation à but non lucratif qui œuvre en faveur de la prévention et la promotion de la santé des populations. L'AMP contribue à soutenir les RHS au travers de son programme ad hoc en faveur du développement et du management des RHS dans les pays à revenus faibles et intermédiaires. Son intervention est opérée en étroite collaboration avec les partenaires du secteur public et privé. L'AMP est membre de l'Alliance Mondiale pour les Personnels de Santé (AMPS).

Dans le cadre de son soutien à la cause des RHS, l'Agence de Médecine Préventive – AMP – s'est associée à l'ONG partenaire Save the Children, afin de renforcer les capacités du Togo, de la Mauritanie et du Bénin à plaider en faveur des RHS et de leur financement. L'AMP mettra en œuvre un projet de Capacity Building inter pays appelé ADAMA pendant une durée de 3 ans, grâce à la subvention de l'Initiative de réinvestissement des 20% de bénéfice de la Société GSK.

Une des préoccupations majeures de l'AMP est de s'assurer que le projet ADAMA réponde aux besoins nationaux et qu'il s'inscrive dans le paysage partenarial actuel, avec en premier lieu un ancrage institutionnel du projet au Ministère de la Santé. Par ailleurs, il importe que ADAMA soit complémentaire des interventions/projets en cours d'implémentation. Pour ce faire, en accord avec les autorités sanitaires des trois pays, une étude d'analyse de la situation a été conduite par l'AMP en aout et septembre 2012. Ce rapport présente les principaux résultats et les recommandations.

4. Méthodologie de l'étude

4.1. Objectifs

4.1.1. Objectif général

Spécifier le projet de plaidoyer pour les ressources humaines en santé au Bénin, au Togo et en Mauritanie.

4.1.2. Objectifs spécifiques

- Faire l'état des lieux de la situation des RHS dans les trois pays cibles : obstacles et succès (politique, financement, stratégie, observatoire, et mesures de soutien par les autorités publiques)
- Définir les partenaires clés publics et privés intervenant dans le domaine des ressources humaines en santé : soutien technique, financier, institutionnel
- Lister les projets et programmes de RHS actuellement mis en œuvre dans les pays cibles
- Identifier les besoins prioritaires des pays cibles en matière de plaidoyer pour les ressources humaines en santé

4.2. Résultats attendus

- La situation des ressources humaines de santé est établie pour les 3 pays
- Un répertoire et une cartographie des partenaires sont élaborés
- une cartographie des interventions en plaidoyer est établie
- Une cartographie des écoles de formation est constituée

4.3. Cadre et méthode d'étude

4.3.1. Cadre de l'étude

L'étude de situation s'est déroulée à Lomé (Togo) du 30 au 31 août 2012, à Cotonou (Bénin) du 04 au 05 septembre 2012 et à Nouakchott (Mauritanie) du 09 au 11 septembre 2012.



Figure 1 : Localisation des pays de l'étude

4.3.2. Méthode de l'étude

L'étude est transversale qualitative et quantitative. Elle comprend trois phases. La phase 1 a correspondu à la revue documentaire de la situation des RHS au Bénin, en Mauritanie et au Togo (documents de référence, rapports techniques, documents de politique, ouvrages, etc.). La phase 2 a porté sur la consultation des partenaires impliqués dans le domaine des RHS dans les trois pays, dont en premier lieu le Ministère de la Santé. La phase 3 a consisté en une enquête par questionnaire administré auprès des autorités sanitaires.

4.4. Cibles de l'étude

Les cibles sont les partenaires travaillant dans le domaine des ressources humaines en santé. Il s'agissait de trois (3) groupes de partenaires :

- partenaires gouvernementaux (Ministère de la Santé, Ministère de l'Economie et des Finances, Ministère de la Fonction Publique, etc.)
- partenaires bilatéraux et multilatéraux (OMS, UNFPA, UNICEF, Banque Mondiale, Agence Française de développement (AFD), Commission Européenne, etc.)
- Organisations de la société civile

4.4.1. Critère d'inclusion

Tout individu ou organisation travaillant ou finançant les ressources humaines en santé.

4.4.2. Critères d'exclusion

- Tout individu ou organisation n'ayant pas de rapport avec les ressources humaines en santé ou n'influençant pas l'environnement des ressources humaines en santé dans les pays concernés.
- Tout individu ou organisation refusant de participer à l'étude.

4.5. Techniques de collecte de données

La collecte des données a été faite par le biais de trois techniques :

- revue documentaire
- entretien semi structuré
- questionnaire auto-administré

Pour la revue documentaire, plusieurs sources ont été utilisées : les documents de référence tels que les Politiques Nationales de Santé, les Plan Nationaux de Développement Sanitaire, les Plans Stratégiques de Développement des Ressources Humaines du secteur santé, les documents identifiant les profils des ressources humaines en santé, l'étude des normes et standards en matière de ressources humaines dans le secteur de la santé, divers rapports et ouvrages.

Les entretiens se sont déroulés en moyenne sur deux (2) jours. Les responsables des Directions des Ressources Humaines (DRH) des Ministères de la Santé ont reçu des questionnaires qu'ils devaient renseigner. Les entretiens semi directifs ont permis d'orienter les personnes interrogées sur des thèmes relatifs aux ressources humaines en santé et les informations sont consignées dans un guide d'entretien. Ainsi, les responsables des Ministères de la Fonction Publique, de l'Economie et des Finances ont pu être interviewés. En Mauritanie, deux Ministères coexistent, l'un s'occupant des Finances et l'autre des Affaires Economiques et du Développement.

Dans les 3 pays, les responsables de la Banque Mondiale n'ont pu être interviewés, la raison évoquée est l'absence de spécialiste en santé.

Les partenaires de la société civile n'ont pas été interviewés au cours de cette étude parce ce qu'ils n'ont pas été identifiés et même lorsqu'ils l'ont été, leur mobilisation n'a pu se faire.

Tableau 1 : Publications étudiées et communications personnelles avec les partenaires

Type de publication	Nombre		
	Bénin	Mauritanie	Togo
Articles scientifiques	2	2	2
Recherche	1	1	1
Autres articles	2	2	2
Divers (livres, rapports, documents de référence, sources électroniques, etc.)	10	10	8
Entretien individuel	8	7	8

En addition, les autorités sanitaires en charge des questions de RHS dans les pays ont renseigné les questionnaires.

Tableau 2 : Nombre de répondants par pays

Pays	Nombre de répondants	%
Togo	2	40
Bénin	2	40
Mauritanie	1	20
Total	5	100

4.6. Outils de collecte de données

Une grille de revue documentaire, un guide d'entretien, ainsi qu'un questionnaire ont été utilisés dans le cadre de cette étude.

4.7. Traitement et analyse des données

Les données ont été traitées à l'aide de la plate-forme de traitement de données Sharing Data. Les données qualitatives ont été traitées par catégorisation et analyse du contenu.

5. Résultats

5.1. Monographie des pays

5.1.1. Description du Bénin

5.1.1.1. Situation géographique et démographique du Bénin

Le Bénin est un pays francophone d'Afrique de l'Ouest, limité au Nord par le Niger, au Nord-Ouest par le Burkina Faso, à l'Ouest par le Togo, à l'Est par le Nigéria et au Sud par l'Océan Atlantique. Il a une superficie de 114 763 km². La population du Bénin est passée de 7 839 914 en 2006 à 8 778 648 habitants en 2010² soit un taux d'accroissement annuel moyen de 2,89%. Avec ce taux d'accroissement, la population béninoise doublera tous les 25 ans. La population est jeune, majoritairement féminine et inégalement répartie sur le territoire national. Cette situation démographique est un défi important et un facteur potentiel de pression pour les structures de santé qui doivent s'adapter en termes de ressources humaines, d'infrastructures et d'équipements. En effet, la croissance rapide de la population nécessite un accroissement correspondant au nombre d'établissements sanitaires et de ressources humaines pour faciliter le développement sanitaire.

5.1.1.2. Situation économique et financement de la santé

En 2001, le Bénin a eu un fort taux de croissance économique (6,2%), puis a connu un ralentissement variant de 2,9% en 2005 à 2,7% en 2009 en passant par 4,5% de 2006 à 2008. En 2011, le taux de croissance était de 3,1%. Ces performances bien qu'encourageantes sont en dessous de l'objectif de 7% souhaité dans l'espace de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) pour réduire la pauvreté. Des efforts sont faits dans plusieurs domaines pour améliorer la situation, par exemple la promotion du partenariat public-privé, le développement local, le développement du secteur privé, la réforme et la modernisation de l'Administration Publique, la modernisation du secteur agricole, etc.

Le financement du secteur de la santé provient de l'Etat, des ménages, du secteur privé et de l'appui extérieur. Le budget de la santé s'est accru entre 2006 (46,304 milliards FCFA) et 2009 (111,414 milliards FCFA) pour ensuite connaître une baisse en 2010 (82,462 milliards FCFA)³. Au regard du budget général, la part du secteur de la santé a régressé au cours de ces années, représentant respectivement 8,24%, 9% et 6,1%. Ce qui est encore loin des 15% recommandés par les chefs d'Etat, à Abuja, au Nigéria. En 2012, le crédit alloué au secteur de la santé est de 66,735 milliards de FCFA⁴ et les dépenses du personnel représentent 8,4% de ce budget (charges salariales)⁵. Le financement de la santé par la coopération internationale s'élevait à 29 510 400 000 FCFA en 2010. Les crédits alloués ont été réparties entre les soins ambulatoires (68%), les soins préventifs (17%) et les soins curatifs (4%).

² INSEA, projections démographiques du RGPH3 2002.

³ Rapport DPP/MS Bénin, 2010

⁴ DPP/MS Bénin, 2012

⁵ DRH, 2012

5.1.1.3. Profil politique

Depuis la "Conférence des Forces Vives de la Nation" de février 1990, le Bénin connaît une période de stabilité politique qui lui permet de construire fondamentalement ses cadres institutionnels, politiques et économiques. L'Etat s'est engagé dans un processus de démocratisation qui impose la nécessité de décentraliser l'administration publique du pays afin de la rapprocher des populations. Au niveau de la santé, ce processus date de 1998 où à la suite du décret 98-300 du 20 juillet 1998, il y a eu une réorganisation de la pyramide sanitaire. Cela s'est traduit par un transfert et un renforcement de la responsabilité des niveaux intermédiaires et périphériques en termes de gestion financière et humaine. Cette situation a encouragé la création de Comités de Gestion des Centres de Santé (COGECS) et la participation des municipalités dans les actions sanitaires au niveau périphérique.

5.1.1.4. Situation sanitaire et organisation du système de santé

Le profil épidémiologique du Bénin est caractérisé par la prédominance des maladies transmissibles avec des taux élevés de morbidité, de mortalité infanto juvénile et maternelle élevés. Les affections endémo épidémiques telles que le paludisme et les infections respiratoires aiguës (IRA), les affections gastro-intestinales, les maladies diarrhéiques, les anémies, les traumatismes sont courantes et sont les premières causes de consultation dans les structures sanitaires. Des efforts sont déployés dans plusieurs domaines en vue d'améliorer la santé de la population. Le taux de fréquentation des services de santé pour les soins curatifs (publics et parapublics) en 2009 était autour de 46,5%.

Le système de santé au Bénin est organisé en suivant le découpage administratif du pays avec une structure pyramidale qui comprend trois (3) niveaux⁶ :

- Le niveau central comprend le Cabinet du Ministère de la Santé, les directions centrales, les programmes de santé, le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Manga (CNHU-HKM), le Centre National Hospitalier de Pneumo-Phtisiologie (CNHPP), le Centre National Hospitalier de Neuro-Psychiatrie (CNHNP) et l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant-Lagune (HOMEL).
- Le niveau intermédiaire est constitué des directions départementales de la santé et des Centres Hospitaliers Départementaux (CHD)
- Le niveau périphérique est composé des zones sanitaires avec l'Hôpital de Zone (HZ), les centres de santé des communes (CSC), les centres de santé d'arrondissement (CSA) et les unités villageoises de santé (UVS)

5.1.1.5. Chiffres clés relatifs aux RHS au Bénin

Les ressources humaines en santé en 2010 au Bénin, étaient estimées à 18 078 agents. En rapprochant le nombre de prestataires de soins à la population desservie, les ratios⁷ sont respectivement de :

- 0,58 médecins pour 10 000 habitants
- 3,59 infirmiers pour 10 000 habitants
- 1,15 sages femmes pour 10 000 habitants

⁶ Profil des Ressources Humaines en Santé 2010, République du Bénin, p.18.

⁷ DRH/MS, 2010

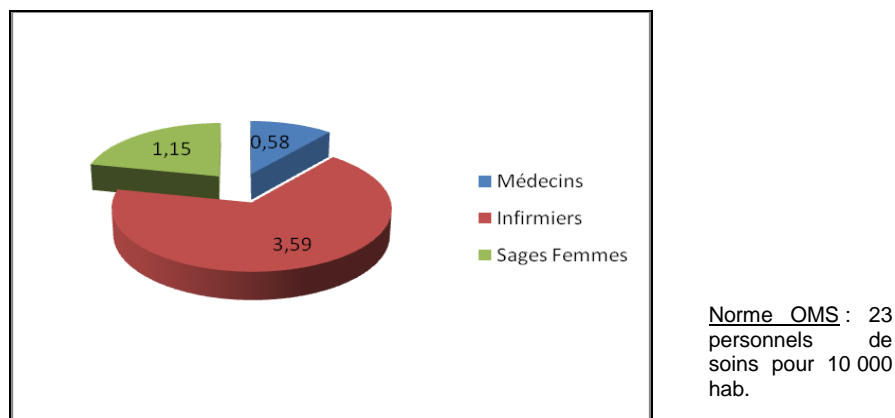


Figure 2 : Ratio par emploi (pour 10 000 habitants) au Bénin (2010)

Le ratio cumulé des prestataires de soins (médecins, infirmiers et sages femmes) est de 5,32 pour 10 000 habitants pour le secteur public. Ce chiffre est largement inférieur aux normes minimales fixées par l'OMS⁸ qui sont de **2,3** prestataires de soins (médecins, infirmiers, sages-femmes) pour 1 000 habitants ou de **23** prestataires pour 10 000 habitants nécessaires pour atteindre une couverture universelle des besoins. Souvent, le ratio cumulé peut être compris dans un intervalle de 20,2 à 25,4 prestataires de soins pour 10 000 habitants, seuil de densité en dessous duquel il est improbable, que l'on puisse atteindre une couverture importante pour les interventions essentielles, notamment celles qui sont nécessaires à la réalisation des OMD dans le domaine de la santé. Le Bénin est encore loin de cet intervalle d'où le déficit en personnel de santé.

5.1.1.6. Cadre de coordination et de concertation pour les RHS au Bénin

Dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du plan stratégique de développement des ressources humaines en santé (2009-2018), un comité technique de pilotage composé du Ministère de la Santé, des Ministères partenaires (Fonction Publique, Economie et des Finances, Enseignement Supérieur, etc.) des partenaires sociaux et des partenaires au développement devait être mis en place. Ce comité devrait régulièrement être informé des progrès et des difficultés rencontrés dans la mise en œuvre du plan stratégique. Les partenaires du comité appuieraient le Ministère de la Santé pour plaider en faveur de la mobilisation des ressources financières et pour favoriser la mise en œuvre coordonnée des actions sur le terrain. Ce comité n'est pas mis en place à ce jour. Les problèmes des RHS sont discutés dans un cadre plus élargi, au niveau de l'organe de suivi du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018) qui est devenu la référence, le cadre de coordination, de suivi-évaluation de tous les partenaires dans le domaine sanitaire.

5.1.2. Description de la Mauritanie

5.1.2.1. Situation géographique et démographique de la Mauritanie

La République Islamique de Mauritanie a une superficie de 1.030.700 km² et est limitée au Sud par le Sénégal et le Mali, au Nord par l'Algérie et le Sahara Occidental, à l'Est par le Mali, et à l'Ouest par le Sahara Occidental et l'Océan Atlantique sur un littoral de 700 km de long. La population mauritanienne en 2009 est estimée à 3 224 651⁹ habitants avec un taux de croissance de 2,4%. En 2011, la population a atteint 3 340 627 habitants¹⁰. Cette population est majoritairement jeune (plus de 40% habitants ont moins de 15 ans). En 2011, la densité moyenne était de 3 habitants/km²¹¹.

⁸ OMS, « Travailler ensemble pour la santé », Rapport sur la santé dans le monde, 2006, Genève.

⁹ Office Nationale de la Statistique, estimations de la population à partir des données du recensement de la population, 2000-2001.

¹⁰ <http://www.ons.mr/>

¹¹ <http://www.ons.mr/projection> de la population

5.1.2.2. Profil économique et financement de la santé

La Mauritanie a été marquée par les politiques d'ajustements structurels des années 1990 et son corollaire de privatisation et de réduction des dépenses publiques. Au cours des années 2000, le pays est devenu un producteur de pétrole. L'économie mauritanienne affiche une croissance significative sur la période 2010-2012, tirée essentiellement par les investissements dans le secteur minier, les investissements publics et les performances des industries manufacturières. Le taux de croissance du PIB, hors pétrole, est estimé à 4.3 % en 2011 et de 4.7 % en 2012¹².

Le secteur de la santé est financé à travers le budget de l'Etat, les ménages (système de recouvrement des coûts), les partenaires bi et multinationaux et les ONG. En 2007, le budget du secteur santé fourni par l'Etat était de 7 145 560 000¹³ ouguiyas, de 2 099 787 000 ouguiya pour les ménages et de 3 146 766 000 ouguiya pour l'aide extérieur (partenaires). Le budget global de l'Etat pour l'année 2012 est de 346.281.814.020 ouguiyas, en hausse de 9,18 milliards d'ouguiyas (9,18%) par rapport à l'année 2011. La part du budget de la santé est d'environ 5% du budget national ce qui est encore loin des promesses de 15% souhaités par les chefs d'Etat à Abuja, en 2001.

5.1.2.3. Profil politique

La Mauritanie est engagée dans un processus de démocratisation qui vise à jeter les bases d'un développement économique et social durable tout en facilitant les libertés individuelles et collectives avec la participation des populations dans le processus de développement. Ce processus démocratique a favorisé la mise en place d'un parlement doté d'une assemblée nationale et d'un sénat. La Mauritanie s'est engagée depuis 1989 dans les réformes de l'Administration avec la décentralisation du territoire. Cette décentralisation est un choix stratégique qui permet de résoudre les problèmes organisationnels, institutionnels et administratifs liés au système centralisé. La République Islamique de Mauritanie est divisée sur le plan administratif en 13 régions ou wilayas, dirigées chacune par un Gouverneur ou wali. Chaque wilaya est subdivisée en départements ou moughataas dirigé par des préfets ou hakems. On compte 53 moughataa. A l'intérieur de certaines moughataas existent des arrondissements. La subdivision la plus périphérique est représentée par la commune qui est une collectivité décentralisée dotée de l'autonomie de gestion. Il existe 216 communes.

5.1.2.4. Situation sanitaire et organisation du système de santé

Le profil épidémiologique est marqué par les maladies transmissibles (paludisme, tuberculose, etc.), les pathologies infantiles à type d'infections respiratoires aiguës (IRA), les déséquilibres nutritionnels en particulier chez le couple mère-enfant, les pathologies obstétricales et périnatales, les maladies non transmissibles. La situation sanitaire est marquée par des taux élevés de mortalité infanto-juvénile (122‰) et maternelle (686‰)¹⁴.

Le système de santé en Mauritanie est de type pyramidal, avec trois niveaux de prestations ; il comprend un système public de soins composé par :

- Le niveau *opérationnel ou périphérique* (moughataa) où il existe deux types de structures : respectivement les postes de santé et les centres de santé.
- Le niveau *intermédiaire* comprenant trois types d'hôpitaux au niveau des capitales régionales
- Le niveau *tertiaire* essentiellement concentré à Nouakchott¹⁵ comprend quatre types d'établissements publics de référence avec 22 Etablissements Publics Administratifs (EPA).

¹² http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/development/perspectives-economiques-en-afrique-2012/mauritanie_aeo-2012-41-fr

¹³ Profil pays, Mauritanie 2009, p.30

¹⁴ MICS, 2007

¹⁵ Seule l'Ecole de Santé Publique de Kiffa n'est pas à Nouakchott

Le versant administratif de la pyramide comprend, au niveau central le Cabinet, les directions techniques, les établissements autonomes sous tutelle. Ce niveau est chargé de la conception et de la mise en œuvre de la politique de santé. Le niveau intermédiaire comprend les directions régionales à l'action sanitaire (DRAS) dirigées par des directeurs régionaux. Dans les circonscriptions sanitaires moughatas (districts sanitaires), les équipes cadres assurent l'action au quotidien et mettent en œuvre les programmes de santé.

5.1.2.5. Chiffres clés relatifs au RHS en Mauritanie

En 2009, la Mauritanie avait un effectif de 5 158¹⁶ personnels de santé dont 446 médecins, 695 infirmiers d'état, 1 166 infirmiers assistants, 347 sages femmes. Les ratios sont répartis comme suit :

- 1,3 médecin pour 10 000 habitants
- 5,8 infirmiers pour 10 000 habitants
- 1,0 sage femme pour 10 000 habitants

Le ratio pour les infirmiers, les médecins et les sages femmes est de 8,1 pour 10 000 habitants, en dessous de l'intervalle de 20 à 24,5 prestataires de soins pour 10 000 habitants préconisés par l'OMS.

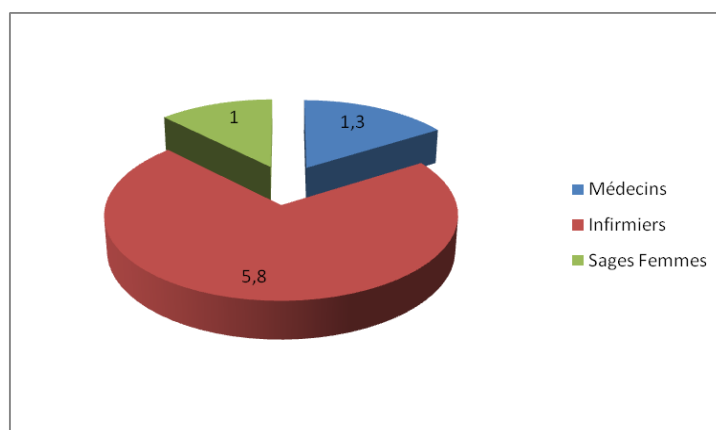


Figure 3 : Ratio par emploi (pour 10 000 habitants) en Mauritanie en 2009

5.1.2.6. Cadre de concertation de coordination en Mauritanie

La Mauritanie est dotée d'un comité multisectoriel de pilotage pour le suivi des activités des RHS. Ce comité regroupe tous les partenaires œuvrant pour l'amélioration des RHS. Ce sont outre, le Ministère de la Santé, les Ministères partenaires (Fonction Publique, Finances, Economie et du Développement, Plan, etc.), les partenaires au développement. Dans le cadre de la mise en place de l'observatoire national des ressources humaines, le pays a créé un cadre institutionnel permettant le suivi périodique des activités relatives à cet observatoire.

5.1.3. Description du Togo

5.1.3.1. Situation géographique et démographique du Togo

Le Togo est un pays de l'Afrique occidentale limité à l'est par le Bénin, à l'ouest par le Ghana et au nord par le Burkina Faso. Il a une superficie de 56 600 km². La population estimée à 5 485 000 habitants en 2007 est passée à 6 191 155¹⁷ habitants en 2010. Elle est jeune et vit majoritairement en milieu rural (62,3%). La population âgée de moins de 25 ans représente 60% de la population totale.

¹⁶ <http://www.onrhs.gov.mr/observatoire/>

¹⁷ DGSCN : Résultats définitifs, RGPH, 2010

5.1.3.2. Profil économique et financement de la santé

Le Togo a connu une croissance économique de 3,8% en 2011 et pour 2012, le taux est de 4,5%. Les ressources financières de la Santé proviennent de trois pôles : le budget de l'Etat, le financement communautaire et l'appui des partenaires au développement et/ou bailleurs de fonds. Les ménages contribuent au financement du secteur à travers le paiement direct des actes et l'achat des produits pharmaceutiques (Initiative de Bamako).

Dans le budget général 2012, arrêté en dépenses à 656.200.000.000 francs CFA, le secteur de la Santé bénéficie d'un total de 38,94 milliards de francs CFA, contre 28,53 milliards en 2011. L'enveloppe a augmenté de 36,5%, avec un financement sur ressources externes estimé à 12,7 milliards de francs CFA. En le ramenant au budget global, ce financement représente seulement 5,93%, taux largement en dessous des 15% recommandés par les Chefs d'Etat de l'Afrique de l'Ouest en 2001. Le montant de l'aide extérieure au secteur est évalué en moyenne à 10 milliards de francs CFA par an¹⁸ ; plus de 12 milliards de francs CFA en 2012.

5.1.3.3. Profil politique

Le contexte politique a été marqué par la suspension au cours des années 1990 de l'aide extérieure suite aux troubles socio-politiques. Mais à partir de 2006, d'importantes réformes politiques et économiques ont permis la reprise de la coopération internationale. Le Togo jouit actuellement du soutien des partenaires internationaux. Depuis 1998, le Togo s'est engagé sur la voie de la décentralisation. Les collectivités territoriales sont créées par la loi qui détermine les principes fondamentaux de la libre administration, sous le contrôle de l'Etat, des collectivités territoriales, de leurs compétences et de leurs ressources.

5.1.3.4. Situation sanitaire et organisation du système de santé

La situation sanitaire au Togo est caractérisée par des taux élevés de morbidité et de mortalité dans la population particulièrement chez les enfants et les femmes. Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile sont respectivement de 77 et 123 pour 1000 naissances vivantes en 2010 (MICS4). Le profil de mortalité est caractérisé par des maladies infectieuses et des maladies non transmissibles telles que le paludisme, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires, le VIH Sida, le choléra, la méningite, etc.

Le système de santé est organisé en une pyramide sanitaire à trois (3) niveaux : central, intermédiaire et périphérique.

- Le niveau central est représenté par le Cabinet du Ministère, la Direction Générale de la santé et les Directions centrales avec les services. Les instituts à portée nationale sont rattachés au niveau central. Il existe trois (3) centres hospitaliers universitaires (CHU) dont 2 à Lomé et un à Kara puis l'Hôpital Psychiatrique de Zébé. Il faut ajouter le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), l'Institut National d'Hygiène (INH), le Centre National d'Appareillage et d'Orthopédie (CNAO).
- Le niveau intermédiaire est composé de six (6) Directions Régionales de la santé.
- Le niveau périphérique est représenté par le district sanitaire qui est l'entité opérationnelle.

5.1.3.5. Chiffres clés relatifs au RHS au Togo

Les agents de santé étaient au nombre de 12 856 en 2010 pour une population de 6 191 155 habitants.

- l'effectif des médecins (généralistes et spécialistes) est de 705 en 2010 soit 1,1 médecins pour 10 000 habitants.
- Les infirmiers sont estimés à 1 692 soit 2,7 pour 10 000 habitants.
- Les sages femmes représentent 481 soit 0,7 pour 10 000 habitants.

¹⁸ Late Peter, article, Financement du secteur de la santé au Togo, www.pa-lunion.com

Le ratio des trois emplois est de 4,5¹⁹ pour 10 000 habitants. Le Togo a une faible couverture de la population en personnels de santé.

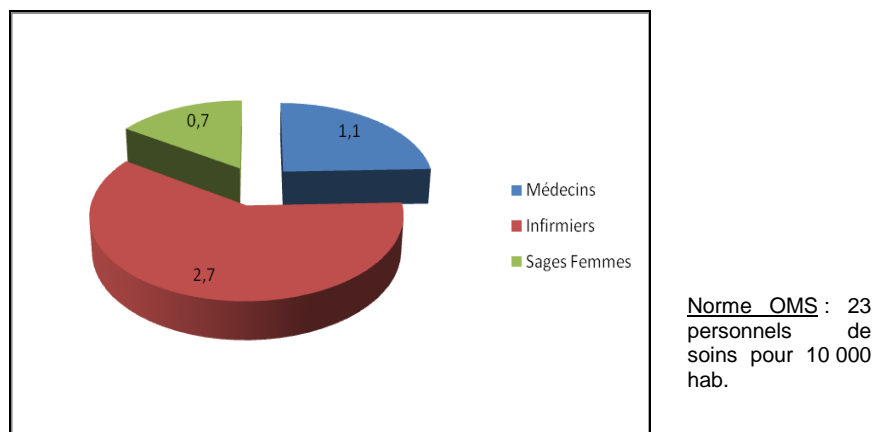


Figure 4 : Ratio par emploi (pour 10 000 habitants) au Togo (2010)

5.1.3.6. Cadre de coordination et de concertation pour les RHS au Togo

Un comité de supervision des activités entreprises dans le cadre de l'exécution du projet pour l'amélioration de la gestion des ressources humaines et du médicament, financé par l'AFD, a été mis en place au sein du Ministère de la Santé, en mars 2012. Des réunions périodiques sont tenues. Dans le cadre de la mise en place de l'observatoire national des RHS, un comité de coordination et de pilotage sera créé pour le suivi de la mise en œuvre des activités RHS, du Plan Stratégique de Développement des ressources humaines du secteur santé (2009-2018). Les problèmes des RHS sont toutefois discutés avec tous les partenaires dans le cadre du suivi du Plan National de Développement Sanitaire (2012-2015).

5.2. Etat des lieux de la situation des RHS dans les 3 pays

5.2.1. Actions favorables aux RHS au Bénin, en Mauritanie et au Togo

5.2.1.1. Volonté politique et existence de documents de référence dans le domaine des RHS

Dans les 3 pays, il y a une véritable prise de conscience de la problématique des RHS et ainsi, l'environnement politique apparaît favorable au soutien des personnels de santé. Des efforts sont faits pour appliquer les directives et les recommandations concernant les normes internationales. La volonté politique se traduit par l'élaboration et l'adoption des documents de référence tels que les plans²⁰ stratégiques de développement des RHS, les plans de formation, les documents d'analyse situationnelle des RHS, les documents de normes au niveau des RHS, etc.

Le Togo et la Mauritanie sont engagés dans un processus global de réforme de la Fonction Publique, qui aura des répercussions au niveau de la gestion du personnel du ministère de la Santé et particulièrement au niveau des ressources humaines. Une ligne budgétaire est mise à la disposition du secteur santé dans chacun des pays même si elle est généralement insuffisante par rapport aux besoins.

5.2.1.2. Existence d'écoles de formation des agents de santé

Le Bénin, le Togo et la Mauritanie ont des ressources humaines en santé de divers emplois (médecins, infirmiers, sages-femmes, techniciens supérieurs santé, etc.) formées dans plusieurs

¹⁹ Ce ratio n'a pris en compte les techniciens supérieurs santé, les accoucheuses traditionnelles, etc.

²⁰ - Plan stratégique de développement des ressources humaines (2006-2015) Mauritanie
- Plan de développement des ressources humaines du secteur santé (2009-2018) Bénin
- Plan de développement et de gestion des ressources humaines (2009-2013) Togo

écoles et instituts de formation²¹. Malgré la concentration des écoles de formation dans les capitales, des efforts sont effectués pour une décentralisation de ces structures.

Le Togo possède 6 écoles de formation dont l'école nationale des auxiliaires médicaux de Lomé dont dépend le département des aides sanitaires à Sokodé (au centre du pays). La Mauritanie a connu la création en 2008, d'une Faculté de Médecine Publique à Nouakchott pour que le pays soit moins dépendant de la formation à l'étranger. La même année, une école de santé publique a été ouverte à Kiffa²² pour la formation d'infirmiers et de sages-femmes en plus de l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) de Nouakchott. Depuis octobre 2011, le Gouvernement mauritanien a décidé de créer trois (03) autres Ecoles de Santé Publique (ESP) pour la formation des agents paramédicaux :

- l'Ecole de Santé Publique de Rosso (Trarza) à 200 km au Sud de Nouakchott,
- l'Ecole de Santé Publique de Kaédi (Gorgol) à 430 km au Sud-Est de Nouakchott,
- l'Ecole de Santé Publique de Néma (Hodh Echargui) à 1 200 km à l'Est de Nouakchott.

Au Bénin, en plus des écoles de formation initiale situées à Cotonou et Abomey-Calavi (Faculté des sciences de la santé de l'université d'Abomey-Calavi, Ecole nationale de formation des Infirmiers et sages-femmes anesthésistes réanimateurs, etc.), il existe la faculté de médecine de l'université de Parakou.

5.2.1.3. Disponibilité numérique des personnels de santé

Le Bénin, le Togo et la Mauritanie ont des milliers d'agents de santé et au cours des années, des efforts ont été faits pour une augmentation des effectifs. Chaque année, de jeunes diplômés sortent des instituts de formation et sont en quête d'un premier emploi dans les structures sanitaires.

Au Togo, les effectifs des agents de santé du secteur public sont passés de 8 064 en 2008 à 10 764 en 2011 soit une croissance de 11%²³. En considérant le secteur privé, les personnels de santé atteignent 12 856. Cette situation est essentiellement due aux recrutements successifs des années 2008 et 2009 et au relèvement de l'âge de départ à la retraite à 60 ans pour les cadres supérieurs et 58 ans pour les autres.

Au Bénin, les effectifs des personnels de santé ont eux aussi connu une hausse entre 2006 et 2010 passant respectivement de 9 631 à 13 505 agents de santé²⁴. Le dernier recrutement date de 2009. En Mauritanie, les effectifs sont passés de 4 287 agents de santé en 2003 à 5 158 en 2009 soit un accroissement de 16,9%.

5.2.1.4. Mise en place de mécanismes et d'outils modernes de gestion des RHS

- Observatoires nationaux des ressources humaines en santé

Suite au 1^{er} forum sur les RHS tenu à Kampala²⁵, en Ouganda, en mars 2008, il a été vivement recommandé aux pays de mettre en place des observatoires nationaux des RHS afin de contribuer à relever les défis de la pénurie des personnels de santé, particulièrement ceux relatifs aux problèmes de la fiabilité et de la qualité des données des RHS. Pour y parvenir, un canevas élaboré par l'OMS a été soumis aux pays afin de rédiger le profil des RHS. Ce profil met en évidence les niveaux et tendances des effectifs des agents de santé, les déséquilibres des compétences, la distribution des RHS, la production, la mobilité, etc.

En Mauritanie, le lancement de l'observatoire national (ONRHS) s'est déroulé en 2010²⁶ avec un site opérationnel <http://www.onrhs.gov.mr/observatoire>. Néanmoins, les informations sur le site ont besoin d'être mises à jour régulièrement. Le Bénin et le Togo n'ont pas encore d'observatoires des RHS mais sont en train de mettre en place le cadre institutionnel nécessaire pour la bonne marche

²¹ Voir annexe 1 : cartographies des structures de formation

²² 604 kilomètres de Nouakchott

²³ Plan de formation des ressources humaines en santé (2012-2015), juillet 2012.

²⁴ Profil des ressources humaines en santé 2010

²⁵ <http://www.who.int/workforcealliance/forum/>

²⁶ <http://www.onrhs.gov.mr/observatoire>

du processus (élaboration et adoption des textes régissant le cadre de concertation multisectoriel des RHS, élaboration d'outils devant être utilisés pour l'alimentation du site, etc.).

- Base de données des RHS

Des efforts sont faits pour la mise en place dans les pays de systèmes d'information et de gestion des RHS (SIGRHS) avec des bases de données des RHS fiables et complètes.

Pour avoir des données fiables, le Togo est engagé dans une opération de collecte et de traitement des données RHS du terrain. Au Bénin, au niveau central, la DRH utilise un nouveau logiciel de gestion du personnel dénommé Logi-GRH. La DRH a formé les agents chargés de la gestion du personnel du niveau périphérique afin que le logiciel soit utilisé dans les districts. Il reste à initier une opération de recensement du personnel de santé pour alimenter la base de données en informations fiables.

- Existence de DRH

Il existe une Direction des Ressources Humaines (DRH) dans chacun des 3 pays pour gérer les RHS du Ministère de la Santé. Toutefois, la DRH du Togo est de création récente (2011)²⁷ et les nominations des responsables sont une nécessité pour permettre à la direction de jouer pleinement son rôle.

5.2.1.4. Recherche de solutions pour la motivation des personnels de santé

Le niveau de salaire jugé insuffisant et des conditions de travail des personnels de santé impactent négativement sur la motivation professionnelle des agents de santé au Bénin, au Togo et en Mauritanie.

Face à la démotivation des personnels de santé, la Mauritanie expérimente avec les fonds PPTTE, un système de primes de zones et de technicité (PZT²⁸) afin de retenir et fidéliser les personnels de santé dans les zones éloignées et enclavées.

A l'aide d'un projet de plaidoyer, le Ministère de la Santé a réussi à convaincre le Ministère des Finances à faire une inscription budgétaire de l'ordre de 400 000 000 UM/an soit 1 142 000 euro/an dans la loi de finances de 2003 pour la couverture du PZT.

Cette expérience toujours en cours devait permettre d'obtenir les résultats suivants :

- Infléchir les interventions et la demande du personnel demandant l'affectation dans les villes de Nouakchott et Nouadibou
- Maintenir les personnels en zones rurales
- Renforcer le plateau technique des hôpitaux régionaux

Deux types de primes sont accordés aux professionnels de santé : (i) la prime de technicité et (ii) la prime de zone. Une évaluation de cette expérience a été effectuée et les recommandations serviront à corriger les faiblesses de cette stratégie de motivation.

Une valorisation des primes individuelles a été accordée aux agents de santé du Togo. Pour le Bénin, l'élaboration d'un plan de redéploiement des personnels de santé, financé par l'OMS permet de réfléchir sur le redéploiement des agents de santé mais aussi sur les stratégies de motivation pour leur fidélisation dans les structures sanitaires.

²⁷ Décret n°2011-110/PR portant création de la Direction des Ressources Humaines au Ministère de la Santé

²⁸ Profil de ressources humaines en santé, en Mauritanie, AHWO, 79 pages

5.2.2. Difficultés et obstacles

5.2.2.1. Insuffisance de ressources humaines en santé

Les trois pays, le Togo, le Bénin et la Mauritanie font face à une grave pénurie des personnels de santé qui restreint l'offre de soins de santé à la population (graphique 4 et 5). Cela est dû à une irrégularité et une insuffisance de recrutement des RHS. Pour le Togo et le Bénin, les derniers recrutements d'agents de santé remontent en 2008 et 2009.

Au Bénin, les ratios en personnels de santé sont faibles. Certaines maternités du pays sont tenues par du personnel peu qualifié et qui ne sont pas des sages-femmes. Le manque des sages-femmes constitue un obstacle pour l'atteinte des OMD 4 et 5. Les besoins en personnel²⁹ médical, avoisinent 867 pour la période de 2009 à 2012. Or depuis 2009, aucun recrutement n'a été fait. Le gap des personnels de santé toutes catégories confondues est estimé à 7 334³⁰ pour la période 2008 à 2018.

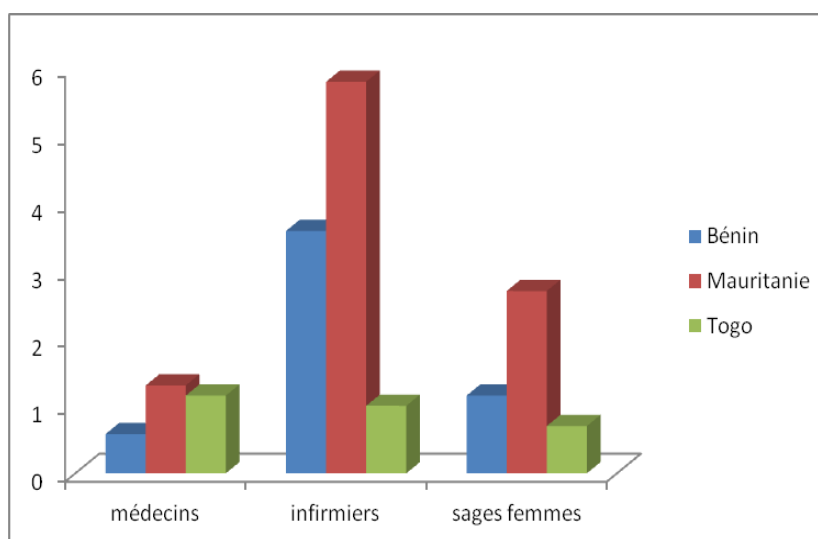
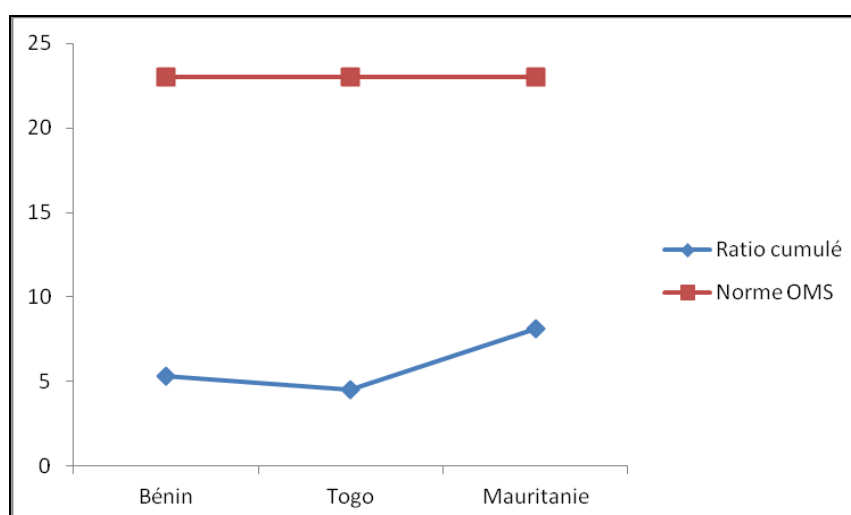


Figure 5 : Ratio par pays et par emploi pour 10 000 habitants (2009-2010)



Norme OMS : 23
personnels de soins
pour 10 000 hab.

Figure 6 : Comparaison ratios personnels de soins par pays et norme OMS en 2010

Pour la Mauritanie, les besoins additionnels en médecins³¹ toutes spécialités confondues est de 2 057 médecins or le pays n'avait au niveau du secteur public, aucune faculté de médecine jusqu'en

²⁹ Plan stratégique de développement des ressources humaines du secteur santé (2009-2018)

³⁰ Plan stratégique de développement des ressources humaines (2006-2015)

³¹ Plan stratégique de développement des ressources humaines (2006-2015)

2007. La Mauritanie ne produit pas encore suffisamment de personnel médical pour satisfaire les besoins du terrain. A ce jour, la première promotion de médecins généralistes formée en Mauritanie dans le secteur public n'est encore pas disponible. Il existe dans le secteur privé, deux universités, l'université libre de Nouakchott et l'université libanaise internationale, mais les capacités d'accueil insuffisantes et le coût élevé de la formation sont des obstacles à de la formation de masse. Au cours de l'année 2012, le ministère Mauritanien de la santé a recruté 63³² médecins tunisiens spécialistes (réanimateurs, radiologues et gynécologues obstétriciens) pour appuyer les services sanitaires existants en Mauritanie.

Les Fonctions Publiques togolaise et béninoise n'arrivent pas à recruter la totalité des diplômés sortis des instituts de formation et qui sont pourtant insuffisants au regard des besoins. Il n'existe pas de politique de recrutement propre au personnel de santé. La pratique de recrutement dans le secteur découle de la politique nationale de recrutement du personnel de l'Etat. La raison fondamentale évoquée par les responsables des divers ministères (Economie et des Finances, Fonction Publique et Santé), lors des interviews, est la contrainte budgétaire et l'insuffisance de ressources financières.

Seule, la Mauritanie recrute annuellement les agents de santé même si les effectifs restent encore très insuffisants par rapport aux besoins du terrain. En effet, au cours de la période 2006 à 2010, les projections des besoins ont permis d'identifier les déficits cumulés de l'ordre de 5544³³ personnels infirmiers et obstétricaux pour un flux annuel de sortants ne dépassant pas 130 personnels de santé, toutes filières confondues.

5.2.2.2. Problèmes liés à la production des personnels de santé

La formation initiale des agents de santé relève de la compétence de plusieurs ministères (Enseignement Supérieur, Santé, Enseignement Professionnel, etc.) ce qui pose un problème pour la planification et la programmation des entrants des instituts de formation.

Les difficultés liées au recrutement des nouveaux diplômés au Bénin et au Togo, la faible production des écoles de formation et les questions inhérentes à l'harmonisation des curricula de formation, à l'insuffisance des formateurs, à l'insuffisance et à la vétusté du matériel de formation, etc. sont autant de problématiques à prendre en compte. Certains programmes de formation de base sont inadaptés et requièrent une harmonisation des curricula avec ceux de l'espace CEDEAO (OOAS).

Les emplois d'infirmiers auxiliaires au Bénin, devront être remplacés, à terme par les infirmiers diplômés d'Etat. L'école des sages-femmes a été fermée pendant 3 ans pour l'harmonisation des curricula (LMD) au Bénin. Il existe une insuffisance de planification, de perfectionnement et de spécialisation. En parallèle de la problématique de la formation initiale, les agents de santé ne disposent pas toujours de formation continue, faute de financement suffisant.

5.2.2.3. Inégale distribution et vieillissement de certaines catégories de personnels de santé

La mauvaise répartition des professionnels de santé est une réalité au Bénin, au Togo et en Mauritanie. Ce déséquilibre dans la distribution des agents de santé aggrave l'indisponibilité géographique des soins de santé et ce, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les disparités sont importantes entre le milieu urbain et le milieu rural.

Au Togo, la région de Lomé-Commune compte à elle seule 42% du total du personnel de santé avec 70,1% de médecins, 41% d'infirmiers et 52% des sages-femmes. Quant au Bénin, les agents de santé sont concentrés dans les régions de l'Atlantique/Littoral (39,57%) et de l'Ouémé/Plateau (15,61%). Ces deux régions abritent plus de la moitié des effectifs. En Mauritanie, la région de

³² Article paru dans : http://www.elqalima.net/index.php?option=com_content&view=article&id=122:la-mauritanie-recrute-des-medecins-tunisiens-&catid=36:maghreb&Itemid=60

³³ Rapport analyse de la situation du secteur de la santé en Mauritanie, 2011

Nouakchott, regroupe 37,5% des professionnels de santé tandis que les autres régions sanitaires abritent chacune moins de 10% des effectifs.

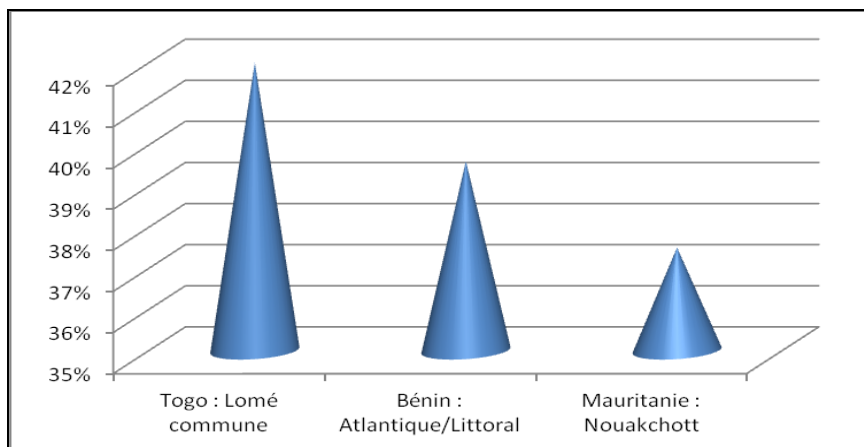


Figure 7 : Concentration des RHS au Togo, Bénin et Mauritanie

Cette situation est liée à la proximité des capitales économiques des 3 pays, qui bénéficient d'une concentration des infrastructures modernes, la présence de la majorité des écoles de formation, la présence de nombreuses opportunités pour les agents de santé, etc.

En outre, les affectations des agents ne tiennent pas toujours compte des besoins réels sur le terrain. La répartition des âges des agents de santé est une importante préoccupation. Au Bénin, on assiste à un vieillissement des agents de santé dans certains d'emplois. Dans le secteur public, le personnel spécialiste (38,17% pour les médecins spécialistes et 29,10% pour les infirmiers spécialistes)³⁴ avait plus de 51 ans en 2010 or l'âge de la retraite est de 60 ans. Le remplacement de ce personnel est un défi à court terme. La Mauritanie a un personnel de santé jeune avec plus de 48% de moins de 40 ans. Il convient de garder cette tendance.

5.3. Partenaires clés public et privé

5.3.1. Partenaires publics

Au cours de la mission exploratoire, les responsables du Ministère de la Fonction Publique, du Ministère de l'Economie et du Ministère de la Santé ont été interviewés. Une audience a été obtenue auprès de Madame la Ministre de la Santé du Bénin. Les autres personnalités rencontrées sont généralement les Directeurs de Cabinet, les Directeurs Généraux ou les Secrétaires Généraux, les Directeurs d'Administration Centrale tels que les Directeurs des Ressources Humaines, les Directeurs chargés de l'information sanitaire, les Directeurs de la Solde et les responsables de la Direction du Budget. Les responsables des ministères de la Planification et de l'Enseignement Supérieur n'ont pas été interviewés mais seront associés dans la mise en œuvre du projet de plaidoyer en faveur des ressources humaines en santé. Les Ministères partenaires interviennent à différents stades de la gestion du personnel de santé. L'organisation de l'Administration Publique dans les trois pays, est globalement identique.

- Le Ministère de la Santé

Le Ministère de la Santé est chargé de mettre en œuvre les politiques définies par le Gouvernement en matière de santé. Il initie les actions de santé, planifie, coordonne et contrôle la mise en œuvre des activités qui en découlent. Le Ministère de la Santé conçoit et applique la politique sanitaire nationale et internationale en matière de santé, suggère au gouvernement de concert avec les autres départements ministériels, des stratégies et programmes d'actions conformes à la politique sanitaire, renforce la couverture sanitaire, s'occupe entre autres du financement du secteur et de l'amélioration

³⁴ Profil pays, Bénin, 2010

de la gestion des ressources y compris les ressources humaines en santé, veille à la prévention et à la lutte contre les principales maladies pour une amélioration de la qualité des soins.

- Le Ministère de la Fonction Publique

C'est ce ministère qui, par le truchement de ses services techniques, gère tous les agents de l'Etat depuis leur nomination jusqu'à leur sortie de carrière. Il organise les recrutements des agents de santé et établit certains actes administratifs. Ce Ministère nomme dans les corps de métiers, tous les agents du secteur public y compris ceux du Ministère de la Santé. Dans les 3 pays, la Fonction Publique est en pleine réforme et particulièrement au Togo où une restructuration est en cours.

- Le Ministère de l'Economie et des Finances

Le Ministère de l'Economie et des Finances est chargé d'appliquer la politique économique et financière du Gouvernement et, à ce titre, intervient dans la programmation des nouveaux postes de travail et dans le traitement de tous les actes de gestion administrative à incidence financière.

En Mauritanie, le Ministère des Finances avec sa Direction de la Solde et des Pensions s'occupent du traitement salarial des agents de santé.

Les discussions sur le nombre de ressources humaines à recruter se font généralement entre le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Economie. Le montant de la masse salariale à octroyer pour un nouveau recrutement est du ressort du Ministère de l'Economie, en fonction des priorités du moment et des contraintes budgétaires.

Généralement, les besoins en RHS sont déterminés (projection des besoins) par le Ministère de la Santé puis budgétisés. Les informations sont ensuite transmises au Ministère de l'Economie pour examen. Un arbitrage est fait et le Ministère de la Santé ainsi que le Ministère de la Fonction Publique sont informés de la décision prise. Toutefois, la décision au niveau des postes à pourvoir pour un recrutement peut provenir d'un niveau hiérarchique plus élevé, par exemple, la Primature ou la Présidence de la République en fonction de l'importance et de l'urgence de la question.

- Le Ministère de l'Enseignement

Les structures chargées de la formation des personnels de santé sont sous la tutelle de plusieurs ministères. Les Facultés de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie dépendent généralement du Ministère de l'Enseignement Supérieur. Les écoles de formation des infirmiers et des sages-femmes et des autres emplois, sont pour certains sous l'autorité du Ministère de la Santé pour d'autres, le Ministère de l'Enseignement Professionnel, etc.

5.3.2. Partenaires privés

Plusieurs partenaires internationaux apportent leurs appuis aux pays pour relever les défis des ressources humaines en santé. Au cours de la mission exploratoire, six (6) ont pu être interviewés.

- L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
- Le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA)
- L'Organisation des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)
- L'Agence Française de développement (AFD)
- La Délégation de l'Union Européenne
- La Coopération Technique Belge (CTB)
- L'Association pour la Promotion de l'Education et la Formation à l'Etranger (APEFE)

Point des partenaires interviewés

Ministères

- Ministère de la Santé
- Ministère de l'Economie et des Finances
- Ministère de la Fonction Publique

Partenaires internationaux

- OMS
- UNFPA
- UNICEF
- Délégation Union Européenne
- AFD
- CTB
- APEFE

Il existe des partenaires qui interviennent sur le terrain dans le domaine des ressources humaines en santé qui n'ont pas été interviewés mais ont été répertoriés grâce aux témoignages de certains partenaires ou grâce à la revue documentaire. Ce sont notamment :

- L'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS)
- l'Alliance Mondiale des Personnels de Santé (AMPS)
- L'Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA)
- GAVI
- La Banque Mondiale (BM)
- La Banque Africaine de Développement (BAD)
- La Banque Islamique de Développement (BID)

5.4. Projets et programmes en soutien aux ressources humaines en santé

Les projets ou programmes des RHS sont soit financés par un seul partenaire soit cofinancés par plusieurs partenaires.

- *L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)* intervient dans les 3 pays car les ressources humaines constituent l'un des six piliers du système de santé. Elle apporte son appui technique et financier pour l'élaboration et l'adoption de documents de référence pour une gestion moderne des ressources humaines. L'élaboration de plan stratégique de développement des ressources humaines en santé et de rapports d'analyse situationnelle des personnels de santé est impulsée par l'OMS. L'OMS a suscité la création d'un important outil de prise de décision : les observatoires nationaux des ressources humaines en santé. La Mauritanie a mis en place son observatoire en 2010. Pour le Togo et le Bénin, il est en cours de création. L'OMS intervient dans le renforcement des capacités des personnels de santé dans diverses spécialités. Au cours de l'année 2012, l'OMS a soutenu le Bénin pour l'élaboration du plan de redéploiement du personnel de santé.
- *L'Agence Française de Développement (AFD)* initie un projet d'appui à l'amélioration de la gestion des ressources humaines et du médicament à hauteur de 8 milliards de CFA sur 5 ans au Togo. Ce vaste projet prend en compte, la formation des équipes de la DRH, la mise en place d'un système dynamique d'information des RHS, l'amélioration des capacités de formation, l'organisation de la formation continue, le renforcement des instituts de formation, le développement des compétences des enseignants, l'expérimentation d'une expérience pour la rétention et la fidélisation du personnel.
- Au Bénin, la *Coopération Technique Belge (CTB)* soutient un projet d'Appui Institutionnel au Ministère de la Santé (AIMS) et un Projet d'Appui au Renforcement des Zones Sanitaires (PARZS). Ces deux projets s'intègrent dans le « Programme Sectoriel Santé (PASS) ». Au travers d'une approche globale de renforcement de la pyramide sanitaire, les projets AIMS et PARZS offrent un appui à chaque échelon du système de santé béninois. L'AIMS appuie le développement d'une politique sanitaire rationnelle au niveau central. Le PARZS, lui, vise l'opérationnalisation de cette politique aux niveaux intermédiaire et opérationnel. Les activités du projet d'appui institutionnel prennent en compte le renforcement des capacités des responsables du niveau central en gestion de changement, la mise en place de Groupes Thématiques de Travail au sein du Ministère de la Santé, l'appui à l'élaboration et la mise en œuvre du plan de formation du Ministère de la Santé, l'organisation des ateliers et séminaires nationaux de capitalisation des « expériences réussies » et des « meilleures pratiques » identifiées au sein de l'ensemble du système de santé, le renforcement du partenariat public/privé dans le secteur de la santé, le renforcement de la gestion et de la gouvernance du secteur de la transfusion sanguine.

La CTB a aidé financièrement la DRH pour l'édition et la diffusion du plan stratégique de développement des ressources humaines du secteur santé (2009-2018) du Bénin.

La CTB soutient aussi la formation des kinésithérapeutes béninois via l'Association pour la Promotion de l'Education et de la Formation à l'Etranger (APEFE) afin de combler un vide de spécialistes dans cette discipline. Il s'agit du programme de réadaptation composé de deux volets « kinésithérapie-réadaptation médicale » et « réadaptation à base communautaire » (RBC).

Ainsi, l'APEFE soutient l'école de kinésithérapie en finançant la venue de professeurs belges pour délivrer des cours (de moins en moins car les capacités locales sont de plus en plus suffisantes) et en recherchant des bourses pour que des étudiants béninois aillent faire un Master à l'étranger. Elle appuie également le développement du curricula de formation pour le Master qui sera disponible en septembre 2013.

Un second programme « formation des infirmiers et des sages femmes » a permis la révision des curricula de l'école des infirmiers et sages-femmes de l'ancien Institut National Médico-social (INMES). Sur une période de 3 ans, le coût estimatif des interventions de l'APEFE est de 1,6 millions d'euros.

- L'Organisation Ouest Africaine (OOAS) intervient dans les trois pays et apporte son appui technique dans la révision et l'harmonisation des curricula de formation dans l'espace CEDEAO. Au Bénin, au Togo et en Mauritanie, il existe encore des infirmiers auxiliaires ou des infirmiers médico-sociaux. Cette organisation apporte son aide dans le renforcement des compétences des responsables des directions des ressources humaines dans le domaine de la planification, de la collecte et de l'analyse des données RHS mais surtout dans la mise en place d'un système performant de gestion des RHS pour de meilleures prises de décision.
- L'agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA) a mis en place dans plusieurs pays, « le réseau vision 2010 pour le développement des RHS » dont le but est de capitaliser les efforts en gestion des RHS de l'Afrique de l'Ouest, en République Centrafricaine et en République Démocratique du Congo. Des responsables de la DRH des 3 pays font partie de ce réseau.
- La mise en place du *projet PROVONAT* (Programme de Promotion du Volontariat National) au Togo pour absorber les nouveaux diplômés à la recherche d'un primo-emploi aussi bien dans le secteur de la santé que dans d'autres secteurs d'activité au Togo. Ces volontaires nationaux sont déployés sur l'étendue du territoire et bénéficient d'une rémunération de 40 000 FCFA à 60 000 FCFA selon leur niveau de qualification. Il est financé par le *PNUD*, le programme des volontaires des Nations Unies et de France volontaires.
- Le projet du Fonds de solidarité prioritaire (FSP) *MUSKOKA*, est un projet où 4 agences des Nations Unies sont impliquées (ONU Femmes, l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA)). L'Alliance Mondiale des Personnels de Santé (AMPS) est aussi associée à ce projet. C'est un projet financé par la France afin d'accélérer l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) sur la réduction de la mortalité infantile (OMD 4) et l'amélioration de la santé maternelle (OMD 5). Ce projet est exécuté dans plusieurs pays d'Afrique dont le Togo, le Bénin et la Mauritanie. Il y a eu 3 accords de financement avec le FSP.

La répartition des fonds par agences :

- OMS: 4,5 millions euros/an, l'AMPS : 500,000 euros/an
- L'UNICEF: Activités pays: 6,5 millions euros/an
 - Suivi-évaluation 3FSP: 1.000.000 euro/an
 - Appui à l'harmonisation pour la santé en Afrique (HHA) : 500.000 euros/an
- L'UNFPA: 5 millions euros/an
- L'ONUFEMMES: 1 million euros/an

Le renforcement des capacités des RHS est assuré dans le domaine de la santé maternelle par le biais de ce projet.

- Le Togo et la Mauritanie bénéficient de Fonds GAVI pour le renforcement du système de santé (RSS) avec la formation des personnels de santé.
- La Mauritanie, dans le secteur de la formation, a bénéficié de l'octroi de bourses aux étudiants ou aux professionnels de santé pour poursuivre les études à l'extérieur du pays, (formation initiale ou formation continue pour une spécialité). C'est le cas des bourses d'étude de la Banque Africaine de développement (BAD), de l'OMS ou de certains pays arabes tels que la Turquie.

Au cours des interviews, les montants alloués pour ces interventions au niveau des ressources humaines n'ont pas toujours été fournis.

5.5. Besoins prioritaires pour plaider en faveur du financement des ressources humaines en santé

5.5.1. Actions nécessitant un plaidoyer

Au cours des interviews réalisées, les actions de plaidoyer entreprises en faveur des ressources humaines ont été listées mais elles sont insuffisamment documentées, peu visibles et peu coordonnées. Pour le Bénin, le Togo et la Mauritanie, des actions nécessitant un plaidoyer concernent :

- le recrutement,
- la formation,
- la rétention et le redéploiement
- la valorisation du personnel de santé.
- L'amélioration du système de gestion des ressources humaines en santé au niveau central et périphérique.

Les premières cibles des plaidoyers sont les membres des Gouvernements et les partenaires internationaux. Dans chacun des pays, les Ministères de la Santé mènent des actions de plaidoyer auprès du Gouvernement (Présidence, Primature, Fonction Publique, Economie et Finances) ou des partenaires au développement lors de rencontres périodiques en s'appuyant sur les documents de référence tels que les plans stratégiques de développement des ressources humaines en santé, les plans nationaux de développement sanitaire, etc.

Bien qu'élaborés, les plans stratégiques de développement des ressources humaines, sont dans le meilleur des cas, partiellement mis en œuvre. L'insuffisance de ressources financières explique en partie cette situation. Ainsi, chaque année, le déficit en RHS se creuse, les formations ne sont pas toutes assurées et la démotivation gagne du terrain, etc.

5.5.2. Besoins prioritaires

La totalité des interviewés estiment que le déficit en personnel de santé est un frein pour l'atteinte des objectifs du système de santé dans les pays. Plus des trois quart des interviewés considèrent que le plaidoyer en faveur des ressources humaines est important. Deux tiers des interviewés estiment qu'ils n'ont généralement pas toutes les données probantes pour plaider.

Les responsables des Ministères de la Santé soutiennent que le plaidoyer étant un processus et non une action ponctuelle, ils n'ont pas tous les outils nécessaires pour plaider. Ils voudraient un renforcement des capacités, une maîtrise des techniques et outils de plaidoyer. La mobilisation des ressources financières pour la mise en œuvre effective des plans stratégiques de développement des ressources humaines en santé est la priorité des responsables des directions des ressources humaines des Ministères de la Santé.

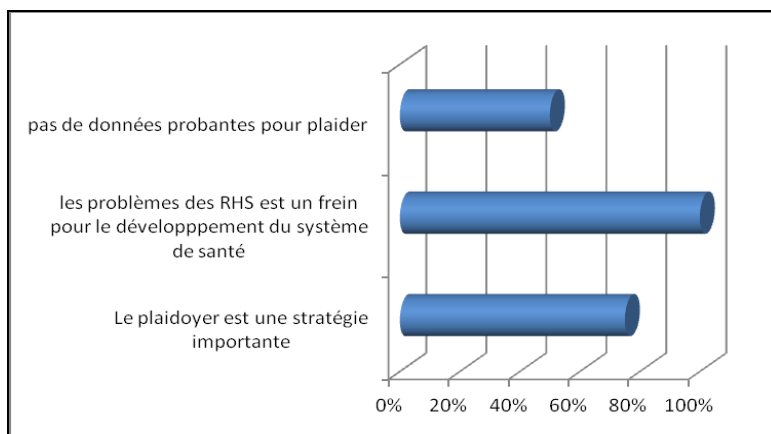


Figure 8 : Appréciation des interviews

6. Limites de l'étude

Les difficultés de cette étude sont liées à des problèmes de disponibilité de certains partenaires. Le Ministère de l'Enseignement Supérieur, le Ministère du Plan ainsi que les écoles de formation (facultés, instituts de formation des infirmiers, etc.) n'ont pas été interviewés à l'exception de l'Ecole Nationale des Auxiliaires Médicaux (ENAM) de Lomé et l'Institut Régional de Santé Publique (IRSP) de Ouidah, au Bénin.

Dans les 3 pays, les représentations de la Banque Mondiale ont affirmé ne pas avoir de spécialiste en santé et en ressources humaines. Les organisations de la société civile et les organisations professionnelles de santé n'ont pu être interviewées. Toutefois, à travers les entretiens réalisés, des informations détaillées ont pu être fournies sur la situation des ressources humaines en santé, sur les partenaires intervenant dans le processus, sur les difficultés et les solutions à apporter.

Concernant les questionnaires que les responsables de la Direction des Ressources Humaines ont renseignés, les réponses ont été partiellement fournies dans la section formation.

Pour l'exploitation des informations recueillies, tenant compte du fait qu'il s'agit des entretiens dirigés avec une fiche par partenaire, il a fallu résumer les réponses en harmonisant et en synthétisant les déclarations. Les difficultés pour les données qualitatives dépendent de la nature des données. Les données déclaratives n'ont pas toujours été vérifiées en raison de la non-transmission des documents en question. Certaines personnes interrogées ont indiqué pouvoir envoyer ultérieurement les données probantes. Néanmoins, ces données n'étaient pas encore parvenues à l'AMP au moment de l'analyse et de la rédaction du rapport.

7. Recommandations

Les résultats de l'étude permettent de dresser un ensemble de recommandations classées en 3 catégories : recommandations pour le plaidoyer pour les RHS, interventions prioritaires en faveur du financement des personnels de santé, et ancrage institutionnel du plaidoyer pour les RHS et leur financement.

Recommandation #1: augmenter le financement pour les RHS

- L'insuffisance de ressources financières aggrave la crise des personnels de santé. Le Ministère de la Santé doit renforcer ses capacités de mobilisation de ressources pour ses personnels de santé.

- Les capacités de mobilisation des financements doivent impliquer l'utilisation de mécanismes et d'outils spécifiques de plaidoyer en faveur des ressources humaines en santé, en direction des principales sources de financement : Etat, collectivité territoriale, communauté, entreprises privées, partenaires de l'aide au développement.
- Le Ministère de la Santé pourra bénéficier des apports du projet ADAMA via sa plateforme de Capacity building en plaidoyer pour les RHS.
- Le Ministère de la Santé soutiendra le renforcement des capacités de plaidoyer des principaux défenseurs de la cause des RHS que sont les professionnels de santé, des décideurs et des leaders d'opinion, les représentants d'organisations de la société civile.

Recommandation #2: plaider davantage pour les RHS

- Le renforcement des capacités de plaidoyer en faveur des RHS et leur financement est un élément crucial pour le système de santé togolais, béninois et mauritanien.
- Les Ministères de la santé et les partenaires participeront au développement d'une plateforme de renforcement des capacités afin d'appuyer techniquement les actuels et futurs défenseurs de la cause des RHS de mener des actions de plaidoyer systématiques et documentées pour l'augmentation des dépenses publiques et non publiques pour les RHS dans les pays.
- L'AMP soutiendra au moins deux actions clés de plaidoyer pour les RHS permettant de générer une augmentation du financement, public et non public, des coûts des personnels de santé.
- Les bonnes pratiques de plaidoyer pour les RHS des trois pays pourront être partagées avec d'autres pays et la communauté internationale.

Recommandation #3: soutenir le leadership national

- Afin de donner toute la valeur nécessaire au plaidoyer pour les RHS, l'AMP propose que le projet ADAMA soit ancré institutionnellement au sein du Ministère de la Santé et plus particulièrement à la Direction des Ressources Humaines.
- Devant l'ampleur du défi des RHS dans les trois pays, il conviendrait de solliciter les efforts et soutien de tous les ministères partenaires au-delà du secteur de la santé. Les secteurs de l'économie, des finances, du plan, de l'enseignement supérieur, de la fonction publique devraient être convaincus de la cause des RHS afin de participer à la lutte contre la pénurie des personnels togolais de la santé. La corrélation entre investissement dans les RHS et performance des prestations de santé est avérée. Plus le niveau de financement est élevé, plus les indicateurs de santé sont hauts. Ainsi, la santé des populations impacte positivement ou négativement sur la productivité du pays, son économie, et son développement général.
- Par ailleurs, dans la perspective de mobiliser au niveau national toutes les parties prenantes, il est nécessaire de favoriser l'approche intersectorielle permettant également l'utilisation des ressources des organisations de la société civile, de la communauté et des entreprises commerciales et industrielles.
- A l'évidence, le plaidoyer pour les RHS doit être considéré comme vital pour le financement des coûts des personnels de santé. Néanmoins, il devrait être mis en œuvre comme une véritable intervention transversale à l'ensemble des programmes de santé. Ainsi, il faudrait s'assurer que le plaidoyer pour le financement des programmes verticaux de santé prenne suffisamment en compte le facteur RH comme la « colonne vertébrale » du système de santé des trois pays.
- Une véritable réflexion doit être menée au travers d'une coalition intersectorielle nationale du plaidoyer en faveur des ressources humaines pour la santé des populations. Cette coalition

permettra d'élargir les champs des partenaires possibles issus du secteur public (gouvernement, Agences des Nations Unies, coopération bi et multilatérales), du secteur privé (ONG, Fondations privées, entreprises), et de la communauté. La coalition sera établie afin de lutter ensemble et de manière coordonnée contre la crise des RHS dans les trois pays.

Conclusion

L'étude exploratoire a permis de spécifier la situation des RHS au Togo, au Bénin et en Mauritanie et de justifier de la pertinence du projet ADAMA. Elle a permis de révéler des informations importantes concernant le contexte du plaidoyer pour les RHS et sur les besoins particuliers des trois (3) pays.

Cette étude a montré l'importante accordée par les Ministères de la Santé et les partenaires à la lutte contre la crise des RHS. Néanmoins, le soutien financier public demeure faible et nécessite une véritable action de plaidoyer afin de convaincre les dirigeants et autorités de l'absolue nécessité d'investir significativement dans les personnels de santé, leur développement et leur bonne gouvernance.

L'AMP s'efforcera d'œuvrer en parfaite harmonie avec les autorités des trois pays et les principales parties prenantes afin de parvenir à relever les défis sanitaires et d'atteindre les OMD :

- Installer le projet institutionnellement au sein du ministère de la santé des trois pays
- Soutenir la création d'une coalition en faveur des RHS
- Renforcer les capacités des partenaires des RHS en matière de plaidoyer
- Encourager une communauté de défenseurs des RHS du secteur public et privé
- Mettre en œuvre des actions de plaidoyer pour le financement accru des RHS

Le projet ADAMA s'inscrit dans le cadre de la poursuite du partenariat engagé entre les Ministères de la Santé et l'AMP depuis de nombreuses années. L'AMP propose que cette nouvelle collaboration génère, à terme, dans ces trois pays, l'augmentation des financements pour le développement et le management de leur personnel de santé. De même, le dispositif de renforcement de capacité en plaidoyer devrait bénéficier également à l'ensemble du système de santé.

L'AMP souhaite que le Projet ADAMA soit contributif à l'amélioration du système sanitaire des trois pays, grâce à une étroite collaboration avec les principales parties prenantes. Les résultats de cette étude confirment que le projet ADAMA constitue une nouvelle opportunité d'œuvrer ensemble en faveur de la santé des populations, dont les plus vulnérables sont les enfants et leurs mères.

Bibliographie

- Agbota G., Rapport final sur l'étude des normes et standards en matière de ressources humaines pour le secteur de la santé au Bénin, Cotonou, décembre 2006, 55 pages.
- Agossou D. Thomas, Emile D. Hounyè, H. Félicien Hounyè, Rapport final mécanismes incitatifs à l'exercice du personnel de santé en zone déshéritées et ou enclavées, décembre 2006.
- Dal Poz Mario R, Neeru G., Elisabeth Q., Agnès. L.B. S., Manuel de suivi et d'évaluation des ressources humaines pour la santé, Genève, 2009, 207 pages.
- Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale : Résultats définitifs, RGPH, Togo, 2010.
- Gallais C., les ressources humaines en santé dans les pays en développement, Solthis, 2010, 38 pages.
- Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique, INSAE, 2002, Recensement Général de la Population et de l'Habitat, RGPH3.
- Joint Learning Initiative (JLI), Human resources for health: overcoming the crisis, Boston: Harvard University Press, 2004.
- Kerouedan D. : «De plus en plus de malades et de moins en moins de soignants : la crise des ressources humaines du secteur de la santé en Afrique », Journal Africain du Cancer, Vol.1, N.2, mai 2009, 115-122.
- MICS (Enquête à indicateurs multiples) Mauritanie, 2007.
- MICS4 MICS (Enquête à indicateurs multiples) Togo, 2010.
- Ministère de la Santé : Analyse de la situation du secteur de la santé au Togo, 2011, 134 pages.
- Nyoni J., Gbary A., Awases M., Ndecki P., Chatora B. : Politiques et Plans des Ressources humaines pour la Santé. Directives à l'intention des pays membres de l'OMS, Région Afrique, Brazzaville 2006, 161 pages.
- OMS, Rapport sur la santé dans le monde, «Travailler ensemble pour la santé », Genève, 2006.
- Pacte National entre le Gouvernement de la République Islamique de Mauritanie et ses partenaires pour le soutien du secteur santé (2012-2015), 32 pages.
- Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement de la Mauritanie (2012-2016), Nouakchott 2011, 67 pages.
- Plan Cadre des Nations Unies pour l'assistance au développement du Bénin (PCNUAD 2009-2013), Cotonou 2008, 44 pages.
- Plan de Développement et de Gestion des Ressources Humaines (2009-2013), Togo, juillet 2009, 92 pages.
- Plan National de Développement Sanitaire du Togo (2012-2015), février 2012, 86 pages.
- Plan National de Développement Sanitaire en Mauritanie (2012-2020), 2011, 135 pages.
- Plan National de Développement Sanitaire au Bénin (2009-2018), 2008, 125 pages.
- Plan de Formation des Ressources Humaines en Santé (2012-2015), Togo, juillet 2012, 76 pages.
- Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du Secteur Santé (2009-2018), Cotonou, décembre 2008, 103 pages.
- Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines (2006-2015), Mauritanie, 2006, 58 pages.
- Politique National de Santé du Togo, 25 pages.
- Politique National de Santé au Bénin, 26 pages.
- Politique National de Santé et d'action sociale en Mauritanie (2005-2015), 34 pages.
- Profil en Ressources Humaines en Santé, République Islamique de Mauritanie, Africa workforce Observatory, septembre 2009, 79 pages.
- Profil des Ressources Humaines en Santé 2010, République du Bénin, mars 2011, 85 pages.

- Rapport d'analyse de la situation du secteur de la Santé en Mauritanie (2012-2020), 2011, 143 pages.
- Rapport d'analyse de la situation du secteur de la Santé au Togo, 2011, 134 pages.
- Rapport des parties prenantes au Togo : renforcement du processus de coordination et de facilitation de la mise en œuvre du plan de développement des ressources humaines en santé, septembre 2012, 38 pages.
- **Décrets**
 - Ministère de la Santé : Décret n° 98-300 du 20 juillet 1998 portant réorganisation de la base de la pyramide sanitaire de la République du Bénin en Zones sanitaires.
 - Ministère de la Santé : Décret n°2011-110/PR portant création de la Direction des Ressources Humaines au Ministère de la Santé du Togo.
- **Sites internet**
 - www.hrh-observatory.afro.who.int/.../Benin_HRH_country_profile
 - http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/country_info/profile/fr_Mauritanie_SoWMy_Profile.pdf
 - www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_tgo_fr.pdf
 - <http://www.who.int/nha/country/mrt/fr/>
 - www.afd.fr/.../togo/...sante-au-togo/gestion-des-rh-en-sante
 - www.who.int/entity/workforcealliance/fr
 - <http://www.who.int/workforcealliance/forum/>
 - <http://www.savoirnews.net/PROVONAT-Necessite-de-mettre-en>
 - www.savoirnews.net, article : PROVONAT : Nécessité de mettre en place des mécanismes pour favoriser l'insertion professionnelle des volontaires nationaux du vendredi 16 novembre 2012
 - <http://www.economie.gov.mr/economiques/Left/Financementsuiviprojet/Suivi+des+Projets.htm>
 - <http://www.onrhs.gov.mr/observatoire>
 - <http://www.ons.mr/>
 - <http://www.afd.fr/home/pays/afrique/geo-afr/togo/les-projets/la-sante-au-togo/gestion-des-rh-en-sante-et-du-medicament>
 - http://www.aho.afro.who.int/profiles_information
 - <http://www.solthis.org/fr/nos-actions/plaidoyer/nos-campagnes-de-plaidoyer/66-crise-des-ressources-humaines-en-sante.html>
 - <http://www.cridem.org/imprimable.php?article=635049>
 - http://www.elqalima.net/index.php?option=com_content&view=article&id=122:la-mauritanie-recrute-des-medecins-tunisiens-&catid=36:maghreb&Itemid=60
 - <http://www.pa-lunion.com>
 - <http://www.canadainternational.gc.ca/g8/summit-sommet/2010/muskoka-declaration-muskoka.aspx?lang=fra&view=d>
 - <http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2012/muskokafrancesupport/fr/index.html>
 - http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/development/perspectives-economiques-en-afrique-2012/mauritanie_aeo-2012-41-fr

Annexes

- Annexe 1 : Cartographie des écoles de formation
- Annexe 2 : Répertoire des partenaires
- Annexe 3 : Guide d'interview
- Annexe 4 : Questionnaire

Annexe 1 : Cartographie des écoles de formation

	Institut	Année d'ouverture	Domaine d'intervention	Diplômes délivrés
BENIN	Faculté des Sciences de la Santé de l'UAC (UFR de Médecine; UFR de Pharmacie; Ecole Supérieure des Assistants Sociaux; Ecole Supérieure de Kinésithérapie	1971	Formation des pharmaciens, des médecins, des médecins spécialistes en ORL, Dermatologie, Ophtalmologie, Gynécologie-Obstétrique, Anesthésie-Réanimation, Chirurgie Générale, Neurologie, Psychiatrie, Urologie, Santé au Travail, Cardiologie, Chirurgie pédiatrique, Médecine Interne	- Diplômes d'Etat de Doctorat en Médecine - Diplômes d'Etat : de Pharmacie ; d'Assistant(e) Social(e) ; de Kinésithérapie. Certificat d'Etudes Spéciales (CES) avec mention de la spécialité.
	Ecole Nationale de Formation des Infirmiers et Sages-Femmes Anesthésistes Réanimateurs (ENAFISAR)		Formation des paramédicaux en Anesthésie-Réanimation et en Soins d'Urgence	
	Institut National Médico-Sanitaire		Formation des Infirmiers et Sages-Femmes (niveau licence)	
	Faculté de Médecine (Université de Parakou)	2001	Formation des médecins	Doctorat d'Etat de Médecine Générale
	Ecole Nationale des Techniciens en Santé et Surveillance Epidémiologique		Formation des paramédicaux en Santé Publique, Epidémiologie	Licence Professionnelle en Santé et Surveillance Epidémiologiques
	Institut Régional de Santé Publique (IRSP) Dr Alfred Comlan Quenum	1977	Formation en master Santé Publique, Epidémiologie, Nutrition et Santé, Entomologie médicale et vétérinaire	Maîtrise Internationale; Maîtrise Scientifique (MSc); Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées (DESS); Diplôme d'Etudes Approfondies (DEA); Doctorat
	Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature (Université d'Abomey-Calavi)	1984	Formation du personnel administratif en Administration Générale, Gestion des Ressources Humaines, Administration Hospitalière Universitaire et Intendance, Gestion des projets, Secrétariat de Direction	Diplôme de Technicien Supérieur avec option - Au cycle 2 : Diplôme d'Administrateur Civil (Diplôme du cycle 2 avec option) - Diplôme de Magistrature
	Ecole Polytechnique d'Abomey-Calavi (Université d'Abomey-Calavi)	1977	Formation en Analyses Biomédicales, Echographie, Imagerie médicale, Génie électrique et mécanique	Licence Professionnelle ; Maîtrise Professionnelle ; Diplôme d'Ingénieur de Conception (Master)
Ecole Nationale d'Economie Appliquée et de Management	1980	Formation du personnel administratif en Statistique, Planification, Gestion Financière, Gestion des Projets, Audit et Contrôle de Gestion, Informatique de Gestion, Economie	Au cycle 1 : Diplôme de Technicien Supérieur, avec précision de la filière. Au cycle 2 : Diplôme d'Ingénieur dans les filières Statistique et Planification; Diplôme d'Administrateur dans les filières de Gestion	

Annexe 1 : Cartographie des écoles de formation (suite)

	Institut	Année d'ouverture	Domaine d'intervention	Diplômes délivrés
Mauritanie	Faculté de médecine publique à l'université de Nouakchott	2008	Formation des filières suivantes: Médecine; Ophtalmologie; Chirurgie; Médecine interne; Pédiatrie	Diplôme d'Etat de Médecine Certificat d'étude Spécialisée
	faculté de pharmacie de L'Université libanaise internationale (ULI)	2008	L'Université libanaise internationale (ULI) en Mauritanie est un établissement d'enseignement supérieur prive destinée a fournir l'éducation, la formation et la recherche dans le but de satisfaire les besoins des individus, des communautés et des entreprises en Mauritanie.	Diplôme d'Etat de Médecine
	Ecole Nationale de santé* Publique (ENSP)	1964	Les Infirmiers Médico-Sociaux (IMS) • Les Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) • Les Sages Femmes d'Etat (SFE) • Les Techniciens Supérieurs de Santé, toutes spécialités confondues (TS)	Diplôme d'infirmier d'Etat Diplôme de Sage-Femme d'Etat Diplôme de Technicien Supérieur
	Ecoles de santé* Publique de Kiffa (ESPK)	2008	formation des professionnels de santé pour les besoins de l'Etat. Elle assure également la formation continue en santé publique au profil des personnels médicaux, des professionnels de la santé ainsi que des personnels administratifs. Les cycles et niveau de formation, les spécialités ainsi que leur localisation, à Kiffa ou par ailleurs à l'intérieur du pays, sont fixés par arrêté du Ministère de la Santé dans le cadre de la réglementation générale de la Fonction Publique	Ces formations sont sanctionnées par une attestation de Réussite
	Institut Nationale des spécialités Médicales (INSM)	1996	des enseignements de spécialités médicales et chirurgicales (chirurgie, gynéco-obstétrique, pédiatrie, médecine interne). Cet institut s'adresse aux titulaires d'un diplôme de doctorat en médecine.	Certificat d'étude spécialisé
	Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontologie de l'ULN	2006	Le pole santé de l'Université libre de Nouakchott assure la formation aux métiers de la santé suivant: Médecine; Pharmacie; Médecine Dentaire; Sage femmes; Kinésithérapie; Infirmiers	Diplôme d'Etat de Médecine Diplôme d'Etat de Pharmacie

Annexe 1 : Cartographie des écoles de formation (suite)

	Institut	Année d'ouverture	Domaine d'intervention	Diplômes délivrés
Togo	Faculté mixte de médecine et de pharmacie		six départements pour la médecine (chirurgie et spécialités chirurgicales, gynécologie et obstétrique, médecine et spécialités médicales, pédiatrie, santé publique, sciences fondamentales et biomédicales) et trois options pour la pharmacie (officine et pharmacie hospitalière, industrie, biologie) ;	Diplôme d'Etat de Médecine Diplôme d'Etat de Pharmacie
	Ecole des Assistants Médicaux		cinq options (assistance médicale, génie sanitaire, anesthésie et réanimation, radiologie et imagerie médicale, ophtalmologie) ;	
	Ecole Nationale des Sages-femmes de Lomé		Formation sage-femme	Diplôme d'Etat de Sage-Femme
	L'Ecole Supérieure des Techniques Biologiques et Alimentaires (ESTBA)		3 départements (analyses médicales et biologiques, industries alimentaires, eau et environnement)	
	l'école nationale des aides sanitaires (ENAS)		Trois ans de formations des infirmiers, infirmières et accoucheuses	

Annexe 2 : Répertoire des partenaires

BENIN/Institution	Fonction	Nom	Prénoms	Email
Ministères de la Santé	Direction Nationale de la Santé Publique	YOROU CHABI	Orou Bagou	yoroucob@yahoo.fr
	Directrice des RHS	Mme DAVID ELEGBE	Elisabeth	seyido@yahoo.fr
	Chef du service informatique	Fanou Pedro	Eunice	eunicefe@yahoo.fr
	Administrateur Spécialiste GRH - Chef de service	Dougbe	Anatole	dougbeah@yahoo.fr
	Chef service contentieux et affaires disciplinaires	Noutangni	Jean Paul	jeanout@yahoo.fr
	Coord national du prgr de dévelopt des RHS	Dedewanou	Gildas	degildas@yahoo.fr
	Directeur National adjoint de la santé publique	Toko	Lucien	luctoko2003@yahoo.fr
	Directeur de la Programmation et de la Prospective	<i>Finoude</i>	Mathias	
	Directeur Adjoint de la Programmation et la Prospective	Amonssou	Raymond	
	Directrice de cabinet	Dr Nago	Marie Rose	maronago@yahoo.fr
Ministère de l'Economie et des Finances	Direction du Budget	MM. ZEKPA & SEGONDJI		-
	Direction du Budget /Chef Service Solde	GANSE	Raphaël	
Ministère du Travail et de la Fonction publique	Direction Générale de la Fonction Publique	KIATTI	Boniface	-
	Direction du Recrutement des Agents de l'Etat	GARBA	Yaya	
	Direction de la Réglementation et du Suivi des Carrières	GODONOU	Bienvenu	
Délégation de l'UE	Conseiller secteurs sociaux et gouvernance	Iglesias Ortego	Aurora	aurora.iglesias-ortego@eeas.europa.eu

Annexe 2 : Répertoire des partenaires (suite)

BENIN/institution	Fonction	Nom	Prénoms	Email
UNICEF	Spécialiste Santé	Quenum	Alban	aquenum@unicef.org
Ministère Santé	Chef encadrement et suivi à la DSIO	Bokossa	Eloge	elogebokossa@yahoo.fr
FNUAP	Conseiller International	Lemine	Amar	amar@unfpa.org
	Représentant assistant santé de la reproduction	Soude	Théodore	soude@unfpa.org
IRSP	Coordonnateur Pédagogique et Scientifique	Pr Ouedragogo	Laurent	laurent_tikar@yahoo.fr ; ouedraogol@bj.afro.who.int
	Directeur Général	Pr Makoutode	Michel	makoutod@hotmail.com ; irspadm@intnet.bj
OMS	Représentant Résident	Dr Gbary	Raphaël	gbarya@bj.afro.who.int
	Conseiller Chargé des Politiques et systèmes de santé	Dr Semegan	Barthélémy	semeganb@bj.afro.who.int ; sembarth@yahoo.fr
APEFE	Administratrice programme Santé	SIEBERTZ	Brigitte	bureau.cotonou@apefe.org
AFD	Chargé de Projets Santé	KOUTON	Gislain	koutong@afd.fr ; afdcotonou@afd.fr
CTB - Projet AIMS (Appui Institutionnel au MS)	Assistant Technique International / Coord. Technique du programme santé béninog-belge	DR Lodi	Evariste	evariste.lodiokitombahe@btctb.org ; lodievariste@gmail.com

Annexe 2 : Répertoire des partenaires (suite)

TOGO/Institution	Fonction	Nom	Prénom	Email
Ministère de la Santé	Chef service Maladies transmissibles (MT/DEPI)	Dr Tamékloé	Tsidi Agbéko	stantameklo@yahoo.fr
Ministère Santé (RNE Togo)	DPS Haho (Hôpital de Notse)	Dr Sodji	Comlan Abodji	sodjiadolphe@yahoo.fr
Ministère Santé DRH/MS	Dir Cab	Dr Byao	Essohanam	
	Chef Division de l'Administration et Gestionnaire des RH	Kadjanta	Tchaa	kadjanta@yahoo.fr
	Chef de Division Formation	Bouloufei	Manzama	
	Chef Division Informations, Statistiques Etudes et Recherches	Dr Degbey	Yawo	d_degbey@yahoo.fr
Ministère Economie et Finances	Administrateur civil - directeur adjoint	Apezouke	Jean-Marie	apez12@yahoo.fr
Ministère Economie et Finances	Chef section études de la Direction des Finances	Lawsom	O. Madou	
Ministère Economie et Finances	Chef division solde	Tchabi – Djogou	Raouf	
Ministère Economie et Finances	Chef division administrative et études	Kyssi	Kodjo	
OMS	Représentant	Dr M'Pele	Pierre	mpelep@who.int
				mpelep@tg.afro.who.int
				mpelep@hotmail.com
UNFPA	Assistant au représentant	Vidzrakou	Koffi	vidzrakou@unfpa.org
UNFPA	Chargé de programme SR	Agbigbi	Yawo	yagbigbi@yahoo.fr
				agbigbi@unfpa.org
UNFPA	Représentante	Mukarubuga	Cécile	mukarubuga@unfpa.org
AFD	Chargée de projets	Petereit	Emilie	petereite@afd.fr
Ministère Fonction Publique	Secrétaire général de la Fonction Publique			
PNUD	Juriste, Expert national en charge de l'appui à la réforme et à la modernisation de l'administration publique, cabinet du MFP et la réforme administrative	Assih	Atissim	atissima@yahoo.fr
Ministère Santé	Responsable national projet d'appui à la gestion des RHS et du Médicament	Denkey	Charlemagne	cfdenkey@yahoo.fr

Annexe 2 : Répertoire des partenaires (suite)

TOGO/Institution	Fonction	Nom	Prénom	Email
Délégation UE	Attachée - Chargée de Programme Socio-économique	Ndarugirire	Béatrice	beatrice.ndarugirire@eas.europa.eu
UNICEF	Chef section survie et développement de l'enfant	De la Torre	Teresa	tdelatorre@unicef.org
Ecole nationale des auxiliaires médicaux	Ancien résident Etranger des hôpitaux de Paris	Guedehoussou	Têtê	tetegued@hotmail.com
Global Excel International	Consultant GRH Directeur Général	Kumodzi	Alain Kofi	kumodzi_kofi@yahoo.com

Annexe 2 : Répertoire des partenaires (suite)

MAURITANIE/Institution	Fonction	Nom	Prénom	Email
Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Modernisation de l'Administration	Directeur Général de la Fonction Publique	MESSOUD	Brahim Ould	brahimmessoud@yahoo.fr
Ministère de la Santé	Secrétaire Général	Sidi Ali	Ould Sidi Boubacar	sidiali09@yahoo.fr sasboubacar@sante.gov.mr
Ministère de la Santé	Directeur des Ressources Humaines	ABBE	Abatt	abdattabba@yahoo.fr
Ministère de la Santé	Chef de Service de la Gestion du Personnel, de la Programmation et des Normes	Mohamed Lemine	Ould Ahmed	lamine66200@yahoo.com
Ministère de la Santé	Chef de Service de la formation et des Stages	Alaoui	Hamed Moctar	alaouimoctar2@yahoo.fr
Ministère des Finances	Directeur de la Solde et des Pensions	NDIM	Hamet	ndimhamet@yahoo.fr
Ministère des Affaires Economiques et du Développement	Directeur Général Adjoint des Projets et Programmes d'Investissement	BOCOUM	Papa Abdoulaye	pabocoum@economie.gov.mr
Ministère des Affaires Economiques et du Développement	Directeur Général	Mohamed LEMINE	Ould OHEHBY	dhehby@economie.gov.mr
UNFPA	Assistant Représentant/SR	COULIBALY	Ousmane Thierno	mcoulibaly@unfpa.org
UNICEF	MCH Specialist	ZAHAF	Sidi Ould	souldzahaf@unicef.org
UNICEF	Chargé de communication	Brahim Ould Isselmou		bouldisselmou@unicef.org
OMS	Conseiller du système de santé	DRAVE	Mamadou	dravem@mr.afro.who.int
AFD	Chargé de mission santé	CHABAT	Lucie	chabatl@afd.fr

Annexe 3 : Guide d'interview

PREAMBULE

Présentation personnelle en entrant dans le bureau.

Bonjour Monsieur/Madame,

Merci de nous recevoir aujourd'hui et de nous consacrer du temps.

Nous nous présentons : (je suis ..., présentation de la délégation)

L'entretien d'aujourd'hui est une première étape d'un projet intitulé « Plaidoyer en faveur des ressources humaines en santé au Bénin, au Togo et en Mauritanie ».

Ce projet est conçu et mis en œuvre par l'Agence de Médecine Préventive (AMP) et financé par l'ONG Save the Children.

Il a comme finalité l'augmentation de l'intérêt et du soutien financier des décideurs publics et privés, de la communauté, et des organisations de la société civile, dans la cause des personnels de santé au Bénin, en Mauritanie et au Togo.

Les objectifs généraux poursuivis sont : (i) de faire le plaidoyer en faveur des ressources humaines en santé dans les pays bénéficiaires et (ii) de renforcer les capacités du Bénin, de la Mauritanie et du Togo à faire le plaidoyer pour l'augmentation quantitative et qualitative des professionnels de santé.

Avant le lancement officiel du projet, nous voulons faire un diagnostic de la situation des ressources humaines en santé. Or vous et votre institution, êtes un partenaire important dans le domaine du développement des ressources humaines en santé dans ce pays. Nous venons donc recueillir vos avis, vos réflexions quant aux différentes problématiques des ressources humaines en santé.

La durée de l'entretien est en principe de 30 minutes.

Avez-vous des questions ?

POUR LES PARTENAIRES INTERNATIONAUX

QUESTIONS (à titre indicatif)

- Quels sont généralement vos axes d'actions dans le secteur de la santé ?
- Quelles sont les actions concrètes entreprises en faveur des ressources humaines en santé ?
- Quel type de partenariat établissez-vous avec les autorités du pays dans le domaine des ressources humaines en santé ?
- Existe-t-il un cadre de concertation permanent instauré entre le Ministère de la Santé et votre institution ?
- Quels sont généralement les appuis demandés ?
- Quel est le coût financier de ces appuis (approximativement) ?
- En tant qu'institution, avez vous soutenu et financé des actions de plaidoyer dans le domaine de la santé en général et au niveau des ressources humaines en particulier ?
- Si oui, à quelle occasion ?
- Si non votre institution est-elle prête à soutenir toute initiative dans ce sens ?
- Pouvons-nous avoir vos suggestions et conseils ?

Relances possibles:

- a) Pouvez-vous nous en dire plus ?
- b) Que faudrait-il faire pour améliorer cette situation ?

A la fin de l'entretien

- Il faut demander si la personne a quelque chose à ajouter, d'autres renseignements à transmettre qu'elle aurait pu oublier de dire ou que l'entretien n'a pas permis de toucher.
- Il faut aussi prendre les contacts des responsables (Nom et prénoms du Responsable interviewé, Fonction, Institution, contacts téléphoniques, contacts emails)

POUR LES PARTENAIRES LOCAUX

MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES

BUDGET/SOLDE (à titre indicatif)

Nous connaissons les difficultés économiques que traversent nos pays et les efforts faits pour satisfaire les multiples demandes.

- Quelle est la part du budget national qui revient au secteur de la santé ?
- Quelle est la part du budget national qui revient au développement RHS ?
- Quelles sont les grilles de rémunération des RHS ?
- Existe-il des avantages (primes) particuliers pour les RHS ?
- Existe-t-il un cadre de concertation permanent instauré entre le Ministère de la Santé et votre institution pour débattre des problèmes liés au RHS ?
- L'Etat peut-il actuellement procéder à des recrutements de ressources humaines en santé ? (volume masse salariale)
- Si oui dans quel ordre de grandeur ?
- Si non, peut-il à moyen terme ?
- En tant qu'institution (Ministère de l'Economie et des Finances), avez vous soutenu et financé des actions de plaidoyer dans le domaine de la santé en général et au niveau des ressources humaines en santé en particulier ?
- Si oui, à quelle occasion ?
- Si non votre institution est-elle prête à soutenir toute initiative dans ce sens ?
- Pouvons-nous avoir vos suggestions et conseils

MINISTÈRE DE LA FONCTION PUBLIQUE

QUESTIONS (à titre indicatif)

- Existe-t-il un recrutement régulier des RHS (par exemple annuellement) ?
- Si oui comment se fait-il ? Si non Pourquoi ?
- Quelles sont les catégories d'emplois qui sont concernées ?
- Existe-t-il une planification dans le temps des recrutements nouveaux des RHS ?
- Si oui comment se fait-elle ? Si non pourquoi ?
- Quels sont les aspects de la gestion des RHS réservés exclusivement (ou partiellement) à la Fonction Publique ?
- Existe-t-il un cadre de concertation permanent instauré entre le Ministère de la Santé et votre institution pour débattre des problèmes liés au RHS ?
- En tant qu'institution (Ministère de la Fonction Publique), avez vous soutenu des actions de plaidoyer dans le domaine de la santé en général et au niveau des ressources humaines en santé en particulier ?
- Si oui, à quelle occasion ?
- Si non votre institution est-elle prête à soutenir toute initiative dans ce sens ?
- Pouvons-nous avoir vos suggestions et conseils ?

ORGANISATION NON GOUVERNEMENTALE

QUESTIONS (à titre indicatif)

- Quels sont généralement vos secteurs d'activités ?
- Quelles sont les missions et les objectifs assignés à votre organisation ?
- Quels sont vos axes d'actions dans le secteur de la santé et au niveau des ressources humaines en santé ?
- Connaissez-vous le nombre d'ONG travaillant dans le secteur de la santé (et au niveau des RHS) ?
- Existe-t-il un cadre de concertation permanent entre les autorités, le Ministère de la Santé et les ONG ?
- Quel type de partenariat établissez-vous avec les autorités du pays dans le domaine des ressources humaines en santé ?
- Quels types d'appuis préconisez-vous généralement sur le terrain ?
- Quelles ont été vos réussites ?
- Utilisez-vous souvent le plaidoyer dans vos stratégies d'approche ?
- Si oui, pourquoi ? Donnez-nous quelques exemples
- Si non, pourquoi ?
- Connaissant la société dans laquelle vous travaillez, pouvez-vous nous parler des difficultés que vous rencontrez sur le terrain ? et les solutions apportées pour lever les différents obstacles ?
- Votre organisation est-elle prête à soutenir toute initiative dans le domaine du plaidoyer ?
- Pouvons-nous avoir vos suggestions et conseils ?

Relances possibles:

- a) Pouvez-vous nous en dire plus ?
- b) Que faudrait-il faire pour améliorer cette situation ?

Annexe 4 : Questionnaire



Bureau à Paris

164 rue de Vaugirard
75015 Paris, France
Tél. : +33 (0)1 53 86 89 20
Fax : +33 (0)1 53 86 89 39
Email : amp@aamp.org

Bureau de liaison

AMP, Immeuble JB Say
4e étage, aile C
13 chemin du Levant
01210 Ferney-Voltaire, France
Tél. : +33 (0)4 50 40 49 26
Fax : +33 (0)4 50 42 98 07

Bureau régional

Côte d'Ivoire
08 BP 660
Abidjan 08, Côte d'Ivoire
Tél. : +225 22 48 45 58
Fax : +225 22 44 03 38
Email : amp-ci@aamp.org

Bureaux de pays

Bénin
03 BP 2309
Cotonou, Bénin
Tél. : +229 21 30 56 22
Fax : +229 21 30 83 91
Email : amp-cotonou@aamp.org

Burkina Faso
10 BP 638
Ouagadougou, Burkina Faso
Tél. : +226 50 30 04 06
Fax : +229 50 30 04 09
Email : amp-bf@aamp.org

BP 112
Bobo-Dioulasso, Burkina Faso
Tél. : +226 20 98 20 41
Fax : +229 20 98 20 43
Email : amp-bf@aamp.org

Togo
BP 348
Dapaong, Togo
Tél. : +228 27 70 88 63

Vietnam
26 Nguyen Van Ngoc street
Ba Dinh district
Hanoi, Vietnam
Tél. : +84 (0)432 115 770
Email : amp-hanoi@aamp.org

QUESTIONNAIRE POUR UNE ANALYSE DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTE AU BENIN, AU TOGO ET EN MAURITANIE

SYNTHESE DES INFORMATIONS

Août 2012

Pour les responsables du Ministère de la Santé

SECTION 0 : IDENTIFICATION		
Q001.	Pays	
Q002.	Nom et prénoms du Responsable interviewé	
Q003.	Fonction	
Q004.	Institut/Organisme	
Q005.	Adresse postale	
Q006.	Contacts téléphoniques	
Q007.	Contact Email	
Q008.	Date de l'interview	/ / / 2 / 0 / 1 / 2 /

A LIRE A L'ENQUETE :

Pour aider les pays à faire face aux différents défis liés à la problématique des Ressources Humaines en Santé (RHS), l'Agence de Médecine Préventive (AMP) a décidé de réaliser, au Togo, au Bénin et en Mauritanie, un projet dénommé «Plaidoyer en faveur des Ressources Humaines en Santé (RHS)» en collaboration avec les autorités de ces trois (3) pays. Avant son lancement officiel, il sera procédé à une analyse de la situation des RHS.

Au cours de ces dernières années, d'énormes efforts ont été faits par les pays pour se doter de documents de référence dans le domaine des RHS. Ces ouvrages sont d'une grande importance pour toute étude dans le domaine des RHS. Les RHS n'étant pas figées, une collecte d'information pour une actualisation des connaissances est toujours nécessaire dans les pays. Les questions posées concernent entre autres la production (formation), l'utilisation, la planification et la gestion des RHS, etc.

L'information que vous communiquerez est entièrement confidentielle et sa divulgation sera protégée. Elle sera utilisée uniquement dans un but de recherche.

Votre participation est volontaire. Vous êtes libre de refuser de répondre à n'importe quelle question. Si vous avez des préoccupations à propos de cette opération, vous pouvez nous les demander.

Voulez-vous participer à cette opération ?

Accord [] Refus []

SECTION 1 : INFORMATIONS GENERALES SUR LA POLITIQUE/ PLAN DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTE			
Q101	Existe-t-il dans le pays un document de politique des RHS ? (Entourez un seul chiffre)	Oui 1 Non 2	Si non allez à Q103
		NB : Si oui fournir une copie du document de politique de développement des RHS	
Q102	Ce document de politique tient-il compte de la politique nationale de santé ?	Oui 1 Non 2	
Q103	Existe-t-il un plan stratégique de développement des ressources humaines en santé ?	Oui 1 Non 2	Si oui allez à Q105
		NB : Si oui fournir une copie du plan stratégique de développement des RHS	
Q104	Pourquoi ?		Allez à Q106
Q105	En quelles années le document de politique et le plan stratégique de développement des ressources humaines ont –ils été adoptés ?	Politique de développement des RHS	/ _ / _ / _ / _ / Année
		Plan stratégique de développement des RHS	/ _ / _ / _ / _ / Année
Q106	Existe-t-il un document d'analyse situationnelle exhaustive des ressources humaines en santé	Oui 1 Non 2	Si non allez à Q110
		NB : Si oui fournir une copie du rapport d'analyse situationnelle des RHS	
Q107	En quelle année a-t-il été élaboré ?	/ _ / _ / _ / _ / Année	
Q108	En quelle année a-t-il été adopté ?	/ _ / _ / _ / _ / Année	

SECTION 1 : INFORMATIONS GENERALES SUR LA POLITIQUE/ PLAN DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTE			
Q109	Doit-on réviser ce document ?	Oui 1 Non 2	Allez à Q111
Q110	Pourquoi ?		
Q111	Existe-t-il un plan opérationnel de développement des RHS ?	Oui 1 Non 2	
Q112	Le pays est-il soutenu dans le domaine des RHS, par les partenaires ?	Oui 1 Non 2	Si oui allez à Q114
Q113	Pourquoi ?		Allez à Q116
Q114	Citez ces partenaires		
Q115	Quels sont les appuis fournis ?		
Q116	Y-a-il des projets de plaidoyer en faveur des RHS ? (déjà passés ou en cours de réalisation) ?	Oui 1 Non 2 <i>NB : Si oui fournir la documentation sur ce(s) projet(s)</i>	
Q117	Le plaidoyer en faveur des RHS est-elle une nécessité dans ce pays ?	Oui 1 Non 2	
Q118	Pourquoi ?		

SECTION 2 : INFORMATIONS SUR LE PROFIL DEMOGRAPHIQUE/POLITIQUE/ECONOMIQUE /EPIDEMIOLOGIQUE DU PAYS				
Q201	Y-a-t-il eu des changements qui se sont opérés dans le pays au niveau administratif (et qui ont des répercussions sur le secteur de la santé et des RHS) <i>(Fournir la documentation – support papier –support électronique)</i>	Oui Non	1 2	Si non allez à 203
Q202	Citez quelques-uns de ces changements ?			
Q203	Y-a-t-il eu des changements qui se sont opérés dans le pays au niveau politique (et qui ont des répercussions sur le secteur de la santé et des RHS) <i>(Fournir la documentation – support papier –support électronique)</i>	Oui Non	1 2	Si non allez à 205
Q204	Citez quelques-uns de ces changements ?			
Q205	L'Etat s'est-il engagé vis-à-vis des problèmes des ressources humaines en santé ? <i>(Fournir la documentation – support papier –support électronique)</i>	Oui Non	1 2	Si non allez à Q207
Q206	De quelle manière ?			

SECTION 2 : INFORMATIONS SUR LE PROFIL DEMOGRAPHIQUE/POLITIQUE/ECONOMIQUE //EPIDEMIOLOGIQUE DU PAYS			
Q207	Avez-vous une idée de la part du budget national destiné au secteur de la santé ?	Oui 1 Non 2	
		Si oui précisez le montant : _____	
Q208	Avez-vous une idée de la part du budget national destiné au développement des RHS ?	Oui 1 Non 2	
		Si oui précisez le montant : _____	
Q209	Quelles sont les grilles de rémunération des RHS <i>(Fournir une grille de rémunération ou la documentation y afférent)</i>		
Q210	Comment qualifiez-vous les salaires des RHS ? <i>(Entourez un seul chiffre)</i>	Très insuffisant	1
		Insuffisant	2
		Suffisant	3
		Largement suffisant	4
Q211	Quel est le profil épidémiologique de votre pays ? <i>(Fournir la documentation)</i>		

SECTION 3 : ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE ET DU MINISTERE DE LA SANTE			
Q301	Comment est organisé le système national de la santé ? <i>Fournir la documentation (support papier et support électronique)</i>		
Q302	Comment est organisé le Ministère de la Santé <i>(Fournir la documentation et l'organigramme du Ministère de la Santé)</i>		
Q303	Existe-t-il un service ou une direction chargé (e) de la gestion des RHS ?	Oui 1 Non 2	Si oui allez à Q305
Q304	Pourquoi ?		Allez à la section prochaine
Q305	Quelles sont ses fonctions et attributions ? <i>(Fournir la documentation et l'organigramme de la direction/service)</i>		
Q306	Quelles sont les difficultés rencontrées par ce service ou cette direction chargé (e) de la gestion des RHS ?		

SECTION 4 : FORMATION INITIALE		
Q401. Identifiez les écoles et instituts de formation des RHS (Fournir la source des informations)		
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		

SECTION 4 : FORMATION CONTINUE				
Q402	Existe-t-il des formations continues des RHS ?	Oui	1	
		Non	2	
Q403	Existe-t-il un processus d'identification des besoins en formation RHS ?	Oui	1	
		Non	2	
Q404	Existe-t-il des documents de besoins en formation RHS ? (Fournir les la documentation)	Oui	1	
		Non	2	
Q405. Pour chaque catégorie de professionnels de santé, indiquez s'il existe des programmes en cours d'emploi ? (sanctionnés ou non d'un diplôme) (Inscrire l'emploi)		Formation en cours d'emploi		Ecole/ institut formation
		Oui	Non	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				

SECTION 5 : PLANIFICATION ET GESTION DES RHS			
Q501	Procède-t-on à des recrutements des RHS ?	Oui 1 Non 2	
Q502	Comment se font les recrutements des RHS ?		
Q503	Qui procède aux recrutements ?		
Q504	Sur quelle base recrute-t-on ?		
Q505	Existe-il des normes pour l'utilisation des RHS au niveau de la pyramide sanitaire ? <i>(Si oui fournir le document comprenant les normes RHS)</i>	Oui 1 Non 2	Si oui allez à Q507
Q506	Pourquoi ?		Allez à Q509
Q507	Les normes RHS sont-elles respectées ?	Oui 1 Non 2	Si oui allez à Q509
Q508	Pourquoi ?		

SECTION5 : PLANIFICATION ET GESTION DES RHS			
Q509	Existe-t-il un plan de carrière des RHS ?	Oui	1
		Non	2
Q510	Existe-t-il des fiches de poste à tous les niveaux ?	Oui	1
		Non	2
Q511	Existe-t-il un plan de motivation ?	Oui	1
		Non	2
Q512	Existe-t-il un manuel de procédures et de gestion des RHS	Oui	1
		Non	2
Q513	Quelles sont les raisons majeures d'attrition des RHS ?	Décès	<input type="checkbox"/>
		Retraite	<input type="checkbox"/>
		Changement de secteur (hors secteur santé)	<input type="checkbox"/>
		Migration	<input type="checkbox"/>

SECTION 6: STATISTIQUES DES RHS			
Q601	Avez-vous une base de données actualisée des RHS ?	Oui 1 Non 2	Si non allez à Q603
Q602	Cette base comprend : a) Les RHS du secteur public b) Les RHS du secteur privé lucratif c) Les RHS du secteur privé non lucratif	Oui 1 Oui 1 Oui 1	
Q603	Pourquoi ?		
Q604	La base de données des RHS est-elle liée au système national d'information sanitaire (SNIS) ?	Oui 1 Non 2	
Q605	Les statistiques des RHS sont-elles réparties en fonction des emplois/districts/région/groupes d'âges ? <i>(Si oui fournir les données en support papier et support électronique)</i>	Oui 1 Non 2	
Q606	Comment peut-on qualifier la répartition des RHS ?	Peu satisfaisante 1 Satisfaisante 2 Très satisfaisante 3	
Q607	Pourquoi ?		

- **Merci de votre participation** -