

Ministère de la Santé  
==--==--==--==  
Cabinet du Ministre  
==--==--==--==  
Direction des Ressources Humaines  
==--==--==--==

**MECANISMES INCITATIFS A L'EXERCICE DU PERSONNEL DE  
SANTÉ EN ZONES DESHERITEES ET/OU ENCLAVEES**

**RAPPORT FINAL**

Par

H. Félicien Hounyè  
Emile D. Hounyè  
Thomas D. Agossou

Cotonou, Décembre 2006

# Table des matières

RESUME.....	7
LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES .....	9
LISTE DES TABLEAUX .....	10
<b>1.1</b> <b>CONTEXTE ET JUSTIFICATION</b> .....	12
<b>1.2</b> <b>OBJECTIFS DE L'ETUDE</b> .....	13
<i>1.2.1 Objectif général</i> .....	13
<i>1.2.2 Objectifs spécifiques</i> .....	13
<b>1.3</b> <b>RAPPEL DES TERMES DE REFERENCE</b> .....	13
<b>II. / DEMARCHE METHODOLOGIQUE</b> .....	<b>15</b>
<b>2.1</b> <b>NATURE, PERIODE ET DUREE DE L'ETUDE</b> .....	15
<b>2.2</b> <b>POPULATION ET SITES DE L'ETUDE</b> .....	15
<i>2.2.1 Population cible</i> .....	15
<i>2.2.2 Zones touchées par l'enquête</i> .....	16
<b>2.3</b> <b>ECHANTILLONNAGE</b> .....	16
<b>2.4</b> <b>OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES</b> .....	18
<i>2.4.1 Fiche d'estimation financière</i> .....	18
<i>2.4.2 Guide d'entretien</i> .....	18
<b>2.5</b> <b>ORGANISATION DE LA COLLECTE DES DONNEES</b> .....	18
<i>2.5.1 Pré collecte</i> .....	18
<i>2.5.2 Collecte proprement dite</i> .....	19
<b>2.6</b> <b>TRAITEMENT DES DONNEES</b> .....	19
<b>2.7</b> <b>ANALYSE DES DONNEES</b> .....	20
<i>2.7.1 Analyse documentaire</i> .....	20
<i>2.7.2 Analyse des données qualitatives</i> .....	20
<i>2.7.3 Analyse des données quantitatives</i> .....	21
<i>2.7.4 Présentation des résultats</i> .....	21
<b>2.8</b> <b>DIFFICULTES RENCONTREES</b> .....	21
<b>III. / APPLICATION DE QUELQUES THEORIES DE MOTIVATION SUR LE COMPORTEMENT DU PERSONNEL DE SANTE</b> .....	<b>22</b>
<b>3.1</b> <b>LA THEORIE DE MASLOW</b> .....	23
<b>3.2</b> <b>LA THEORIE DE HERZBERG</b> .....	23
<b>3.3</b> <b>LA THEORIE DE VERMOT-GAUS</b> .....	24
<b>3.4</b> <b>LA THEORIE DE JACQUES AUBRET &amp; PATRICK GILBERT</b> .....	25
<b>3.7</b> <b>SYNTHESE DES THEORIES ET ETUDES DE LA MOTIVATION AU TRAVAIL</b> .....	26
<b>4.1</b> <b>CARACTERISTIQUES SOCIO PROFESSIONNELLES DES PERSONNES ENQUETEES</b> .....	27

*Rapport Final*

4.1.1 Médecins généralistes et spécialistes .....	27
4.1.2 Infirmiers et Sages-femmes diplômés d'Etat, IDE/SFE spécialistes, techniciens supérieurs de radiologie, techniciens de laboratoire d'analyses médicales et ingénieurs spécialistes d'analyses biomédicales .....	27
4.1.3 Cadres de l'administration de santé.....	28
4.1.4 Gestionnaires des ressources humaines .....	28
4.1.5 Délégués de personnel et syndicalistes.....	28
<b>4.2 CONNAISSANCE DES ACTEURS PAR RAPPORT AUX NOTIONS DE ZONES ENCLAVEES, DE ZONES DESHERITEES, D'AFFECTATION ET DE MUTATION DU PERSONNEL DE SANTE .....</b>	<b>29</b>
4.2.1 Par rapport à la notion de zones déshéritées.....	29
4.2.1.1 Médecins généralistes et spécialistes .....	29
4.2.1.2 Infirmiers et Sages-femmes diplômés d'Etat, IDE/SFE spécialistes, techniciens supérieurs de radiologie, techniciens de laboratoire d'analyses médicales et ingénieurs spécialistes d'analyses biomédicales ;.....	29
4.2.1.3 Cadres de l'administration de la santé .....	30
4.2.1.4 Gestionnaires des ressources humaines .....	30
4.2.1.5 Délégués du personnel et syndicalistes.....	30
4.2.2 Par rapport à la notion de zones enclavées.....	31
4.2.2.1 Médecins généralistes et spécialistes .....	31
4.2.2.2 Infirmiers et Sages-femmes Diplômés d'Etat, IDE/SFE spécialistes, les techniciens supérieurs de radiologie, les techniciens de laboratoire d'analyses médicales et les ingénieurs spécialistes d'analyses biomédicales. ....	31
4.2.2.3 Cadres de l'administration de la santé .....	31
4.2.2.4 Gestionnaires de ressources humaines.....	31
4.2.2.5 Délégués du personnel et syndicalistes.....	31
4.2.3 Par rapport à l'affectation du personnel de santé .....	32
4.2.3.1 Médecins généralistes et spécialistes .....	32
4.2.3.2 Infirmiers et Sages-femmes Diplômés d'Etat, IDE/SFE spécialistes, les techniciens supérieurs de radiologie, les techniciens de laboratoire d'analyses médicales et les ingénieurs spécialistes d'analyses biomédicales. ....	32
4.2.3.3 Cadres de l'administration de la santé .....	32
4.2.3.4 Gestionnaires de ressources humaines.....	33
4.2.3.5 Délégués du personnel et syndicalistes.....	33
4.2.4 Par rapport à la mutation du personnel de santé.....	33
4.2.4.1 Médecins généralistes et spécialistes .....	33
4.2.4.2 Infirmiers et Sages-femmes Diplômés d'Etat, IDE/SFE spécialistes, les techniciens supérieurs de radiologie, les techniciens de laboratoire d'analyses médicales et les ingénieurs spécialistes d'analyses biomédicales. ....	34
4.2.4.3 Cadres de l'administration de la santé .....	34
4.2.4.4 Gestionnaires des ressources humaines .....	34
4.2.4.5 Délégués du personnel et syndicalistes.....	34

# Mécanismes incitatifs à l'exercice du personnel de santé en zones déshéritées et/ou enclavées

## Rapport Final

4.2.5 Par rapport à la situation actuelle du personnel de santé en poste dans les zones enclavées et/ou déshéritées.....	35
4.2.5.1 Médecins généralistes et spécialistes .....	35
4.2.5.2 Infirmiers et Sages-femmes Diplômés d'Etat, IDE/SFE spécialistes, les techniciens supérieurs de radiologie, les techniciens de laboratoire d'analyses médicales et les ingénieurs spécialistes d'analyses biomédicales. ....	35
4.2.5.3 Cadres de l'administration de la santé .....	35
4.2.5.4 Gestionnaires des ressources humaines .....	35
4.2.6 Par rapport à leur appréciation de l'exercice de la profession médicale et paramédicale dans les zones enclavées et/ou déshéritées.....	36
4.2.6.1 Médecins généralistes et spécialistes .....	36
4.2.6.2 Infirmiers et Sages-femmes diplômés d'Etat, IDE/SFE spécialistes, les techniciens supérieurs de radiologie, les techniciens de laboratoire d'analyses médicales et les ingénieurs spécialistes d'analyses biomédicales. ....	36
4.2.6.3 Cadres de l'administration de la santé .....	37
4.2.6.4 Gestionnaires des ressources humaines .....	37
4.2.7 Propositions dans le sens de l'optimisation de leur performance.....	38
4.2.7.1 Médecins généralistes et spécialistes .....	38
4.2.7.2 Infirmiers et Sages-femmes Diplômés d'Etat, IDE/SFE spécialistes, les techniciens supérieurs de radiologie, les techniciens de laboratoire d'analyses médicales et les ingénieurs spécialistes d'analyses biomédicales. ....	40
Cinq tendances se dégagent à savoir : .....	40
4.2.7.3 Cadres de l'administration de la santé .....	41
4.2.7.4 Gestionnaires des ressources humaines .....	41
4.2.7.5 Délégués du personnel et syndicalistes.....	42
<b>4.3 CLASSIFICATION DES ZONES SANITAIRES ET AVANTAGES SUBSEQUENTS .....</b>	<b>43</b>
4.3.1 DEFINITION DES CRITERES DE CLASSIFICATION DES ZONES SANITAIRES .....	43
4.3.2 TYPOLOGIE DES ZONES SANITAIRES CIBLES .....	44
4.3.3 AVANTAGES LIES AL'EXERCICE DES SERVICES DE SANTE EN ZONE ENCLAVEES ET/OU DESHERITEES.....	46
4.3.3.1 Avantages pécuniaires mensuels.....	46
4.3.3.2 Avantages pécuniaires fixes.....	46
4.3.3.3 Avantages non pécuniaires .....	46
<b>4.4 PRESENTATION DE L'EXERCICE DE LA PROFESSION EN ZONES DESHERITEES ET/OU ENCLAVEES .....</b>	<b>46</b>
4.4.1 Conditions d'affectation des personnels de santé.....	46
4.4.2 Problèmes posés par les affectations des agents de santé en zones déshéritées et/ou enclavées.....	47
4.4.3 Propositions pour gérer au mieux ces problèmes .....	48
4.4.4 Catégorie d'agents qui refusent de regagner leur poste.....	49
4.4.5 Attitude de l'administration face au refus des agents de rejoindre leur poste d'affectation.....	49
4.4.6 Conséquences des affectations.....	49
4.4.7 Valorisation des ressources humaines en santé .....	50

<b>4.5 PROCEDURES DE MUTATION DU PERSONNEL DE SANTE EN VIGUEUR AU BENIN</b> .....	51
4.5.1.1 Etude du texte réglementaire.....	52
4.5.1.2 Accomplissement des tâches techniques.....	52
4.5.2 Mécanisme de redistribution.....	53
<b>4.6 MESURES D'ACCOMPAGNEMENT</b> .....	55
4.6.2.1 Gel du recrutement.....	56
4.6.2.2 Déperdition du personnel.....	57
4.6.2.3 Contribution à la construction de logements pour le personnel de santé des régions périphériques.....	57
<b>4.7 PLAN DE MISE EN ŒUVRE DU DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES</b> .....	58
4.7.1 Amélioration des conditions de vie et de travail des RHS.....	58
4.7.2 Amélioration de la gestion de la carrière des RHS.....	59
<b>V. / GUIDE OPERATIONNEL POUR LE DEVELOPPEMENT ET LA VALORISATION DES RESSOURCES HUMAINES DU SECTEUR DE LA SANTE</b> .....	<b>61</b>
<b>5.1 SCENARIO N°1</b> .....	61
<b>5.2 SCENARIO N°2</b> .....	61
<b>5.3 SCENARIO N°3</b> .....	62
<b>VI. / ESTIMATION FINANCIERE DU MECANISME D'INCITATION A L'EXERCICE DES SERVICES DE SANTE EN ZONES ENCLAVEES ET/OU DESHERITEES</b> .....	<b>63</b>
<b>6.1 AVANTAGES PECUNIAIRES MENSUELS</b> .....	64
6.1.1 PRIMES D'ÉLOIGNEMENT ET/OU D'ENCLAVEMENT ET/OU DE DESHERITEMENT .....	64
6.1.1.1 PROPOSITIONS DE PRIMES D'ÉLOIGNEMENT ET/OU D'ENCLAVEMENT ET/OU DE DESHERITEMENT .....	64
6.1.1.2 Propositions validées des primes d'éloignement et/ou d'enclavement et/ou de déshéritement.....	67
6.1.1.3 Calcul du coût des primes d'éloignement et/ou d'enclavement et/ou de déshéritement à l'échelle d'une zone sanitaire.....	68
6.1.2 Revalorisation des primes de spécialisation.....	69
6.1.2.1 Propositions de Revalorisation des primes de spécialisation.....	70
6.1.2.2 Propositions validées des primes de spécialisation.....	71
6.1.2.3 Calcul du coût des primes revalorisées de spécialisation aux médecins spécialistes à l'échelle d'une zone sanitaire.....	72
6.1.3 REVALORISATION DE LA PRIME DE RENDEMENT .....	72
6.1.3.1 Propositions de Revalorisation des primes de rendement.....	73
6.1.3.2 Propositions validées des primes de rendement .....	74
6.1.3.3 CALCUL DU COUT DES PRIMES DE RENDEMENT DU PERSONNEL DES SERVICES DE SANTE A L'ECHELLE D'UNE ZS .....	75
6.1.4 REVALORISATION DES PRIMES DE RISQUES INHERENTES A L'EMPLOI .....	77
6.1.4.1 Propositions revalorisation des primes de risques.....	77
6.1.4.2 Propositions validées des primes de risques.....	78

## Mécanismes incitatifs à l'exercice du personnel de santé en zones déshéritées et/ou enclavées

### Rapport Final

6.1.4.3 Calcul du coût des primes de risques du personnel des services de santé à l'échelle d'une zone sanitaire.....	79
6.1.5 Primes de logement.....	80
6.1.5.1 Propositions de primes de logement.....	80
6.1.5.2 Propositions validées des primes de logement du personnel de santé.....	81
6.1.5.3 Calcul du coût des primes de logement du personnel des services de santé à l'échelle d'une zone sanitaire.....	82
6.2.1 REVALORISATION DE LA PRIME DE DEMENAGEMENT.....	83
6.2.1.1 Propositions de revalorisation de la prime de déménagement.....	83
6.2.1.2 Propositions validées des primes de déménagement du personnel de santé.....	84
6.2.1.3 Calcul du coût de la prime de déménagement du personnel des services de santé à l'échelle d'une zone sanitaire.....	85
6.2.2 REVALORISATION DE LA PRIME D'INSTALLATION.....	86
6.2.2.1 Propositions de revalorisation de la prime d'installation.....	86
6.2.2.2 Propositions validées de la prime d'installation.....	87
6.2.2.3 Calcul du coût des primes d'installation du personnel des services de santé à l'échelle d'une zone sanitaire.....	88
<b>6.3 AVANTAGES NON PECUNIAIRES.....</b>	<b>89</b>
6.3.1 Réceptions dans les ordres nationaux.....	89
6.3.2 Lettres de félicitations.....	90
6.3.3 Octroi de bourses.....	90
<b>6.4 RECAPITULATIF DES PRIMES RECLAMEES PAR LES AGENTS DES SERVICES DE SANTE.....</b>	<b>90</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>94</b>
<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	<b>95</b>
<b>OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES.....</b>	<b>96</b>
Guide d'entretien individuel à l'adresse des Médecins.....	97
Guide d'entretien individuel à l'adresse des Responsables au niveau de l'Administration centrale et départementale.....	101
Guide d'entretien individuel à l'adresse des Gestionnaires des hôpitaux et des Médecins coordonnateurs de zone.....	105
Guide d'entretien à l'adresse des syndicalistes et des délégués du personnel de santé.....	109
Guide d'entretien individuel à l'adresse des infirmier(e)s, sages-femmes et autres.....	113
Guide d'entretien individuel à l'adresse des Responsables des COGES et Ordres de santé.....	116
<b>Fiche d'estimation financière de motivation des personnels de santé exerçant dans les zones déshéritées et/ou enclavées.....</b>	<b>119</b>

## **Résumé**

L'étude intitulée « Mécanismes incitatifs à l'exercice du personnel de santé en zones enclavées et/ou déshéritées » révèle les conditions de vie et de travail peu enviables des personnels de santé dans ces zones. Une telle situation n'est pas sans incidence sur la prise en charge des patients et surtout sur la motivation et la performance des professionnels de la santé. Pour ce faire, l'identification et l'opérationnalisation des mesures incitatives s'avèrent nécessaires pour, d'une part amener le personnel de santé à accepter servir dans ces zones et d'autre part améliorer la qualité de la prise en charge des patients. La nécessité de la valorisation de la fonction médicale, paramédicale et administrative dans les zones enclavées et/ou déshéritées demeure impérative.

La présente étude s'est employée à identifier et à analyser les facteurs déterminants de la motivation des personnels de santé en poste dans ces zones. Elle a conduit à l'élaboration et à la mise à la disposition de la Direction des Ressources Humaines du Ministère de la Santé d'un guide opérationnel s'articulant autour de trois différents scénarii qui reflètent les propositions des personnels de santé. Le deuxième scénario, au regard de sa pertinence et de son coût d'opérationnalisation jugé raisonnable, permettrait à la DRH du MS de disposer d'une boussole qui l'orienterait dans la formulation des interventions idoines, permettant de répondre aux problèmes spécifiques concernant la motivation des personnels de santé exerçant dans ces zones.

La mise en œuvre de ce guide opérationnel permettrait d'apporter des éléments de réponse aux nombreuses doléances des personnels de santé en général et ceux travaillant dans les zones enclavées et/ou déshéritées en particulier.

## **Remerciements**

La présente étude sur les mécanismes incitatifs à l'exercice en zones déshéritées et/ou enclavées du personnel de santé dans les 10 zones sanitaires déclarées pauvres par une étude de la Banque Mondiale au Bénin a pu être réalisée grâce à la volonté, à la disponibilité et au soutien des personnes suivantes :

- le Directeur de cabinet du Ministère de la Santé,
- le Directeur de la Programmation et de la Prospective
- le Directeur des Ressources Humaines et ses collaborateurs,
- les Directeurs Départementaux de la Santé et leurs cadres administratifs,
- les coordonnateurs de projets du Ministère de la Santé,
- les médecins coordonnateurs de zones sanitaires,
- les Directeurs des hôpitaux de zone,
- les cadres de santé et leurs collaborateurs,
- les responsables des centrales syndicales des professions médicales et paramédicales,
- les représentants des différents ordres des professions médicales et paramédicales,
- les représentants des comités de gestion des formations sanitaires,
- des étudiants en fin de cycle en sociologie-anthropologie qui ont été d'un apport inestimable dans la collecte des données sur le terrain.

Que toutes ces personnes, de même que celles qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail, trouvent ici l'expression sincère de nos sentiments de profonde gratitude.



## **Liste des Abréviations et Acronymes**

AS	:	Aide-soignant
CEFORP	:	Centre de Formation et de Recherche en Population
CFA	:	Communauté Française d'Afrique
CHD	:	Centres Hospitaliers Départementaux
CNHU	:	Centre National Hospitalier et Universitaire
CNM	:	Commission Nationale des Mutations
CNSS	:	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
COGES	:	Comités de Gestion des Centres de Santé
CSA	:	Centre de Santé d'Arrondissement
CSCom	:	Centre de Santé de Commune
DDS	:	Direction Départementale de la Santé
DDS	:	Directeur Départemental de la Santé
DIVI	:	Directeur de l'Inspection et de la Vérification Interne
DPP	:	Direction de la Programmation et de la Prospective
DRH	:	Direction des Ressources Humaines
DSIO	:	Direction des Soins Infirmiers et Obstétricaux
FNR	:	Fonds National de Retraite
HOMEL	:	Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune
HZ	:	Hôpitaux de Zone
IDE	:	Infirmier Diplômé d'Etat
IS	:	Infirmier de Santé
MS	:	Ministère de la Santé
NTIC	:	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
PAR	:	Plan d'Action de Redéploiement
RHS	:	Ressources Humaines pour la Santé
SDRH	:	Service Décentralisé des Ressources Humaines
SFE	:	Sage-femme Diplômée d'Etat
UNICEF	:	Organisation des Nations Unies pour l'Enfance
ZS	:	Zone Sanitaire

## **Liste des tableaux**

Tableau 1 : Facteur d'hygiène de vie et de motivation.....	24
Tableau 2 : Classification des zones sanitaires.....	44
Tableau 3 : Typologie des zones sanitaires.....	45
Tableau 4 : Identification des zones sanitaires.....	46
Tableau 5 : Frais d'installation du personnel de santé.....	56
Tableau 6 : Montants des primes proposées et moyenne par catégorie socioprofessionnelle.....	66
Tableau 7 : Proportion validées des primes d'éloignement et/ou d'enclavement et/ou de d'enclavement.....	68
Tableau 8 : Répartition des primes d'éloignement et/ou d'enclavement et/ou de déshéritement (en francs CFA) selon les différentes zones.....	68
Tableau 9: Estimation financière des primes d'éloignement et/ou d'enclavement et/ou de d'enclavement des agents de santé.....	69
Tableau 10: Propositions de primes de spécialisation pour les cliniciens et les autres médecins spécialistes.....	71
Tableau 11 : Primes mensuelles de spécialisation.....	71
Tableau 12: Application des montants des primes de spécialisation pour les cliniciens et les autres médecins spécialistes dans la ZS Aplahoué.....	72
Tableau 13 : Primes mensuelles de rendement.....	75
Tableau 14 : Estimation financière des primes de rendement des agents de santé.....	76
Tableau 15 : Propositions de montants de primes de risque pour les différentes catégories socioprofessionnelles.....	78
Tableau 16 : Primes de risque pour les catégories socioprofessionnelles .....	78
Tableau 17 : Estimation financière des primes de risque des agents de santé...	79

Tableau 18 : Propositions de montants de primes de logement pour les différentes catégories socioprofessionnelles.....	81
Tableau 19 : Estimation financière des primes de logement du personnel.....	81
Tableau 20 : Estimation financière des primes de logement du personnel d'une ZS type.....	82
Tableau 21 : Propositions de montants de la prime de déménagement pour les différentes catégories socioprofessionnelles.....	84
Tableau 22 : Estimation financière de la prime de déménagement du personnel.....	85
Tableau 23 : Estimation financière de la prime de déménagement du personnel d'une ZS .....	85
Tableau 24 : Propositions de montants de la prime d'installation pour les différentes catégories socioprofessionnelles .....	87
Tableau 25 : Estimation financière de la prime d'installation du personnel .....	88
Tableau 26: Estimation financière de la prime d'installation du personnel d'une zone sanitaire type .....	89
Tableau 27 : Récapitulation des mesures incitatives réclamées par les agents des diverses catégories socioprofessionnelles pour servir dans une zone enclavée/déshéritée .....	90

## **I. / Introduction**

### **1.1 Contexte et justification**

La politique du plein emploi mise en œuvre par le Bénin au début des années 1980, et qui consistait au recrutement systématique dans la fonction publique de tous les diplômés béninois sortis des Universités, Ecoles et Instituts de formation du pays et de l'étranger, a très tôt montré ses limites. L'accroissement exponentiel subséquent de la masse salariale entre 1980 et 1986 était devenu de moins en moins supportable par les fragiles finances publiques d'un pays pauvre aux ressources limitées. Sous la pression des institutions financières internationales, un train de mesures hardies fut pris par le Gouvernement. Il s'agissait notamment du gel des recrutements à partir du 1er janvier 1987, et dès la fin des années 80, des programmes de départs volontaires et des départs ciblés d'une fonction publique pléthorique et inefficace. La réforme budgétaire à laquelle le secteur de la santé est l'un des premiers adhérents impose d'œuvrer d'une part, à une meilleure allocation des ressources sur des critères d'équité et d'objectivité et d'autre part, à leur utilisation rationnelle. Pour ce faire, il importe d'assurer une évaluation permanente et un suivi physique et financier de la mise en œuvre de la politique sanitaire du pays.

Quatre principaux problèmes caractérisent la gestion du personnel dans le secteur de la santé :

- la concentration du personnel dans les centres urbains au détriment des centres ruraux,
- l'absence de marge de manœuvre des structures intermédiaires et périphériques sur la gestion des mouvements du personnel,
- le manque de personnel spécialisé et
- le vieillissement du personnel de la fonction publique en général (Confère Revue Annuelle du secteur de la santé 2004 ; Document technique N°4 ; juin 2004).

Ceci a été confirmé par une étude initiée par le Ministère de la Santé (MS) en vue de l'élaboration d'une Politique de gestion opérationnelle des ressources humaines. Cette étude a révélé un certain nombre de dysfonctionnements qui minent le secteur de la santé. Ce sont notamment :

- un déséquilibre géographique des effectifs en défaveur des localités déshéritées et éloignées,
- une absence de la maîtrise de la mobilité interne et externe du personnel, (absentéisme, mutation, détachement, sollicitation professionnelle, etc.),
- une pénurie de certaines catégories de ressources humaines (notamment les médecins spécialistes, les techniciens supérieurs de laboratoire et de radiologie, les anesthésistes, etc.) et

- une pléthore de personnel d'appui et de soutien (Confère Revue Annuelle du secteur de la santé 2004 ; Document technique N°4 ; juin 2004).

La Direction des Ressources Humaines (DRH) doit donc veiller à :

- la maîtrise des mouvements du personnel,
- la formulation d'une politique de développement des ressources humaines qui prend en compte tous les éléments relatifs à la motivation du personnel et au renforcement de ses compétences,
- la prise des mesures rigoureuses dans la perspective de la pratique de la bonne gouvernance effective,
- la décentralisation de la gestion du personnel.

Fidèle à sa mission de contribuer à l'épanouissement socio sanitaire des Béninoises et Béninois, le MS à travers la DRH a initié cette étude sur les **MECANISMES INCITATIFS A L'EXERCICE DU PERSONNEL DE SANTE EN ZONES DESHERITEES ET/OU ENCLAVEES**, en vue de disposer d'un guide opérationnel pour le développement et la valorisation des ressources humaines.

## **1.2 Objectifs de l'étude**

### 1.2.1 Objectif général

Permettre au MS de disposer d'un guide opérationnel pour le développement et la valorisation des ressources humaines.

### 1.2.2 Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques poursuivis sont les suivants :

- recueillir les propositions du personnel relatives aux facteurs de motivation ;
- proposer des mesures pouvant attirer les spécialistes dans la Fonction Publique ;
- mettre en place un mécanisme d'incitation à l'exercice des services de santé en zones déshéritées et/ou enclavées.

## **1.3 Rappel des Termes de Référence**

La présente consultation vise la réalisation d'un guide opérationnel pour le développement et la valorisation des ressources humaines. En effet, parmi les dispositions prises dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme de la pyramide sanitaire avec la création des zones sanitaires, l'élaboration et l'adoption des normes des effectifs minima du personnel nécessaire au bon fonctionnement des zones sanitaires figurent en bonne place.

*Rapport Final*

L'un des problèmes qui caractérisent la gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé est la forte concentration du personnel dans les centres urbains au détriment des centres ruraux et un déséquilibre géographique des effectifs en défaveur des zones déshéritées, proches ou éloignées et/ou enclavées. Le personnel féminin est l'une des catégories du personnel de la santé dont la mutation doit tenir compte d'un certain nombre de considérations d'ordre matrimonial. Il est indispensable de réfléchir et d'étudier de concert avec les associations du personnel médical féminin les modalités les plus acceptables pour permettre une utilisation et une répartition plus équilibrées.

Les différents acteurs de notre système sanitaire partagent le même point de vue sur la nécessité de renforcer l'effectif du personnel de santé, de corriger son mode de répartition, de créer un cadre plus incitatif où le personnel de santé serait suffisant, (en quantité et en qualité) disponible et motivé.

## **II. / Démarche méthodologique**

### **2.1 Nature, période et durée de l'étude**

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive, quantitative et essentiellement qualitative. Elle s'est étendue sur la période du 12 juin au 19 juillet 2006 sur toute l'étendue du territoire national, notamment dans les 10 zones sanitaires déclarées pauvres par une étude de la Banque Mondiale (Arrêté N° 9679/MSP du 26 novembre 2003).

### **2.2 Population et sites de l'étude**

#### 2.2.1 Population cible

La population ciblée par l'étude est constituée de deux groupes dont l'un est le principal et l'autre le secondaire.

Le premier est constitué du personnel de santé concerné directement par le problème de la motivation et travaillant dans les zones enclavées et/ou déshéritées. Ce sont les agents suivants :

- les médecins généralistes et spécialistes,
- les cadres administratifs des hôpitaux de zone et des centres de santé,
- les infirmiers diplômés d'Etat (IDE), les sages femmes diplômées d'Etat (SFE) et les infirmiers de santé (IS),
- les techniciens, techniciens supérieurs et les ingénieurs spécialistes d'analyses biomédicales,
- les représentants des centrales syndicales des professions médicales et paramédicales et les délégués de personnel,
- les cadres de la coordination des zones sanitaires,
- les représentants des comités de gestion des centres de santé (COGES) et
- les ordres de santé.

Les autres acteurs interrogés sont :

- les cadres du Cabinet du MS,
- les cadres des services et directions techniques du MS,
- les cadres des Directions Départementales de la Santé (DDS),
- les représentants des COGES et
- les ordres de santé.

## 2.2.2 Zones touchées par l'enquête

L'étude a couvert 10 zones sanitaires (ZS) sur les 34 que compte le pays. Ces 10 zones sanitaires ont été ciblées par la Banque Mondiale et sont les suivantes :

- la ZS de Covè/Ouinhi/Zagnanado,
- la ZS de Aplahoué/Djakotomey/Dogbo,
- la ZS de Klouékanmè/Lalo/Toviklin,
- la ZS de Adjohoun/Bonou/Dangbo,
- la ZS de Abomey-Calavi/Sô-Ava,
- la ZS Ouidah/Kpomassè/Torri-Bossito,
- la ZS de Bassila,
- la ZS de Nikki/Pèrèrè/Kalalé,
- la ZS de Kandi/Gogounou/Ségbana,
- la ZS de Savalou/Bantè.

En dehors des ZS sus citées, les DDS et les Centres Hospitaliers Départementaux (CHD) de l'ensemble du territoire national, de même que l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant (HOMEL, ex Maternité Lagune) et le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou ont été ciblés par la présente étude.

## 2.3 Echantillonnage

L'échantillonnage des formations sanitaires dans chacune des 10 zones sanitaires est basé sur le choix exhaustif de tous les Hôpitaux de Zone (HZ), le choix aléatoire d'un Centre de Santé de Commune (CSCCom) et de deux Centres de Santé d'Arrondissement (CSA). Le détail des formations sanitaires incluses dans l'étude se présente comme suit :

- ZS de Savalou/Bantè : HZ de Savalou, CSCCom de Bantè, CSA de Tchetti et CSA de Gouka ;
- ZS de Bassila : HZ de Bassila, CSA d'Alédjo et CSA de Manigri ;
- ZS de Covè/Ouinhi/Zagnanado : HZ de Covè, CSCCom de Zagnanado, CSA de Banamè et CSA d'Agonlin-Houégbo ;
- ZS de Nikki/Pèrèrè/Kalalé : HZ de Nikki, CSCCom de Nikki, CSA de Tasso et CSA de Boro ;
- ZS de Kandi/Gogounou/Ségbana : HZ de Kandi, CSCCom de Gogounou, CSA d'Angaradébou et CSA de Sori ;
- ZS de Ouidah/Kpomassè/Tori Bossito : HZ de Ouidah, CSCCom de Kpomassè, CSA de Dékanmè et CSA d'Akadjamè
- ZS de Abomey-Calavi/So-Ava : HZ d'Abomey-Calavi, CSCCom de So-Ava, CSA de Zinvié et CSA de Kpanroun ;
- ZS de Adjohoun/Dangbo/Bonou : HZ d'Adjohoun, CSCCom de Dangbo,



*Rapport Final*

- CSA de Zoungoué et CSA de Djigbé-Akpamè ;
- ZS de Aplahoué/Djakotomey/Dogbo : HZ d'Aplahoué, CSCom de Dogbo, CSA de Dévé et CSA de Houégamey ;
- ZS de Klouékanmè/Lalo/Toviklin : HZ de Klouékanmè, CSCom de Lalo, CSA de Tchi-Ahodjinako et CSA de Tchikpé.

L'échantillonnage des autres structures relevant du Ministère de la Santé s'est basé sur le choix exhaustif des six Directions Départementales de la Santé, des directions et services techniques du MS, du CNHU-HKM et de l'HOMEL de Cotonou.

Pour ce qui est des acteurs concernés par la problématique de la motivation du personnel de santé dans les zones enclavées et/ou déshéritées, ils ont été sélectionnés par choix raisonné selon les critères de présence effective au poste de travail lors du passage de l'agent de collecte de données et de disponibilité. Les autres participants identifiés et qui ne font pas partie du personnel de santé ont été contactés, puis conviés à l'entretien.

Par rapport aux formations sanitaires et autres structures, l'échantillonnage a pris en compte au total :

- 10 HZ,
- 09 (au lieu de 10) CSCom,
- 20 CSA,
- les six DDS,
- toutes les directions centrales et techniques du MS,
- le CNHU-HKM de Cotonou,
- l'HOMEL de Cotonou.

Quant aux acteurs, l'échantillonnage est composé de :

- 34 médecins généralistes et spécialistes ;
- 14 cadres administratifs des HZ, des centres de santé et de la coordination des zones sanitaires ;
- 70 infirmiers, sages femmes diplômés d'Etat, infirmiers de santé, techniciens supérieurs de radiologie, techniciens de laboratoire d'analyses médicales et ingénieurs spécialistes d'analyses biomédicales ;
- 48 syndicalistes et délégués du personnel ;
- 30 cadres de l'administration centrale et départementale ;
- 12 représentants des COGES et des ordres des professions médicales et paramédicales.

## **2.4 Outils de collecte des données**

Deux types d'outils ont été conçus. Il s'agit de :

- une fiche d'estimation financière des éléments de motivation du personnel de santé énumérés par ces derniers ;
- un guide d'entretien à l'adresse du personnel de santé et des autres acteurs concernés par la question de santé, aussi bien dans les zones rurales que dans les zones urbaines.

### **2.4.1 Fiche d'estimation financière**

Elle a été adressée aux personnes-ressources suivantes :

- les médecins spécialistes et généralistes ;
- les coordonnateurs des ZS ;
- les cadres des directions et services techniques du MS ;
- les cadres administratifs des HZ, des centres de santé et de la coordination des ZS ;
- les IDE, SFE, IS, techniciens supérieurs de radiologie, techniciens de laboratoire d'analyses médicales et ingénieurs spécialistes d'analyses biomédicales ;
- les syndicalistes et les délégués du personnel ;
- les représentants des COGES et
- les différents ordres des professions médicales et paramédicales.

### **2.4.2 Guide d'entretien**

Les canevas ont été préparés pour les entretiens guidés avec les agents de santé qu'ils soient du niveau supérieur, moyen ou inférieur, les cadres du MS, de l'administration départementale de la santé, de la coordination des ZS, les responsables syndicaux de santé, les délégués du personnel et les représentants du comité de gestion des centres de santé.

## **2.5 Organisation de la collecte des données**

### **2.5.1 Pré collecte**

La collecte des données in situ a été rendue possible suite à une formation des agents de collecte de données pendant une journée. Ces derniers ont pris connaissance du contexte, des objectifs, des résultats attendus de l'étude et du contenu des outils de collecte. Au terme de cette formation, un pré test a été organisé au CNHU-HKM de Cotonou pour valider la qualité de ces outils.

## 2.5.2 Collecte proprement dite

Les opérations de collectes des données sur le terrain ont été précédées par une revue documentaire. Cette revue a été réalisée dans les centres de documentation de la DRH, du Centre de Formation et de Recherche en Population (CEFOP), des représentations locales du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

La collecte des données a été effectuée par une équipe composée de 10 agents de collecte, tous étudiants en fin de cycle de sociologie et anthropologie déployés dans les 10 ZS. Ces agents de collecte de données ont réalisé des entretiens individuels avec les professionnels de santé, les cadres administratifs et autres acteurs concernés par la problématique de la motivation du personnel de santé en poste dans les zones déshéritées et/ou enclavées et de ses implications sur leurs conditions de vie et de travail.

Des descentes régulières sur le terrain ont été effectuées par l'équipe de supervision pour apprécier les opérations de collecte des données et remédier le cas échéant aux difficultés rencontrées par l'équipe de collecte des données.

## 2.6 Traitement des données

Un travail préalable de dépouillement des données qualitatives recueillies a été fait. Entre autres, les variables qui ont été prises en compte dans le traitement et l'analyse des données sont :

- la qualification ;
- le statut de l'emploi occupé ;
- le nombre d'années d'ancienneté dans la profession et au poste ;
- la connaissance des notions de zones déshéritées, de zones enclavées, de l'affectation et de la mutation du personnel de santé ;
- les mesures incitatives susceptibles d'amener le personnel de santé à accepter de travailler et de résider dans les zones enclavées et/ou déshéritées ;
- l'attitude de l'administration face au comportement des agents qui refusent de rejoindre leur poste d'affectation ;
- l'appréciation des conditions techniques et matérielles de travail des agents de santé dans les zones enclavées et ou déshéritées ;
- les comportements qui traduisent l'absence de motivation au travail chez le personnel en poste dans les zones enclavées et/ou déshéritées, et les catégories de personnel au niveau desquelles ces comportements liés à l'absence de motivation au travail sont les plus remarquables.

*Rapport Final*

Les données quantitatives issues des fiches d'estimation financière des éléments de motivation ont pris en compte les variables suivantes :

- la prime d'éloignement ou d'enclavement ;
- les indemnités de spécialisation ;
- la prime d'installation ;
- les indemnités de déménagement ;
- les indemnités de risques inhérents à l'emploi ;
- les indemnités de logement et
- la prime de rendement.

Certaines données quantitatives et l'ensemble des données qualitatives ont été saisies, nettoyées et analysées à l'aide du logiciel *Sphinx 2*. Les variables énumérées et les regroupements thématiques des données recueillies en vue de la catégorisation des informations ont permis d'affiner l'analyse. Pour la validité des informations, les données quantitatives ont été croisées avec les données qualitatives.

Quant aux données quantitatives en rapport avec l'estimation financière des divers éléments de motivation, la moyenne de chaque variable a été calculée avec le logiciel *Excel*.

## **2.7 Analyse des données**

Elle a combiné l'analyse documentaire, l'analyse des données qualitatives et l'analyse statistique des données quantitatives.

### **2.7.1 Analyse documentaire**

Elle a permis non seulement de faire l'état de la question et d'aider à peaufiner les outils de collecte, mais aussi de confirmer ou non les informations produites à partir des données d'autres sources.

### **2.7.2 Analyse des données qualitatives**

Les informations collectées au niveau des informateurs ont été dépouillées et classées par thème, suivant les objectifs de l'étude. Elles ont été ensuite divisées en catégories de réponses qui présentent des caractéristiques ou tendances semblables. Il a été alors possible, à travers l'analyse du contenu du discours des enquêtés, de mettre en exergue les facteurs qu'il faut associer de façon objective pour mettre à la disposition du MS un guide opérationnel de développement et de valorisation des ressources humaines.

### 2.7.3 Analyse des données quantitatives

L'analyse des données quantitatives issues du traitement des fiches d'estimation financière a permis d'une part d'apprécier les éléments de motivation sus cités révélés par les divers acteurs ; d'autre part, elle a permis de faire une projection de l'estimation financière des mécanismes d'incitation à l'exercice de la profession médicale et paramédicale dans la fonction publique dans les zones enclavées et/ou déshéritées.

### 2.7.4 Présentation des résultats

Les logiciels *Word* et *Excel* ont été utilisés pour la présentation des résultats et la rédaction du rapport.

## **2.8 Difficultés rencontrées**

Le travail de collecte des données a souffert de quelques difficultés qu'il convient de souligner.

La non disponibilité du personnel de santé présent sur les lieux de l'enquête pour se prêter à l'exercice de collecte de données mérite d'être soulignée. Pour le cas particulier des médecins surtout les gynécologues et les chirurgiens, il a fallu faire pied de grue entre le bloc opératoire et leurs bureaux avant de pouvoir leur distraire un peu de leur précieux temps.

Les interférences des niveaux central et intermédiaire, les différentes réunions et autres séminaires et ateliers qui mobilisent le personnel de santé ont amené l'équipe de collecte à ne pas pouvoir tenir dans les délais prévus.

### **III. / Application de quelques théories de motivation sur le comportement du personnel de santé**

S'il est vrai que le travail est consubstantiel à la vie sociale et à l'environnement général de son exercice entre autres, la motivation demeure une préoccupation majeure qu'il faut prendre avec circonspection. Mais que recouvre en fait le concept de motivation ?

D'après Bennet et Miller, *la motivation dans le contexte professionnel peut être définie par la volonté de fournir un effort constant en vue de l'atteinte de certains objectifs organisationnels. Il s'agit d'un processus psychologique interne et d'un processus transactionnel : la motivation professionnelle résulte des interactions entre les personnes et leur environnement au travail auxquelles vient s'ajouter l'influence plus générale de la société* (1986). La motivation est donc un stimulus qui détermine et modèle le comportement de l'être agissant. Un regard rétrospectif nous renseigne que de nombreux chercheurs, penseurs et spécialistes ont abordé le concept sous des angles analogues, complémentaires et même contradictoires avec pour but ultime, d'appréhender cette réalité aussi ontologique que l'être humain.

D'une façon générale, les théories de motivation essaient d'analyser et de comprendre les différents facteurs psychologiques qui poussent les individus à afficher tel ou tel comportement face à une situation donnée. Motiver le personnel de santé revient donc à trouver des mécanismes extrinsèques qui visent à l'encourager en permanence à employer toutes ses capacités pour exécuter les tâches pour l'accomplissement desquelles il occupe tel poste, poste pour lequel il reçoit un salaire. La motivation du personnel de santé est une tâche de gestion permanente, qui implique le respect de quelques principes fondamentaux. Les autorités du MS devraient :

- prendre le personnel de santé au « sérieux », les écouter et leur permettre d'exprimer leur point de vue ;
- ne pas considérer l'accomplissement du travail uniquement comme une chose naturelle, même si le personnel de santé est « payé pour », mais savoir reconnaître, honorer et récompenser le travail bien fait ;
- tenir compte des aspirations personnelles du personnel de santé et les respecter ;
- encourager le personnel de santé à travailler de façon autonome, leur attribuer des responsabilités et respecter ce champ de responsabilité ;
- formuler des critiques constructives, objectives et encourageantes.

En définitive, le souci majeur de la DRH du MS devrait être la promotion du personnel de santé en fonction de ses potentialités et l'utilisation pleinement de ses capacités pour la réalisation des objectifs dudit ministère.

Dans le contexte de la présente étude, il est bon de rappeler certaines théories qui nous permettent de mieux appréhender la problématique de la motivation d'un agent au travail. Plusieurs théories ont été développées par plusieurs auteurs qui ont étudié la problématique de la motivation.

### **3.1 La théorie de Maslow**

Les motifs qui poussent les êtres humains à agir ont leur source dans leurs besoins. Les modèles de systématisation les plus connus des besoins humains est la pyramide des besoins établie par le psychologue américain Maslow. Ce dernier part du principe que les besoins humains se superposent à différents niveaux ; et que la satisfaction des besoins situés à un niveau supérieur n'est recherchée qu'après satisfaction des besoins situés à des niveaux inférieurs. De ce fait, il n'est pas possible de motiver le personnel de santé en leur promettant succès et estime à long terme (besoin de confirmation de leurs capacités), si leur souci majeur est de savoir comment nourrir leur famille (besoins physiologiques) ou s'ils craignent par exemple de perdre leur emploi (besoin de sécurité).

L'analyse de cet auteur a l'avantage de nous renseigner sur les besoins essentiels de l'acteur devant faire l'objet d'attention dans le cadre de l'amélioration de ses conditions de travail et de vie pour un rendement optimal. Mais elle reste limitée quant aux spécificités qui sont en cause dans le cadre de la présente étude à savoir, un environnement physique (rural ou urbain, moins déshérité ou déshérité, enclavé ou non), les discriminations catégorielles (spécialistes et non spécialistes ; personnel médical ou paramédical, agent de santé ou agent de l'administration, agent permanent de l'Etat (APE) ou les autres catégories d'agents non APE, etc.).

### **3.2 La théorie de Herzberg**

Frederik Herzberg (1959)<sup>1</sup> aborde le problème de la motivation à partir de la satisfaction ou de la non satisfaction que l'individu retire de son travail. Ses expériences lui ont permis d'identifier deux groupes de facteurs qui gouvernent l'ambiance de travail dans les organisations. Les facteurs d'hygiène qui se rapportent au cadre de travail et qui permettent de maintenir un niveau acceptable de satisfaction chez les travailleurs. Les facteurs de motivation qui

---

<sup>1</sup> F. Herzberg : Journal International de la Gestion n°1 Novembre 1974. La Jungle des théories de la motivation  
P 57

concernent le contenu du travail et qui, s'ils sont présents, permettent de donner à l'individu l'occasion de jouer un rôle plus actif dans l'organisation.

L'essentiel de cette théorie qui s'apparente à celle de Maslow est compilé dans le tableau 1 ci-après.

Tableau 1 : Facteur d'hygiène de vie et de motivation (Herzberg)

Facteur d'hygiène	Facteur de motivation
Salaire et avantages sociaux	Contenu du travail
Conditions physiques	Possibilité d'avancement
Politique de personnel	Possibilité de développement
Compétence technique	Responsabilités réelles
Relation avec les supérieurs	Reconnaissance de la qualité de travail
Relation avec les subordonnées	

Pour Herzberg, ce qui motive l'individu à travailler, c'est le désir de combler tous les facteurs de satisfaction en s'assurant que les facteurs d'hygiène sont à un niveau jugé acceptable par l'individu. Cela suppose que les facteurs de motivation viennent après les facteurs d'hygiène qui, même s'ils ne motivent pas, constituent une condition préalable et indispensable à la motivation au travail. L'individu sera motivé par la nature de son travail, ses possibilités de promotion, de responsabilité ou d'accomplissement ; mais cette motivation pourrait être entravée s'il perçoit les conditions de travail comme insatisfaisantes.

La théorie des deux facteurs de Herzberg nous permettra de mieux approfondir notre analyse dans la mesure où elle s'appuie sur les facteurs externes pour dégager la motivation interne au travail, en s'intéressant aux conditions de travail. Il ressort de l'analyse de cette théorie que ces facteurs sont nécessaires pour obtenir la motivation au travail, mais ils ne sont pas suffisants.

### 3.3 La théorie de Vermot-Gaus

Claude Vermot-Gaus, dans son ouvrage « *Mobiliser pour gagner : Comment motiver les salariés autrement que par le salaire* », indiquera que la motivation du personnel perçue autrefois comme seulement un gage de paix sociale apparaît aujourd'hui comme facteur de développement. Selon lui, le salarié qui manque de motivation au travail trouve peu à peu des échappatoires en s'absentant, en arrivant en retard, en « papillonnant » ; et il compense parfois par des actions qu'il juge positives, comme s'investir dans l'action syndicale ou culturelle. Son analyse relative à la motivation du salarié dans l'exercice de ses fonctions semble mieux éclairer et orienter dans la compréhension des facteurs démotivants chez le travailleur, notamment les agents de santé.



### **3.4 La théorie de Jacques Aubret & Patrick Gilbert**

Aubret et Gilbert soutiennent que le travail fait l'objet aujourd'hui d'une certaine désaffection dans beaucoup de PME/PMI. Selon ces auteurs, le système économique actuel offre peu de possibilités aux individus d'exprimer leurs désirs et sentiments profonds, et cela contribue partout à la remise en cause de la valeur du travail du salarié. Ils préconisent alors aux managers de penser à réconcilier l'homme avec son travail, en consacrant plus de temps à la compréhension du fond psychologique ou sous bassement motivationnel qui régit le comportement des employés et le leur. Il s'agira selon eux de s'investir dans une stratégie de communication motivationnelle pour capter et traiter toutes les informations relatives aux attitudes du personnel (Aubret et Gilbert, 1997). Un tel exercice implique une meilleure intégration des membres du personnel dans l'organisation au sein de laquelle ils évoluent afin d'augmenter leur rendement.

### **3.5 La théorie de Skinner**

Pour cet auteur, les conditions de travail jouent un rôle très important dans la motivation des agents. C'est ce qu'il essaie de mettre en exergue quand il soutient qu'on peut motiver les employés en concevant correctement leur environnement et en louant les réalisations souhaitables. Selon lui, c'est l'ensemble de notre environnement externe, et non les besoins, souhaits ou désirs intérieurs qui déterminent le comportement humain.

Skinner met aussi l'accent sur la prise de sanction négative pour décourager les réactions indésirables, mais il insiste beaucoup plus sur les sanctions positives qui vont de l'argent à l'intérêt du travail.

### **3.6 Les points de vue de Alihonou, Soude & Hounyè**

Avec la technique du groupe nominal, une étude réalisée au Bénin a permis de se rendre compte de la multiplicité des facteurs qui influencent la motivation et la performance des agents de santé. En moyenne, 31 facteurs de motivation ont été recensés par département par ces auteurs. Au total, 10 facteurs de motivation sont communs à tous les départements du pays. Il s'agit, par ordre décroissant d'importance, de : salaire, ressources matérielles, suivi de la carrière, formation continue, primes, supervision, amour du travail, ambiance de travail, infrastructures, logement, sanctions positives ou négatives.

Quant à la performance, en moyenne 29 facteurs ont été identifiés par département. Pour les agents de santé des départements de l'Atlantique et de l'Ouémé, sept facteurs ont été identifiés comme influençant leur performance au

travail. Ce sont : la motivation, les ressources matérielles, la formation continue, le salaire, les primes, l'état de santé et la supervision. Plusieurs facteurs de motivation ont été identifiés comme des facteurs de performance.

L'importance accordée au salaire comme facteur de motivation et de performance peut s'expliquer par le fait qu'au Bénin, le coût de la vie n'est pas en adéquation avec le salaire des fonctionnaires de l'Etat. Selon ce modèle, les ressources matérielles et financières, la collaboration intersectorielle, la participation communautaire, la rémunération, le climat organisationnel, l'approche organisationnelle et les conditions socio sanitaires des agents de santé influencent leur motivation et leur performance par l'intermédiaire des compétences et des tâches. La performance est mesurée par l'efficacité et l'efficience au travail (Alihonou, Soudé et Hounyè, février 1995).

### **3.7 Synthèse des théories et études de la motivation au travail**

Au regard du contenu des différentes théories développées et des études relatives à la motivation au travail, force est de reconnaître que la motivation est un processus déclenché par le souci de satisfaire un besoin ou un désir. De ce souci, naît une impulsion psychologique, permettant la sélection d'une action ou d'un comportement visant l'atteinte d'un objectif qui n'est que la satisfaction de ce besoin ou désir de départ.

Alors que Maslow insiste sur le fait que la satisfaction des besoins de croissance est subordonnée à la satisfaction des besoins de préservation, Herzberg confirme qu'il faut d'abord assurer la présence des facteurs d'hygiène, sinon les facteurs de motivation risquent de ne pas connaître de succès. L'analyse faite par Vermot-Gaus semble mieux éclairer et orienter dans la compréhension des facteurs démotivants chez le travailleur, notamment les agents de santé. Aubret et Gilbert permettent de comprendre qu'il est possible de motiver un travailleur autrement que par le salaire

Le modèle décrit par Alihonou, Soudé et Hounyè (1995) semble mettre mieux en exergue la réalité du secteur de la santé au Bénin. Il permet de mieux cerner la motivation et la performance au travail des agents de santé aussi bien en zones enclavées et déshéritées qu'en zones urbaines. Au plan opérationnel, ce modèle constitue une référence, les auteurs ayant décrit les différentes variables susceptibles d'influencer positivement la production de la motivation et de la performance du personnel de santé dans le contexte d'un pays sub-saharien en voie de développement.

#### **IV. / Analyse du contenu des outils**

L'analyse du contenu des outils de collecte des données se fera suivant la catégorisation des différentes variables évoquées ci-contre à travers les points suivants :

- les caractéristiques socio professionnelles des personnes enquêtées,
- la connaissance par rapport aux notions de zones enclavées, de zones déshéritées, d'affectation et de mutation du personnel de santé,
- les conditions de leur affectation,
- l'attitude de l'administration face au comportement des agents qui refusent de rejoindre leur poste d'affectation,
- les conséquences de cette affectation et
- la valorisation des ressources humaines pour la santé.

#### **4.1 Caractéristiques socio professionnelles des personnes enquêtées**

##### **4.1.1 Médecins généralistes et spécialistes**

Au nombre de 24, ils sont constitués de 62,5% d'hommes et 37,5% de femmes, dont huit médecins spécialistes en santé publique, trois médecins spécialistes cliniciens et 13 médecins généralistes. Ils sont sept agents permanents de l'Etat (APE), neuf contractuels de l'Etat, quatre contractuels de la formation sanitaire et quatre recrutés sur les mesures sociales.

Ils occupent divers postes de responsabilité comme médecins coordonnateurs de zone sanitaire, directeurs d'hôpitaux et chefs de service. Leur ancienneté au poste varie entre moins d'un an et plus de 10 ans, et leur ancienneté dans la profession entre moins de quatre ans et plus de 25 ans.

##### **4.1.2 Infirmiers et Sages-femmes diplômés d'Etat, IDE/SFE spécialistes, techniciens supérieurs de radiologie, techniciens de laboratoire d'analyses médicales et ingénieurs spécialistes d'analyses biomédicales**

Au nombre de 47, ils sont constitués comme les médecins de 62,5% d'hommes et 37,5% de femmes. Vingt huit sont des APE, neuf des contractuels de l'Etat, quatre des contractuels de la formation sanitaire et cinq recrutés sur les mesures sociales. On dénombre quatre IDE/SFE spécialistes, 17 IDE, une SFE et 25 autres agents qui sont les laborantins/radiologues (techniciens, techniciens supérieurs et ingénieurs spécialistes d'analyses biomédicales et de radiologie).

Ces agents n'occupent pour la plupart aucun poste de responsabilité, mais on y trouve quelques chefs de service et chefs de division. Leur ancienneté dans la profession varie entre quatre mois et plus de 14 ans. Au poste actuel, l'ancienneté varie de moins de deux ans à plus de 12 ans.

#### 4.1.3 Cadres de l'administration de santé

D'un effectif de 28 agents constitués de 23 hommes et de cinq femmes (proportion respective de 82,1% et 17,9%), ces cadres de l'administration de santé sont constitués de 22 APE, d'un agent contractuel de l'Etat, d'un agent contractuel des formations sanitaires et de quatre agents recrutés sur mesures sociales.

Occupant des postes de responsabilité allant de Directeurs au chef de section en passant par celui de chef de division, ils sont au nombre de neuf médecins, trois administrateurs des hôpitaux, deux administrateurs civils et 14 gestionnaires des ressources humaines. Leur ancienneté dans la profession varie de moins de deux ans à plus de 12 ans. Au poste, elle varie d'un an à plus de neuf ans.

#### 4.1.4 Gestionnaires des ressources humaines

Les Gestionnaires des ressources humaines au nombre de 12 agents, respectivement deux femmes et 10 hommes, sont pour la plupart des APE. Ils occupent des postes de directeur, de chef de section et de division.

Leur ancienneté dans la profession varie entre six ans et plus de 16 ans et leur ancienneté au poste, entre un an et au-delà de 9 ans.

#### 4.1.5 Délégués de personnel et syndicalistes

D'un effectif de 64 agents, les *délégués* de personnel et les syndicalistes sont constitués de 21 APE, de 11 agents contractuels de l'Etat et de sept agents contractuels des formations sanitaires.

Occupant des postes de responsabilité, ils sont 24 chefs de service, 14 chefs de section et de division ; 23 d'entre eux ne sont à aucun poste de responsabilité. Leur expérience professionnelle varie de moins de deux ans à 12 ans, tandis que leur ancienneté au poste varie de moins de deux ans à plus de 12 ans.

## **4.2 Connaissance des acteurs par rapport aux notions de zones enclavées, de zones déshéritées, d'affectation et de mutation du personnel de santé**

### 4.2.1 Par rapport à la notion de zones déshéritées

#### 4.2.1.1 Médecins généralistes et spécialistes

A ce niveau, les quatre tendances qui se dégagent s'énoncent comme suit :

- une zone déshéritée est une zone dans laquelle le matériel nécessaire pour la prise en charge des malades pose problème ;
- une zone déshéritée est une zone dans laquelle les populations sont dépourvues de moyens pour faire face à leurs problèmes de santé ;
- une zone déshéritée est une zone suffisamment éloignée où l'accès à l'approvisionnement est difficile ;
- une zone déshéritée est une zone qui manque d'infrastructures adéquates et de personnel qualifié ;

En résumé, la quatrième tendance la plus citée considère comme zone déshéritée, une zone qui manque d'infrastructures de base et de personnel qualifié.

#### 4.2.1.2 Infirmiers et Sages-femmes diplômés d'Etat, IDE/SFE spécialistes, techniciens supérieurs de radiologie, techniciens de laboratoire d'analyses médicales et ingénieurs spécialistes d'analyses biomédicales ;

Les trois tendances qui se dégagent sont exprimées en ces termes :

- c'est une zone abandonnée à elle-même, dépourvue de matériels médico techniques adéquats, de personnels qualifiés en nombre suffisant et d'infrastructures socio sanitaires de base ;
- c'est une zone dans laquelle on tourne les pouces et où on ne fait pas grand-chose ;
- c'est une zone éloignée d'un centre urbain où sont absents l'eau potable, l'électricité, les moyens de communication et les centres de loisirs.

En résumé, la première tendance la plus citée retient comme zone déshéritée, une zone abandonnée à elle-même, dépourvue d'infrastructures socio sanitaires de base, de personnel qualifié en nombre suffisant et de matériels médico techniques adéquats.

#### 4.2.1.3 Cadres de l'administration de la santé

Trois tendances se dégagent à savoir :

- c'est une zone habitée par des pauvres ;
- c'est une zone éloignée du chef-lieu du département ;
- c'est une zone qui se caractérise par une absence d'infrastructures sanitaires, d'écoles, d'électricité, d'eau et de sécurité.

En résumé, la troisième tendance, la plus citée, considère comme zone déshéritée une zone caractérisée par une absence d'infrastructures sanitaires, d'écoles, d'électricité, d'eau et de sécurité.

#### 4.2.1.4 Gestionnaires des ressources humaines

Deux tendances se dégagent à savoir :

- c'est une zone qui manque d'infrastructures sanitaires, de matériels médicaux et de personnels qualifiés ;
- c'est une zone à potentiels économiques faibles, à fort taux de pauvreté et où sont absentes les infrastructures socio sanitaires de base.

En résumé, la deuxième tendance, la plus citée reconnaît comme zone déshéritée, une zone à potentiels économiques faibles, à fort taux de pauvreté et où sont absentes les infrastructures socio sanitaires de base.

#### 4.2.1.5 Délégués du personnel et syndicalistes

A ce niveau, quatre tendances se dégagent selon lesquelles une zone déshéritée est :

- une zone dans laquelle les infrastructures socio sanitaires ne sont pas dans les normes et où les populations ont un maigre revenu ;
- une zone dans laquelle les populations et le personnel de santé n'ont pas accès aux nouvelles technologies de l'information ;
- une zone dépourvue d'infrastructures et d'équipements pouvant contribuer à son développement ;
- une zone éloignée de la capitale où le plateau technique est défaillant en ce qui concerne l'exercice du métier de santé

Au vu de tout ce qui précède, est considérée comme zone déshéritée une zone qui manque d'infrastructures socio communautaires adéquates et à l'intérieur de laquelle vivent des populations pauvres dont la santé est d'une précarité manifeste.

#### 4.2.2 Par rapport à la notion de zones enclavées

##### 4.2.2.1 Médecins généralistes et spécialistes

Une seule tendance se dégage et définit une zone enclavée comme une zone d'accessibilité géographique difficile en toutes saisons, coupée des autres localités à tous points de vue et laissée pour compte.

4.2.2.2 Infirmiers et Sages-femmes Diplômés d'Etat, IDE/SFE spécialistes, les techniciens supérieurs de radiologie, les techniciens de laboratoire d'analyses médicales et les ingénieurs spécialistes d'analyses biomédicales.

A ce niveau deux tendances se dégagent à savoir :

- c'est une zone d'accès difficile à la communication et à la circulation ;
- c'est une zone qui de par sa situation, isole l'agent de santé des centres urbains.

En résumé, la première tendance la plus citée considère la zone enclavée comme une zone d'accès difficile à la circulation et à la communication.

##### 4.2.2.3 Cadres de l'administration de la santé

Une seule tendance se dégage et retient comme zone enclavée, une zone d'accès difficile à la circulation et à la communication.

##### 4.2.2.4 Gestionnaires de ressources humaines

Une seule tendance se dégage et considère comme zone enclavée, une zone d'accès difficile à la circulation et à la communication et dans laquelle la pauvreté est notoire.

##### 4.2.2.5 Délégués du personnel et syndicalistes

Les quatre tendances qui se dégagent présentent une zone enclavée comme :

- une zone d'accès difficile en toutes saisons surtout en saison pluvieuse du fait de la nature du sol et de l'état dégradé des routes ;
- une zone cachée selon la situation géographique où tout manque ;
- une zone d'accès difficile à la circulation et la communication et dans laquelle il est difficile au personnel de santé d'agir promptement en cas d'urgence ;
- une zone est d'accès très difficile quand parfois il faut traverser un cours d'eau avant d'atteindre les populations.

D'une façon générale, est considérée comme zone enclavée une zone d'accessibilité géographique difficile en toutes saisons.

#### 4.2.3 Par rapport à l'affectation du personnel de santé

##### 4.2.3.1 Médecins généralistes et spécialistes

Les trois tendances qui se dégagent se présentent comme suit :

- c'est le premier poste occupé par l'agent pour servir, suite à son admission à un concours ;
- c'est le déplacement d'un agent déjà en fonction ou nouvellement recruté d'une localité pour une autre ;
- c'est la répartition des ressources humaines à des postes selon les besoins.

En résumé, la première tendance, la plus citée définit l'affectation comme le premier poste occupé par l'agent pour servir suite à son admission à un concours.

4.2.3.2 Infirmiers et Sages-femmes Diplômés d'Etat, IDE/SFE spécialistes, les techniciens supérieurs de radiologie, les techniciens de laboratoire d'analyses médicales et les ingénieurs spécialistes d'analyses biomédicales.

Une seule tendance se dégage et présente l'affectation comme le premier poste où l'agent est envoyé pour servir suite à son recrutement.

##### 4.2.3.3 Cadres de l'administration de la santé

Trois tendances se dégagent et se présentent comme suit :

- c'est le premier poste occupé par l'agent pour servir suite à son recrutement ;
- c'est le déplacement de l'agent d'un poste à un autre à travers tout le pays pour lui permettre d'être plus productif et plus épanoui ;
- c'est le déplacement de l'agent d'un poste à un autre selon les besoins soit pour une mission, soit pour suppléer à un autre agent. En résumé, la première tendance, la plus citée définit l'affectation comme le premier poste occupé par l'agent pour servir suite à son recrutement.



#### 4.2.3.4 Gestionnaires de ressources humaines

Deux tendances se dégagent à savoir :

- c'est le premier poste de service de l'agent suite à son recrutement ;
- c'est le déplacement de l'agent d'un poste à un autre à travers tout le pays pour lui permettre d'être plus productif et plus épanoui.

En résumé, la première tendance, la plus citée considère l'affectation comme le premier poste de l'agent suite à son recrutement.

#### 4.2.3.5 Délégués du personnel et syndicalistes

Trois tendances s'observent et se présentent de la façon suivante :

- l'affectation du personnel de santé est le premier poste occupé par un agent de santé dans l'exercice de ses fonctions ;
- l'affectation du personnel de santé est l'attribution pour la première fois d'un poste de travail ;
- l'affectation du personnel de santé est le déplacement d'un agent d'un poste de travail à un autre, parfois hors de l'ancienne zone ou de l'ancien département.

Au regard de ce qui précède, l'affectation du personnel de santé est compris comme s'opérant une fois dans la carrière d'un agent. C'est en fait le premier poste d'un agent suite à son recrutement dans la fonction publique en tant que APE, en tant que contractuel de l'Etat ou en tant que mesure sociale.

#### 4.2.4 Par rapport à la mutation du personnel de santé

##### 4.2.4.1 Médecins généralistes et spécialistes

Quatre tendances se dégagent et se présentent comme suit :

- c'est le changement de poste à un agent d'une localité à une autre ;
- c'est le changement de poste à un agent au plan interne ;
- c'est le déplacement du personnel de santé d'un service à un autre ;
- ce sont les différents changements de poste de l'agent de santé dans l'exercice de sa fonction à travers tout le pays.

En résumé, la quatrième tendance la plus citée considère la mutation comme les différents changements de poste de l'agent de santé dans l'exercice de sa fonction à travers tout le pays.

4.2.4.2 Infirmiers et Sages-femmes Diplômés d'Etat, IDE/SFE spécialistes, les techniciens supérieurs de radiologie, les techniciens de laboratoire d'analyses médicales et les ingénieurs spécialistes d'analyses biomédicales.

Trois tendances se dégagent et se présentent comme suit :

- c'est les différents déplacements de poste de l'agent à travers tout le pays ;
- c'est le déplacement de l'agent d'un poste à un autre à l'intérieur d'un même département ;
- c'est le déplacement de l'agent d'un poste à un autre dans la même structure.

La première tendance la plus citée, considère comme mutation les différents déplacements de poste de l'agent à travers tout le pays.

#### 4.2.4.3 Cadres de l'administration de la santé

Une seule tendance se dégage et présente la mutation comme les différents changements de poste de l'agent dans l'exercice de sa fonction à travers tout le pays.

#### 4.2.4.4 Gestionnaires des ressources humaines

Une seule tendance se dégage et considère la mutation comme les différents changements de poste de l'agent d'une région à une autre à travers tout le pays.

#### 4.2.4.5 Délégués du personnel et syndicalistes

Trois grandes tendances découlent de la notion de mutation du personnel de santé. C'est ainsi qu'elle est comprise comme étant :

- le déplacement d'un agent de santé d'un centre de santé à un autre à l'intérieur de la même zone sanitaire ;
- le changement de poste à un agent de santé selon le besoin du centre d'accueil ;
- le déplacement d'un agent de santé d'un poste à un autre dans l'exercice de ses fonctions à l'intérieur du pays.

Par rapport à ces différents points de vue, la mutation pourrait être comprise comme un changement de poste à un agent à l'intérieur du pays. Autrement, ce sont les différents déplacements d'un lieu à un autre dont fait l'objet un agent de santé dans l'exercice de ses fonctions.

#### 4.2.5 Par rapport à la situation actuelle du personnel de santé en poste dans les zones enclavées et/ou déshéritées

##### 4.2.5.1 Médecins généralistes et spécialistes

Quatre tendances se dégagent et se présentent comme suit :

- situation actuelle du personnel acceptable qui s'explique par la présence de logement décent et de matériel roulant mis à leur disposition ;
- situation actuelle du personnel précaire marquée par l'instabilité au poste des agents pour difficultés liées au suivi de leur carrière ;
- situation actuelle du personnel peu reluisante à cause des conditions de vie et de travail pénibles dans ces zones ;
- les agents en poste actuellement dans ces zones sont marginalisés et ont l'impression d'être à la fin de leur carrière (formation et recyclage tardif).

En résumé, la troisième tendance la plus citée considère la situation actuelle du personnel peu reluisante à cause des conditions de vie et de travail pénibles dans ces zones.

##### 4.2.5.2 Infirmiers et Sages-femmes Diplômés d'Etat, IDE/SFE spécialistes, les techniciens supérieurs de radiologie, les techniciens de laboratoire d'analyses médicales et les ingénieurs spécialistes d'analyses biomédicales.

Une seule tendance se dégage et considère que la situation actuelle du personnel de santé en poste dans ces zones n'est pas reluisante.

##### 4.2.5.3 Cadres de l'administration de la santé

Une seule tendance se dégage et considère la situation actuelle du personnel de santé en poste dans ces zones acceptable par rapport à celle que les agents de santé vivaient dans un passé récent, mais elle n'est pas pour autant trop reluisante.

##### 4.2.5.4 Gestionnaires des ressources humaines

Une seule tendance se dégage et considère la situation actuelle du personnel de santé en poste dans ces zones plus ou moins acceptable par rapport à celle qu'ils vivaient dans un passé récent. Mais elle n'est pas pour autant très reluisante.

#### 4.2.5.5 Délégués du personnel et syndicalistes

Une seule tendance se dégage et considère que la situation actuelle du personnel de santé dans les zones enclavées et/ou déshéritées est médiocre, dans la mesure où le personnel en poste dans ces zones ne bénéficie d'aucune attention de la part de l'administration du MS qui se soucie peu de ses conditions de vie et de travail et du plan de sa carrière.

#### 4.2.6 Par rapport à leur appréciation de l'exercice de la profession médicale et paramédicale dans les zones enclavées et/ou déshéritées

##### 4.2.6.1 Médecins généralistes et spécialistes

Les trois tendances qui se dégagent s'énoncent comme suit :

- c'est un exercice pénible du fait du faible pouvoir d'achat des populations et aussi de l'inadéquation des soins médicaux proposés avec la culture autochtone ;
- c'est un exercice difficile à cause du fait que les agents en poste dans ces zones sont sous informés, manquent du matériel requis pour offrir de bonnes prestations de service et sont parfois surchargés par le travail ;
- c'est un exercice difficile pour les médecins mais acceptable par rapport au passé pour les autres agents.

Au total, c'est la deuxième tendance qui est plus citée par les médecins. Elle stipule que l'exercice de la profession médicale et paramédicale dans ces zones est difficile à cause du fait que les agents en poste dans ces zones sont sous informés, manquent du matériel requis pour le travail et sont surchargés par le travail.

##### 4.2.6.2 Infirmiers et Sages-femmes diplômés d'Etat, IDE/SFE spécialistes, les techniciens supérieurs de radiologie, les techniciens de laboratoire d'analyses médicales et les ingénieurs spécialistes d'analyses biomédicales.

Six tendances se dégagent à savoir :

- c'est un exercice difficile à cause des problèmes de survie et de prise en charge efficace des clients auxquels sont confrontés les agents ;
- c'est un exercice difficile à cause de l'absence cruelle des infrastructures socio sanitaires de base ;
- c'est un exercice pénible à cause de l'inaccessibilité de ces zones en toutes saisons, de l'insuffisance de personnels qualifiés, d'infrastructures

*Rapport Final*

socio sanitaires de base et parfois d'équipements médico techniques adéquats ;

- c'est un exercice pénible à cause de l'inaccessibilité de ces zones en toutes saisons et des problèmes d'alimentation auxquels est confronté le personnel ;
- c'est un exercice difficile à cause de l'isolement de l'agent du monde, de son changement de milieu et d'habitudes ;
- c'est un exercice difficile à cause du faible pouvoir d'achat de la population qui n'arrive pas à accéder financièrement aux soins.

La troisième tendance, la plus citée, considère l'exercice des services de santé dans ces zones comme un exercice pénible à cause de l'inaccessibilité de ces zones en toutes saisons, de l'insuffisance de personnels qualifiés, d'infrastructures socio sanitaires de base et parfois d'équipements médico techniques adéquats ;

#### 4.2.6.3 Cadres de l'administration de la santé

Quatre tendances se dégagent :

- c'est un exercice difficile à cause de l'insuffisance de personnel qualifié et d'infrastructures socio sanitaires de base ;
- c'est un exercice difficile à cause des problèmes liés à l'accès à l'eau, l'électricité, le téléphone, l'insuffisance du personnel qualifié et du matériel du travail ;
- c'est un exercice formateur parce qu'il met l'agent à l'épreuve et l'adapte à toutes sortes de situations ;
- c'est un exercice très difficile à cause de l'absence de contrôle due à l'inaccessibilité de ces zones en toutes saisons.

La deuxième tendance la plus citée par les cadres de l'administration de la santé stipule que l'exercice des services de santé dans ces zones est difficile à cause des problèmes liés à l'accès à l'eau, l'électricité, le téléphone, l'insuffisance du personnel qualifié et du matériel de travail.

#### 4.2.6.4 Gestionnaires des ressources humaines

Une seule tendance se dégage et considère que l'exercice des services de santé dans les zones enclavées et/ou déshéritées est difficile à cause de l'inaccessibilité de ces zones en toutes saisons, des problèmes d'alimentation auxquels sont confrontés les personnels et surtout à cause de l'absence des infrastructures de base.

#### 4.2.6.5 Délégués du personnel et syndicalistes

Cinq tendances se dégagent à savoir :

- l'exercice dans les services de santé dans les zones enclavées et/ou déshéritées est très pénible à cause des problèmes de communication, de prise en charge difficile des malades qui sont financièrement démunis et ignorant la prise en charge de leur propre état de santé ;
- l'exercice dans les services de santé dans les zones enclavées et/ou déshéritées est difficile parce que l'agent est laissé à lui-même et se débrouille pour offrir les prestations aux patients ;
- l'exercice dans les services de santé dans les zones enclavées et/ou déshéritées est difficile parce que l'agent se trouve confronté à des problèmes d'ordre politique, linguistique, alimentaire. Il est appelé à tout faire, à jouer tous les rôles possibles alors qu'il est coupé du monde, qu'il manque d'informations et vit avec les communautés pauvres ;
- l'exercice dans les services de santé dans les zones enclavées et/ou déshéritées est difficile parce que l'agent est tout le temps acculé par les patients, le matériel nécessaire de travail fait défaut et le plateau technique est défaillant ;
- l'exercice dans les services de santé dans les zones enclavées et/ou déshéritées est difficile parce que le plateau technique est moins fourni, l'agent se trouve limité dans la prestation faute de moyens d'actions et se trouve confronté aux problèmes de sous information et de barrière linguistique.

La majorité des personnes interrogées retiennent que l'exercice de la profession médicale paramédicale dans les services de santé dans les zones enclavées et/ou déshéritées est difficile parce que le plateau technique est moins fourni, les agents en nombre insuffisant, et laissés à eux-mêmes pour se débrouiller afin d'offrir les prestations aux patients financièrement démunis.

#### 4.2.7 Propositions dans le sens de l'optimisation de leur performance

##### 4.2.7.1 Médecins généralistes et spécialistes

Six tendances se dégagent et se présentent comme suit :

- améliorer et assurer les primes d'éloignement, de risque, d'installation et de rendement aux personnels de santé et aux personnels administratifs et agir sur le sens du patriotisme des agents de santé en général et celui des

*Rapport Final*

médecins généralistes et spécialistes en particulier afin de les faire adhérer à l'idée d'aller servir partout où besoin sera dès que les propositions de mesures d'accompagnement citées plus haut sont remplies ;

- assurer la formation en nombre suffisant de médecins généralistes et spécialistes, valoriser la fonction de spécialistes cliniciens et assurer les primes de spécialisation aux médecins cliniciens même pendant la retraite ;
- relever la grille salariale pour tous les agents permanents de l'Etat et des autres agents non APE, leur créer des conditions de vie et de travail décentes et leur payer des heures supplémentaires subséquentes ;
- définir au préalable le cahier de charges des spécialistes, exiger d'eux des résultats, assurer le suivi continu de leur plan de carrière et la disponibilité du matériel médico-technique et favoriser leur accès aux Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC) dans leur domaine ;
- accorder les différentes primes (éloignement, installation, risque, rendement), favoriser le recyclage et la formation continue des agents opérant dans ces zones ;
- relever la grille salariale de tous les agents permanents de l'Etat et des autres agents non APE, accorder et améliorer les différentes primes (éloignement, installation, risque, déplacement, rendement), assurer le recyclage, la formation continue et le suivi de leur plan de carrière, définir et respecter la durée de leur séjour dans ces zones et leur accorder une formation spécialisée après cinq ans d'exercice dans ces zones.

C'est la sixième tendance qui est la plus citée. Elle soutient que pour une optimisation de la performance du personnel de santé en poste dans ces zones, les médecins généralistes et spécialistes proposent de :

- relever la grille salariale de tous les APE et des autres agents non APE,
- harmoniser et d'améliorer les différentes primes (éloignement, installation, risque, déplacement, rendement),
- assurer le recyclage, la formation continue et le suivi de leur plan de carrière, définir et
- respecter la durée de leur séjour dans ces zones et
- accorder une formation spécialisée automatique après cinq ans d'exercice dans ces zones.

4.2.7.2 Infirmiers et Sages-femmes Diplômés d'Etat, IDE/SFE spécialistes, les techniciens supérieurs de radiologie, les techniciens de laboratoire d'analyses médicales et les ingénieurs spécialistes d'analyses biomédicales.

Cinq tendances se dégagent à savoir :

- améliorer les primes de risque, de responsabilité, de déplacement et relever la grille salariale d'au moins de 50% du salaire brut ;
- accorder les mesures d'accompagnement aux agents permanents de l'Etat, leur assurer le suivi continu de leur plan de carrière et mettre à leur disposition un plateau technique adéquat et valoriser la fonction d'agent de santé en zones enclavées et/ou déshéritées ;
- assurer et améliorer ces mesures d'accompagnement pour tous les agents APE et agents mesures sociales et faciliter le versement des agents mesures sociales dans la fonction publique ;
- relever la grille salariale pour tous les agents de l'Etat et autres, assurer aux agents de santé un plan de carrière, une formation continue, des recyclages permanents, les primes de déplacement, d'installation, d'éloignement et de risque, améliorer la prime de spécialisation en tenant compte de la prime de la durée de la spécialisation, assurer un plateau technique adéquat et des infrastructures sociaux de base, définir et respecter la durée de leur séjour dans ces zones et leur accorder une formation spécialisée automatique après cinq ans d'exercice dans ces zones ;
- dialoguer avec les agents à affecter et leur décrire les réalités de la zone d'affectation et leur proposer des conditions attrayantes d'accompagnement puis définir leur durée de séjour dans ces zones.

En résumé, c'est la quatrième tendance qui est la plus citée. Elle soutient que pour une optimisation de la performance du personnel de santé en poste dans ces zones, les infirmiers *et* sages-femmes diplômés d'Etat, *les* IDE/SFE spécialistes, les techniciens supérieurs de radiologie, les techniciens de laboratoire d'analyses médicales et les ingénieurs spécialistes d'analyses biomédicales proposent de :

- relever la grille salariale pour tous les agents permanents de l'Etat et autres,
- assurer aux agents de santé un plan de carrière, une formation continue, des recyclages permanents, les primes de déplacement, d'installation, d'éloignement et de risque,
- améliorer la prime de spécialisation en tenant compte de la prime de la



durée de la spécialisation,

- assurer un plateau technique adéquat et des infrastructures sociales de base,
- définir et respecter la durée de leur séjour dans ces zones et
- accorder une formation spécialisée automatique après cinq ans d'exercice dans ces zones.

#### 4.2.7.3 Cadres de l'administration de la santé

Trois tendances se dégagent :

- accorder des mesures d'accompagnement subséquentes et attrayantes aux APE et régulariser la situation des agents mesures sociales ; instituer des primes incitatives comme celles accordées dans l'enseignement, définir la durée de séjour et la respecter, leur assurer un plan de carrière, une formation continue et des recyclages permanents ;
- créer des conditions acceptables de vie et de travail aux agents en poste dans ces zones, veiller à la gestion du suivi de leur carrière et revaloriser les indemnités d'heures supplémentaires et la grille salariale pour tous les agents médicaux et paramédicaux et leur accorder une formation spécialisée automatique après cinq ans d'exercice dans ces zones ;
- rehausser la grille salariale, leur assurer des conditions acceptables de vie et de travail, une formation continue, des recyclages permanents et faciliter leur accès aux NTIC dans leur domaine d'activités.

En résumé, c'est la deuxième tendance qui est la plus citée. Elle considère que pour une optimisation de la performance du personnel de santé en poste dans ces zones, les cadres de l'administration de la santé proposent de :

- créer des conditions acceptables de vie et de travail aux agents en poste dans ces zones,
- veiller à la gestion du suivi de leur carrière et revaloriser les indemnités d'heures paramédicales supplémentaires et la grille salariale pour tous les agents médicaux,
- accorder une formation spécialisée automatique après cinq ans d'exercice dans ces zones.

#### 4.2.7.4 Gestionnaires des ressources humaines

Quatre tendances se dégagent :

- accorder des mesures d'accompagnement subséquentes aux APE et aux contractuels de l'Etat, reverser dans la fonction publique les agents

*Rapport Final*

mesures sociales, assurer le logement et les primes d'éloignement, d'installation, de déplacement et de risque pour tous les agents ;

- définir la durée de séjour des agents de santé dans ces zones, assurer la disponibilité du matériel médico-technique et doter ces zones d'infrastructures socio communautaires de base ;
- revoir la grille salariale, leur assurer des conditions acceptables de vie et de travail, une formation continue, des recyclages permanents et faciliter leur accès aux NTIC dans leur domaine d'activités ;
- accorder les mesures d'accompagnement aux APE, assurer le suivi continu de leur plan de carrière et mettre à leur disposition un plateau technique adéquat, valoriser la fonction d'agent de santé en zones enclavées et/ou déshéritées et de leur accorder une formation spécialisée automatique après cinq ans d'exercice dans ces zones.

La quatrième tendance est la plus citée. Elle considère que pour une optimisation de la performance du personnel de santé en poste dans ces zones, les gestionnaires des ressources humaines de l'administration de la santé proposent de :

- accorder les mesures d'accompagnement aux agents permanents de l'Etat,
- leur assurer le suivi continu de leur plan de carrière,
- mettre à leur disposition un plateau technique adéquat et
- valoriser la fonction d'agent de santé en zones enclavées et/ou déshéritées
- accorder une formation spécialisée automatique après cinq ans d'exercice dans ces zones.

#### 4.2.7.5 Délégués du personnel et syndicalistes

Quatre tendances se dégagent. Ce sont :

- améliorer les primes de risque et de responsabilité, assurer les primes de déménagement, d'installation et d'éloignement, revoir la grille salariale et faciliter l'accès à la communication ;
- accorder les mesures d'accompagnement substantielles aux agents opérant dans ces zones en tenant compte de leur éloignement et de leur caractère déshérité ;
- assurer de façon systématique la prime d'éloignement aux agents une fois affectés dans ces zones, puis définir et respecter leur plan de carrière ;
- accorder des primes de déplacement en fonction de la distance de l'ancien poste au nouveau, des primes de zones enclavées, doter ces zones de

personnel et de matériel en nombre suffisant et mettre en place un mécanisme de suivi de l'autorité de tutelle par trimestre pour apprécier les prestations des agents et surtout le suivi de leur carrière ;

En définitive, les propositions dans le sens de l'optimisation des performances des agents de santé sont de plusieurs ordres et sont relatives :

- au paiement des primes de risque et de responsabilité, des primes de déménagement, d'installation et d'éloignement,
- à la revalorisation de la grille salariale,
- à la facilitation de l'accès à la communication,
- à la dotation des zones déshéritées et/ou enclavées en personnel et en matériel en nombre suffisant,
- à la mise en place d'un mécanisme de suivi de leurs prestations et de leur carrière.

### **4.3 Classification des zones sanitaires et avantages subséquents**

#### 4.3.1 Définition des critères de classification des zones sanitaires

Au regard de la connaissance des acteurs par rapport aux notions de zones enclavées, de zones déshéritées, d'affectation et de mutation du personnel de santé, et surtout de la nature de chacune de ces zones, il importe de procéder à leur classification en tenant compte d'un certain nombre de critères auxquels est appliqué un score.

Le tableau suivant résume les spécificités de ces zones, s'appuyant sur les différents critères et scores d'identification les caractérisant.

Tableau 2 : Classification des zones sanitaires

Nature des zones sanitaires	Critères d'identification	Score
Eloignées	Distance d'au moins 100 km séparant le chef-lieu de la commune de Cotonou la capitale économique et où se trouve le Ministère de la Santé	2
Enclavées	Difficultés d'accessibilité géographique : <ul style="list-style-type: none"><li>- non bitumage de la/des voie (s) d'accès</li><li>- dégradation de cette/ ces voie (s)</li><li>- caractère lacustre de la zone</li></ul>	3
Déshéritées	Précarité des conditions de vie des populations : <ul style="list-style-type: none"><li>- pauvreté</li><li>- manque d'infrastructures socio communautaires de base (eau potable, marchés, électricité, écoles secondaires et autres centres de formation professionnelle)</li><li>- manque de moyens de communication (téléphonie conventionnelle)</li><li>- manque de moyens de transport</li></ul>	5
Total		10

#### 4.3.2 Typologie des zones sanitaires cibles

A en croire le tableau 2 ci-dessus, il est permis de constater que les zones sanitaires couvertes par l'étude peuvent être classées en trois zones selon la triptyque éloignement-enclavement-déshéritement. Tout ceci se trouve résumé dans le tableau 3 suivant :

Tableau 3 : Typologie des zones sanitaires

Zones Sanitaires	Eloignées	Enclavées	Déshéritées
Abomey-Calavi/Sô-Ava		x	x
Adjohoun/Bonou/Dangbo		x	x
Aplahoué/Djakotomey/Dogbo	x	x	x
Bassila	x	x	x
Covè/Ouinhi/Zagnanado	x	x	x
Kandi/Gogounou/Ségbana	x	x	x
Klouékanmè/Lalo/Toviklin	x	x	x
Nikki/Pèrèrè/Kalalé	x	x	x
Ouidah/Kpomassè/Torri-Bossito		x	x
Savalou/Bantè.	x	x	x

Par rapport à la nature des zones sanitaires et à leurs critères d'identification, on devrait s'attendre à en distinguer trois catégories à savoir :

- la zone 1 ou zone rouge, constituée de localités qui sont à la fois éloignées, enclavées et déshéritées, et ont pour score 10 ;
- la zone 2 ou zone orange qui est constituée de localités qui ont un score supérieur ou égal à 5 et inférieur à 10, c'est-à-dire les localités qui sont à la fois éloignées et déshéritées ou enclavées et déshéritées ou seulement déshéritées ;
- la zone 3 ou zone jaune, constituée de localités qui ont un score strictement inférieur à 5, c'est-à-dire les localités qui sont, soit seulement éloignées ou seulement enclavées.

L'identification de chacune de ces zones est contenue dans le tableau 4 suivant :

Tableau 4 : Identification des zones sanitaires

Zones Sanitaires	Zone rouge	Zone orange	Zone jaune
Abomey-Calavi/Sô-Ava		x	
Adjohoun/Bonou/Dangbo		x	
Aplahoué/Djakotomey/Dogbo	x		
Bassila	x		
Covè/Ouinhi/Zagnanado	x		
Kandi/Gogounou/Ségbana	x		
Klouékanmè/Lalo/Toviklin	x		
Nikki/Pèrèrè/Kalalé	x		
Ouidah/Kpomassè/Torri-Bossito		x	
Savalou/Bantè.	x		

Ce tableau montre l'existence de deux catégories de zones à savoir la zone rouge et la zone orange. Sur les 10 zones sanitaires, seulement trois appartiennent à la zone orange, pendant que sept appartiennent à la zone rouge. L'absence de la zone jaune est due au fait que l'analyse s'est intéressée uniquement aux chefs-lieux des communes (éloignées ou non, enclavées ou non, ou déshéritées ou non). Ce sont généralement des centres urbains possédant ou non des infrastructures socio communautaires et un poids économique et commercial dignes d'intérêt au profit des populations.

Or, en considérant les chefs-lieux d'arrondissement et les villages (dont la plupart sont, à n'en point douter déshérités et/ou enclavés, éloignés ou non du chef-lieu des communes), l'analyse aurait justement montré l'existence de la zone jaune qui caractérise certaines localités dans les zones sanitaires du Bénin.

#### 4.3.3 Avantages liés à l'exercice des services de santé en zones enclavées et/ou déshéritées.

Trois types d'avantages ont été identifiés à savoir les avantages pécuniaires mensuels, les avantages pécuniaires fixes ou ponctuels et les avantages non pécuniaires.

##### 4.3.3.1 Avantages pécuniaires mensuels

Les avantages pécuniaires mensuels sont constitués de diverses primes qui devraient revenir au personnel de santé exerçant dans ces zones défavorisées du Bénin. Ce sont : les primes d'éloignement et/ou d'enclavement et/ou de déshéritement, les primes de spécialisation, les primes de rendement, les primes de risque, les primes de logement et les primes de gardes réellement couchées.

##### 4.3.3.2 Avantages pécuniaires fixes

Les avantages pécuniaires fixes ou ponctuels sont limités aux primes d'installation et aux primes de déménagement. Ils sont définis suivant la catégorie des agents et selon la nature de la zone d'exercice de leur fonction.

Les propositions concrètes des données quantifiées et chiffrées des montants de ces divers avantages se trouvent développées dans le chapitre 6 intitulé Estimation financière du mécanisme d'incitation à l'exercice des services de santé en zones enclavées et/ou déshéritées.

##### 4.3.3.3 Avantages non pécuniaires.

Exempts de rémunération sous forme de primes, les avantages non pécuniaires confèrent aux bénéficiaires une marque de reconnaissance des pouvoirs publics pour services rendus à la nation. Ils sont faits de réceptions dans les divers ordres de la grande chancellerie nationale, des lettres de félicitation et d'octroi de bourses lesquels représentent des sanctions positives à l'adresse des travailleurs méritants.

#### **4.4 Présentation de l'exercice de la profession en zones déshéritées et/ou enclavées**

##### 4.4.1 Conditions d'affectation des personnels de santé

Au regard des informations recueillies auprès des répondants, il ressort généralement que les conditions de l'affectation des personnels de santé ne sont pas des meilleures. Même s'il est vrai que les textes de loi existent en la matière,

ils ne sont pas toujours appliqués de façon judicieuse aux personnels de santé.

La plupart du temps, les affectations apparaissent aux yeux des agents concernés comme des affectations disciplinaires. Selon les médecins spécialistes, elles sont arbitraires. Tout porte à croire qu'elles ne tiennent pas compte des nécessités ou besoins réels des centres de santé en personnels qualifiés dans les zones enclavées et/ou déshéritées. La nouvelle de leur affectation constitue une surprise, pour autant qu'ils n'y sont généralement pas préparés à l'avance. De plus, les mesures d'accompagnement ne suivent pas leur future installation. Ceci expliquerait le retard qu'ils observent avant de regagner leurs nouveaux postes.

#### 4.4.2 Problèmes posés par les affectations des agents de santé en zones déshéritées et/ou enclavées

Les problèmes posés par les affectations des agents de santé en zones déshéritées et/ou enclavées sont multiples et multiformes ; et sont diversement vécus par les diverses catégories de personnel de santé.

Selon le personnel de santé, les problèmes posés par les affectations des agents de santé en zones déshéritées et/ou enclavées se résument aux problèmes suivants :

- problèmes de scolarisation et d'éducation de leurs enfants,
- problèmes de suivi du plan de carrière des agents en poste dans ces zones ;
- parfois le problème de séparation provisoire de conjoints.

Tout ceci entraîne parfois le refus ou le retard qu'accusent certains agents de santé, surtout le personnel médical, de rejoindre leur poste d'affectation. Certains médecins ont posé le problème de leur instabilité notoire à un poste précis pendant un temps suffisant permettant de laisser un impact visible de leur passage à ce poste.

#### 4.4.3 Propositions pour gérer au mieux ces problèmes

Pour gérer au mieux ces problèmes, le personnel de santé, toutes catégories confondues, a plaidé pour le désenclavement de ces zones et leur dotation en infrastructures socio communautaires de base. Il préconise aussi la contractualisation des formations sanitaires (en termes de performance et de recettes) pour une obligation de résultats.

Les préoccupations relatives à la création d'un cadre de concertation nationale des personnels de santé, de même que l'institutionnalisation d'un système de



compensation convenable afin de favoriser la stabilité au poste et faciliter l'accès aux NTIC dans ces zones n'ont pas été occultées. Le souci du respect scrupuleux des procédures de mutation par les autorités compétentes du Ministère de la Santé et qui prenne en compte la situation matrimoniale ou patrimoniale de l'agent a été évoqué par le personnel de santé.

#### 4.4.4 Catégorie d'agents qui refusent de regagner leur poste

Sans pour autant jeter l'anathème sur une catégorie d'agents donnée, nos investigations nous ont permis de constater que la plupart des refus s'opèrent dans le rang des médecins spécialistes et du personnel féminin. Ces agents seraient pour la plupart protégés par les hauts fonctionnaires de la DRH et/ou de l'administration du MS. En périodes d'affectations, des rumeurs d'agents de santé expressément recommandés par d'autres administrations à l'administration centrale du MS pour être affectés à tel poste, ou ne pas être affectés de tel poste, ne sont pas rares.

#### 4.4.5 Attitude de l'administration face au refus des agents de rejoindre leur poste d'affectation

Même si la plupart des répondants s'accordent à reconnaître que les textes de loi existent en la matière, force est de constater que leur application souffre de beaucoup d'insuffisances. C'est la politique de deux poids deux mesures qui semblent être de mise dans ce domaine.

En effet, les agents de santé ayant des parrains haut placés et considérés comme des « intouchables » usent de tous les subterfuges pour se maintenir toujours dans les grandes agglomérations, faisant croire aux autres qu'ils ont prêté serment pour servir exclusivement en milieu urbain. En nous fondant sur les déclarations des agents sur le terrain, il ressort que la plupart du temps, l'administration reste muette en cas de refus de certains agents de rejoindre leurs nouveaux postes.

Au vu de ce qui précède, il apparaît que ces affectations sont pour la plupart émaillées de népotisme et d'affairisme et se font à la tête du client.

#### 4.4.6 Conséquences des affectations

Les conditions dans lesquelles sont effectuées les affectations des agents de santé dans les zones déshéritées et/ou enclavées sont préjudiciables à leur vie familiale. Elles affectent également l'instruction de leur progéniture et pénalisent parfois leur vie de couple. Les agents objet de ces affectations se disent également confrontés aux difficultés d'ordre professionnel.

*Rapport Final*

En effet, le suivi de leur propre carrière en pâtit, car isolés des centres urbains administratifs où s'effectue la gestion de leur carrière. A titre d'illustration, ils se sentent laissés pour compte dans le traitement de leurs dossiers, ce qui explique en partie leur absence au poste. De plus, cet éloignement ne leur fait pas bénéficier des formations et autres recyclages dont jouissent leurs collègues exerçant dans les zones urbaines ou proches de celles-ci.

Tout ceci crée des sentiments de frustration dans le rang des agents de santé qui de ce fait, affichent des comportements de démotivation au nombre desquels on peut citer :

- l'absentéisme,
- le rançonnement des usagers,
- l'utilisation des matériels de soins à des fins personnelles,
- les retards répétés au service,
- le mauvais accueil des usagers,
- le détournement des malades vers les cabinets privés et parfois
- des conflits entre collègues ou entre chefs hiérarchiques et collaborateurs.

Ce comportement se trouve généralement exacerbé par :

- l'absence de structures d'accueil des enfants du personnel de santé pour leur scolarisation,
- les conditions précaires de logement,
- l'inadéquation du cadre de travail,
- le manque d'équipement en matériel médico sanitaire, en médicaments et en consommables médicaux.

#### 4.4.7 Valorisation des ressources humaines en santé

Il urge donc d'accompagner les agents de santé en poste dans les zones déshéritées et/ou enclavées dès leur prise de fonction, en leur créant de bonnes conditions de vie et de travail et en les mettant au même niveau d'information que leurs collègues restés en ville.

A cet effet, l'administration centrale pourrait s'employer à répertorier leurs priorités en matière de mesures incitatives de motivation au travail et y apporter des réponses, compte tenu de leur pertinence. Elle pourrait aussi les suivre dans leurs tâches une fois leurs besoins satisfaits. Au nombre de ces priorités, l'administration pourrait leur octroyer :

- des primes d'éloignement et/ou d'enclavement et/ou de zone déshéritée ;
- des primes de spécialisation,
- des primes de rendement,
- des primes de risques inhérents à l'emploi,
- des primes de logement,
- des primes de gardes réellement couchées
- des primes de déménagement,

- des primes d'installation et
- des avantages non pécuniaires.

Aussi devraient-ils bénéficier d'un plateau technique acceptable, des matériels roulants, des moyens matériels suffisants. Le désenclavement des zones rurales, leur dotation en groupes électrogènes et en infrastructures socio communautaires de base, la revalorisation des salaires des personnels de santé à l'instar de ceux des magistrats et des enseignants, la dotation des centres de santé des zones déshéritées en personnels qualifiés suffisants devraient constituer la préoccupation des autorités centrales du Ministère de la Santé.

La dépolitisation de la gestion sanitaire est appelée de tous les vœux des répondants, surtout les médecins spécialistes et les responsables syndicaux qui dénoncent la corruption et la prévarication ambiantes. A les en croire, en principe, la direction des formations sanitaires devrait être du ressort des médecins, les administrateurs pourraient être sous ordre et non le contraire.

Aussi, le système de ristournes sur les actes devrait-il être instauré comme par le passé avec tous les avantages compensatoires, toutes choses qui participent de la motivation des personnels de santé et partant de leur performance. L'Etat devra s'employer à :

- assurer le recrutement de masse des agents de santé, toutes catégories confondues dans la fonction publique ;
- offrir des bourses de formation au profit des médecins généralistes désireux de se spécialiser ;
- assurer la conversion du personnel de santé non APE déjà opérationnels sur le terrain en Agents Permanents de l'Etat ;
- favoriser l'accès à la spécialisation clinique aux médecins de santé publique.

Par ailleurs, toute politique en matière de santé au niveau central devrait se baser sur les réalités socio sanitaires à la base, en impliquant les personnels de santé exerçant sur le terrain pour lesquels, il existe pourtant des procédures en la matière.

#### **4.5 Procédures de mutation du personnel de santé en vigueur au Bénin**

Bon nombre d'acteurs du développement sanitaire n'ont pas une connaissance précise des procédures de mutation du personnel de santé en exercice sur le territoire national. Or, il existe des procédures de mutation du personnel de santé en République du Bénin qui obéissent à un certain nombre de préalables qu'il convient d'élucider.

#### 4.5.1 Préparation des mutations

La finalisation du Plan d'Action de Redéploiement (PAR) nécessite un certain nombre de tâches parmi lesquelles figure la préparation des mutations. Avant les mutations proprement dites, les autorités compétentes organisent les travaux préparatoires de mutations qui étudient le texte qui régleme ces dernières. Après quoi toutes les tâches techniques afférentes aux travaux de mutation sont minutieusement exécutées.

##### 4.5.1.1 Etude du texte réglementaire

Les mutations sont régies par l'Arrêté n°2204/89/MSP/DGM/DAFA du 3 juillet 1989, portant réglementation des mutations des personnels du Ministère de la Santé Publique. Mais d'autres arrêtés ont été signés parce que le premier cité ne répondait plus aux orientations des autorités et ceci en raison des changements opérés en République du Bénin, notamment dans les domaines politique et administratif. Ce sont l'Arrêté n° 6100/02/MSP/DC/SGM/DRH/SADRH du 22 août 2002 portant réglementation des mutations des personnels du Ministère de la Santé Publique et l'Arrêté n° 0088/05/MSP/DC/SGM/DRFM/DRH/SADRH du 03 août 2005 portant appui financier au fonctionnement de la Commission Nationale de Mutations des personnels du Ministère de la Santé Publique.

##### 4.5.1.2 Accomplissement des tâches techniques

Les tâches techniques accomplies sont de quatre ordres et se résument en ces termes :

- l'établissement des listes des agents ayant formulé des demandes de mutations : ces listes se font par département et par type de mutations. Les différents motifs de mutation que peut évoquer un agent sont : la mutation pour rapprochement de conjoints, la mutation pour raisons sociales, la mutation pour raisons de santé, la mutation pour ancienneté au poste, la mutation pour raison de moins de cinq ans de la retraite ;
- l'établissement du point de tous les agents ayant au moins cinq années d'ancienneté au poste ;
- l'établissement du point des besoins en personnel exprimés par les Directeurs Centraux et les DDS ;
- la convocation des membres de la Commission Nationale des Mutations (CNM) des personnels du MS par messages.

Tels sont les travaux préparatoires et les tâches techniques préalables aux travaux de mutations. Mais de quelles manières se déroulent en fait ces mutations ?

#### 4.5.2 Mécanisme de redistribution

La redistribution se fait au cours des travaux de la CNM dont la composition est prévue par l'Arrêté n°6100/ MSP/DC/SGM/DRH/SADRH sus-cité. Les modalités de cette mutation sont régies par les dispositions dudit Arrêté et d'une manière générale par celles de la Loi n°86-013 du 26 février 1986 portant statut général des Agents Permanents de l'Etat et des différents textes d'application.

La composition du bureau de la CNM se présente comme suit :

- Président : le Ministre de la Santé ou son Représentant,
- Vice Président : le Secrétaire Général du MS,
- 1<sup>er</sup> Rapporteur : le Directeur des Ressources Humaines (DRH),
- 2<sup>ème</sup> Rapporteur : le Directeur de l'Inspection et de la Vérification Interne (DIVI) ou son Représentant.

Les membres de la CNM sont les suivants :

- le Conseiller Technique Juridique du Ministère de la Santé,
- les Directeurs Centraux,
- le Directeur du CNHU Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) de Cotonou,
- le Chef du Service Administratif du CNHU-HKM,
- les Directeurs Départementaux de la Santé,
- les Chefs des Services des Ressources Humaines des DDS,
- deux Représentants par Syndicat des Agents du Ministère de la Santé,
- les Chefs des Services de la Direction des Ressources Humaines,
- un Inspecteur de la Direction de l'Inspection et de la Vérification Interne (DIVI),
- un cadre de la Direction des Ressources Humaines.

Le Secrétariat des séances est assuré par une équipe de six membres placée sous la responsabilité du Directeur des Ressources Humaines et composée comme suit :

- le Chef du Service Administratif des Ressources Humaines,
- un cadre de la Direction des Ressources Humaines,
- l'Inspecteur de la Direction de l'Inspection et de la Vérification Interne, membre de la Commission,
- trois représentants syndicaux désignés par leurs pairs au début des travaux et membres de la Commission.

La CNM est chargée d'étudier les demandes remplissant les conditions de recevabilité définies à l'article 12 de cet Arrêté, formulées par les agents désireux d'obtenir une mutation. Au sein de cette commission, la nécessité de réaliser cette phase du redéploiement dans un pareil comité ad hoc se justifie par

*Rapport Final*

le fait que le concours de toutes les personnes impliquées dans la gestion du personnel sur le terrain est indispensable, dans un souci d'efficacité et de transparence. Ainsi, la décision de mutation serait plus réaliste, car issue de personnes averties des réalités de gestion des ressources humaines au niveau opérationnel.

Pour chaque niveau de soins (CSA, CSCoM, HZ et CHD), les étapes successives de la mutation pourraient être schématisées comme suit :

1. Le président de la commission demande au secrétariat le personnel requis pour travailler dans un centre donné, compte tenu des résultats du redéploiement numérique ; exemple : 1 IS, 1 SFE, 2 AS ;
2. Le président de la commission demande au secrétariat la situation présente du personnel dans ce centre ; exemple : 1 IS et 2 AS.  
Il s'ensuit une décision de retrait ou d'allocation de personnel, en faisant une soustraction. Dans le cas d'espèce, le centre a besoin d'une SFE en plus des agents qui exercent au poste.
3. Pour pourvoir ce poste donné de SFE, le président de la commission consulte la liste des demandes de mutations. Dans l'hypothèse où une demande de mutation retenue ferait mention du poste de SFE dans cette localité, l'intéressée y est envoyée prioritairement.
4. Si aucune demande de mutation n'est afférente à ce poste, le président a deux possibilités :
  - i. il décide de pourvoir ce poste en y envoyant un agent catalogué sur la liste de ceux qui remplissent les conditions de départ de leur poste pour motif d'ancienneté ;
  - ii. compte tenu de l'environnement du centre, et de la nature du poste vacant, la commission peut décider que ce centre ne soit pourvu que lors des recrutements du personnel.
5. Avant de finaliser l'opération de mutation au niveau d'un centre, le Président vérifie l'ancienneté des agents que la décision de mutation n'a pas touché. Dans l'hypothèse où ce critère prédisposerait un agent au départ, la commission statue sur son cas à la demande du Président.
6. Dans le même ordre d'idée, avant de passer à une autre localité, le Président vérifie si des agents du centre ont formulé des demandes de mutations. La commission statuera sur les demandes de mutation, le cas échéant.

Ainsi apparaissent les différentes étapes du mécanisme de redistribution du personnel. Le rôle des Directeurs Départementaux de la Santé au cours des mutations est primordial. Ils sont les principaux collaborateurs du Chef de cabinet au même titre que le Secrétariat de cadres du Comité ad hoc.

Au terme des mutations nationales, des titres d'affectation sont établis puis signés par le Ministre de la Santé. Ces titres constituent la matérialisation du redéploiement. L'indemnisation des agents se fera au poste. La prise de service au nouveau poste sera requise pendant la période des vacances scolaires.

#### **4.6 Mesures d'accompagnement**

La redistribution du personnel de santé doit être assortie de mesures visant à amoindrir les risques et garantir son succès : ces mesures sont de trois sortes :

- l'incitation financière ponctuelle ;
- le recrutement du personnel complémentaire ;
- la contribution à la construction de logements pour le personnel de santé des régions périphériques.

##### 4.6.1 Incitation financière ponctuelle

Pour diminuer les facteurs de risque du redéploiement et amoindrir les retombées socio-économiques pour les agents déployés, certaines mesures ont été prévues. Toutes ces mesures n'ont en fait été appliquées qu'une seule fois au cours du grand redéploiement de 1990.

###### 4.6.1.1 Frais de transport

Les frais de transport sont destinés à couvrir les charges de voyage de l'agent et de sa famille. Ils s'élèvent forfaitairement à une moyenne de 100.000 FCFA par agent, compte tenu des prix pratiqués au Bénin.

###### 4.6.1.2 Frais d'installation

Les frais d'installation sont destinés à couvrir les premières dépenses que fait l'agent dans sa nouvelle localité. Ces frais couvrent sept jours à raison d'un forfait de 20.000 FCFA par jour, soit 140.000 francs CFA.

###### 4.6.1.3 Frais d'accommodation

Les réalités socio-économiques diffèrent d'une région à une autre et constituent pour l'agent redéployé un réel obstacle. Il a besoin d'être financièrement apte à affronter les nouvelles exigences de ressources financières dans un nouvel

équilibre financier. Les frais d'accommodation constituent pour lui un appui et un recours pour cette intégration dans son nouvel environnement. Selon le corps de personnel et l'accessibilité des différentes zones, on distingue diverses sortes de frais. Ils sont contenus dans le tableau suivant.

Tableau 5 : Frais d'installation du personnel de santé (en francs CFA)

Corps d'agents redéployés	1ère zone	2ème zone	3ème zone
Médecins	150.000	100.000	75.000
IDE/SFE	100.000	75.000	50.000
IS	50.000	40.000	30.000
AS	30.000	20.000	10.000

1ère zone : zone rurale enclavée, non desservie par des routes et dans laquelle le niveau de développement est assez bas ;

2ème zone : zone rurale semi enclavée, peu desservie par des routes et de niveau de développement moyen ;

3ème zone : zone rurale non enclavée, assez desservie par des routes avec niveau d'activités économiques assez acceptable.

#### 4.6.2 Recrutement du personnel complémentaire

Deux objectifs peuvent entraver la réussite de la redistribution des agents de santé : le gel du recrutement et la déperdition du personnel.

##### 4.6.2.1 Gel du recrutement

Compte tenu des difficultés économiques et financières que connaît le Bénin et, conformément aux directives n° 153/C/PCC du 12 février 1987 et n° 240-C/PCC du 12 mars 1987, l'Etat a mis fin au recrutement de nouveaux agents dans la Fonction Publique.

Donc depuis 1986, la Fonction Publique béninoise n'engage plus de nouveaux agents de façon systématique, comme ce fut le cas vers la fin des années 70 et au début des années 80, au moment de la mise en œuvre de la politique du plein emploi, prônée par l'idéologie marxiste-léniniste. Il n'y a donc plus d'« in put » systématique annuel dans le système de gestion du personnel.



#### 4.6.2.2 Déperdition du personnel

Il est enregistré de plus en plus des cas de mise en disponibilité, de détachement d'agents, d'abandon de poste, de décès d'agents, etc. Mais la plus importante déperdition du personnel de santé est enregistrée dans les cas d'agents admis à faire valoir leur droit à la retraite. Ainsi entre 1989 et 1992, 450 agents étaient partis à la retraite, ce qui fait une perte moyenne de 112 agents retraités par an.

A ces deux obstacles, il faut ajouter le besoin de plus en plus croissant de la demande de personnel des centres de santé, besoin qui s'accroît certainement avec la pression démographique et l'ouverture par les autorités locales des centres de santé à type de dispensaire et/ou de maternités isolés, avec l'appui de divers donateurs intéressés par l'appui à la politique de décentralisation en cours au Bénin. La généralisation de la politique de recouvrement des coûts basé sur les médicaments essentiels y ait aussi peut être pour quelque chose.

Compte tenu de tous ces facteurs, il a été prévu lors de la redistribution du personnel, de recruter le personnel complémentaire nécessaire à la mise en œuvre correcte de la Nouvelle Stratégie Sanitaire Nationale. Le recrutement du personnel complémentaire doit être perçu comme une mesure devant permettre au système sanitaire béninois d'atteindre ses nobles objectifs qu'il s'est assigné.

Dès lors que la répartition des élèves et étudiants sortis des écoles professionnalisées, des facultés et instituts de l'université ne se fait plus de façon automatique, l'insuffisance du personnel dans la fonction publique est devenue notoire, et plus particulièrement dans le secteur de la santé. Ce secteur qui s'occupe des services à caractère social ne devrait pas être soumis aux mêmes conditions que les autres secteurs de l'Etat. C'est pourquoi les responsables du Ministère chargé de la santé ont entrepris avec les partenaires au développement du pays des négociations ayant abouti à une dérogation spéciale du principe, ouvrant ainsi la possibilité au recrutement du personnel de la santé. Les raisons qui justifient ces démarches sont nombreuses et sont surtout relatives à la forte déperdition constatée dans le secteur santé.

Au regard de tout ce qui précède, il est quasi impérieux pour le Ministère de la Santé de trouver les voies et moyens nécessaires pour doter des centres de santé en personnel suffisant.

#### 4.6.2.3 Contribution à la construction de logements pour le personnel de santé des régions périphériques

L'une des mesures d'accompagnement est la construction effective de logements au profit du personnel de santé en poste dans les zones enclavées et/ou déshéritées. Cet effort du MS qui demeure salubre à plus d'un titre, ne couvre pas encore toute l'étendue du territoire national, pour autant que

quelques centres de santé en restent dépourvus, contraignant le personnel à la location. Même à certains endroits, ces logements sont en nombre insuffisant et ne couvrent pas les besoins de tous les agents.

Malgré la prise des différents arrêtés dans le sens de l'amélioration des conditions de travail, de mutation, et d'existence des personnels de santé, leur application n'est pas effective. Cette situation constitue une source de démotivation clairement exprimée par les personnels de santé.

#### **4.7 Plan de mise en œuvre du développement des ressources humaines**

Suite à la rencontre avec le Président de la République, les cadres du Ministère de la santé en compagnie des représentants des syndicats de la santé et des différents ordres des professions médicales et paramédicales, un comité ad hoc a été mis en place. Ce comité était chargé de :

- faire le diagnostic des maux qui minent le secteur de la santé et
- formuler des propositions concrètes en vue d'une valorisation des ressources humaines dans l'administration de la santé.

Suite à une réunion de ce comité tenue du 26 au 29 juillet 2006 à Bohicon, un plan de mise en œuvre du développement des ressources humaines en santé au Bénin a été élaboré. Dans ce plan, les 10 problèmes socio professionnels qui inhibent la motivation au travail des personnels de santé sont classés par ordre de priorité selon les critères de généralisation et de faisabilité. Ces problèmes sont les suivants :

- l'insuffisance de motivation des Ressources Humaines en Santé (RHS) ;
- l'insuffisance de recrutement du personnel Agent Permanent de l'Etat ;
- l'insuffisance liée à la formation initiale, à la formation continue, aux spécialisations et aux autres formations complémentaires ;
- la caducité de certaines dispositions des textes régissant les corps des personnels de santé ;
- l'absence de convention collective de branche ;
- le non reversement à la CNSS et au FNR des cotisations prélevées sur les salaires des RHS;
- les problèmes liés à la disparité catégorielle ;
- la non prise en charge de la bi appartenance ;
- la coexistence de plusieurs statuts ;
- la paupérisation générale des agents de santé.

##### **4.7.1 Amélioration des conditions de vie et de travail des RHS**

L'amélioration des conditions de vie et de travail des RHS demeure le principal objectif du travail du comité ad hoc cité ci-dessus. A cet effet, la

*Rapport Final*

première stratégie à adopter consiste à la mise en œuvre des actions suivantes :

- rehausser les primes de risque et les étendre au personnel administratif ;
- instaurer les primes de garde réellement couchée ;
- prendre des mesures incitatives pour le travail en zones déshéritées ;
- corriger les disparités catégorielles et les traitements entre les agents du même corps ;
- prendre un acte pour l'application effective des dispositions des articles 95 et 100 du décret 98-77 du 06 mars 1998 relatives aux primes à octroyer aux personnels de santé ;
- recruter les médecins de travail tout au moins dans tous les centres hospitaliers départementaux (CHD) ;
- assurer la restauration, la logistique pour tout le personnel de garde ;
- prendre des dispositions réglementaires pour la reconnaissance et la mise en valeur de la bi appartenance.

La deuxième stratégie va consister à la rémunération décente des RHS. Les actions à entreprendre à cet effet viseraient à :

- élaborer à moyen terme un statut spécial pour les RHS à l'instar de celui des magistrats ;
- réviser le statut général des APE en vue de corriger les grilles indiciaires pour l'indexation des salaires sur le coût actuel de la vie.

#### 4.7.2 Amélioration de la gestion de la carrière des RHS

Pour améliorer la gestion de la carrière des RHS, il faudra d'abord procéder à la déconcentration de la DRH. Pour ce faire, il urge de :

- transmettre à temps toutes les informations nécessaires à la prise des projets d'actes de gestion de la carrière de tous les agents à la DRH ;
- suivre la carrière des agents de leur ressort territorial.

Par la suite, il faudra procéder au renforcement de la DRH ; À ce niveau plusieurs actions devront être menées :

- doter les services de la Direction des Ressources Humaines de matériels roulants ;
- mettre à la disposition de ces services du personnel qualifié complémentaire ;
- doter ces services ainsi que le directeur de matériel informatique ;
- organiser la formation de remise à niveau du personnel existant ;
- renforcer l'effectif actuel du personnel qualifié ;
- actualiser le logiciel de gestion des ressources humaines et mettre tous les

*Rapport Final*

services de la DRH en réseau ;

- responsabiliser un agent/service pour suivre rigoureusement les projets d'actes introduits dans le circuit administratif et financier ;
- responsabiliser un autre agent/service pour travailler les nouveaux actes avec les mandataires ;
- mettre à la disposition de l'agent nouvellement recruté un cahier de charge.

La valorisation des ressources humaines en santé et le respect du plan de mise en œuvre du développement des ressources humaines sont autant des mesures pouvant attirer les médecins spécialistes dans la Fonction Publique.

Suite à ces propositions d'actions, les agents de santé du niveau opérationnel ont fait des propositions de scénarii qui constituent pour l'essentiel des bouquets de mécanismes incitatifs à l'exercice du personnel de santé en zones déshéritées et/ou enclavées. Ces différents scénarii sont regroupés dans le guide opérationnel pour le développement et la valorisation des ressources humaines du secteur de la santé ci-après.

## **V. / Guide opérationnel pour le développement et la valorisation des ressources humaines du secteur de la santé**

### **5.1 Scénario n°1**

En rapport avec les desiderata des différentes catégories des personnels de santé, la proposition du premier scénario pourrait s'articuler autour des points suivants :

- assurer les différentes primes et indemnités citées plus haut pour tous les agents en poste dans les zones défavorisées ;
- assurer le suivi du plan de carrière des agents par l'actualisation permanente du répertoire des personnels de santé ;
- faciliter la spécialisation du personnel de santé en poste dans les zones déshéritées et/ou enclavées après un séjour de cinq ans.

### **5.2 Scénario n°2**

Le scénario n°2, relatif à l'amélioration des conditions de travail et de vie des personnels de santé dans les zones défavorisées, pourrait prendre en compte les vœux suivants :

- affecter tous les agents de santé sortis des différentes écoles et facultés de santé dans les zones enclavées et/ou déshéritées. Leur cahier de charge se limitera exclusivement aux interventions générales ;
- leur faire bénéficier les primes et indemnités liées à l'exercice de leur fonction en milieu défavorisé ;
- définir et respecter leur durée de séjour dans ces zones, puis assurer leur plan de carrière ;
- favoriser leur accès systématique à la spécialisation après cinq ans d'exercice dans ces zones ;
- procéder à leur mutation systématique après la spécialisation en tenant compte de leur nouveau statut dans la définition de leurs différentes primes et indemnités.

### **5.3 Scénario n°3**

Le troisième scénario pourrait prendre en considération les points suivants :

- revaloriser les salaires des personnels de santé à l'instar de ceux des magistrats ;
- respecter les normes en personnels dans les zones déshéritées et/ou enclavées ;
- harmoniser les salaires des personnels de santé avec ceux de leurs homologues du secteur privé ;
- prioriser la gestion de la carrière des agents en poste dans les zones déshéritées et/ou enclavées et les gratifier de sanctions aussi bien positives que négatives.

De l'analyse du contenu des différents scénarii proposés pour l'incitation des personnels de santé à l'exercice dans les zones déshéritées et/ou enclavées, il ressort que le deuxième scénario apparaît le plus pertinent et le plus réaliste en termes de coût et de durée d'opérationnalisation.

A cet effet, l'équipe des consultants propose d'adopter le scénario n°2 avec un chronogramme s'étendant sur trois ans, assorti d'un plan d'opérationnalisation annuel. Ce plan devra aussi mentionner le chronogramme de suivi et d'évaluation pendant la durée de sa mise en œuvre.

## **VI. / Estimation financière du mécanisme d'incitation à l'exercice des services de santé en zones enclavées et/ou déshéritées**

Le volet relatif à l'estimation financière présenté s'est inspiré des diverses propositions recueillies sur le terrain auprès de divers acteurs. La soumission de ces propositions à l'atelier de validation a défini de façon pratique les montants susceptibles de correspondre aux avantages aussi bien fixes que mensuels qui devraient caractériser les mesures d'incitation à l'exercice du personnel de santé dans ces zones défavorisées du Bénin.

Dans le souci d'avoir une idée de l'incidence financière de ce mécanisme d'incitation, ce volet s'est inspiré des données de la zone sanitaire (ZS) d'Aplahoué qui regroupe les formations sanitaires des communes d'Aplahoué, de Djakotomey et de Dogbo. Cette ZS a été prise comme référence par rapport aux 10 ZS déclarées pauvres par une étude de la Banque Mondiale, en raison de son importance numérique au regard des autres zones sanitaires du Bénin.

Des données recueillies auprès des différents acteurs du système de santé de ces zones sanitaires reconnues comme pauvres, onze éléments de motivation apparaissent comme des indicateurs pertinents. Ces éléments motivateurs sont de trois ordres et sont libellés comme suit :

- Les avantages pécuniaires mensuels à savoir :
  - les primes d'éloignement et/ou d'enclavement et/ou de déshéritement ;
  - les primes de spécialisation ;
  - les primes de rendement ;
  - les primes de risques inhérents à l'emploi ;
  - les primes de logement et
  - les primes de gardes réellement couchées.
- Les avantages pécuniaires fixes que sont :
  - la prime de déménagement et
  - la prime d'installation
- Les avantages non pécuniaires que sont :
  - les réceptions dans les ordres nationaux,
  - les lettres de félicitations et
  - l'octroi de bourses

## **6.1 Avantages pécuniaires mensuels**

Les avantages pécuniaires mensuels sont constitués des primes d'éloignement et/ou d'enclavement et/ou de déshéritement, des primes de spécialisation, des primes de rendement, des primes de risques inhérents à l'emploi, des primes de logement et des primes de gardes réellement couchées.

Ces différentes primes sont à payer mensuellement au personnel de santé en service dans ces zones qualifiées de défavorisées non seulement en fonction de leur catégorie socioprofessionnelle, mais aussi et surtout en fonction de l'accessibilité géographique de ces zones.

### 6.1.1 Primes d'éloignement et/ou d'enclavement et/ou de déshéritement

#### 6.1.1.2 Propositions de primes d'éloignement et/ou d'enclavement et/ou de déshéritement

Différentes catégories d'agents de santé ont été interrogées pour recueillir des propositions en fonction des primes d'éloignement et/ou d'enclavement et/ou de déshéritement en faveur des agents de santé qui seraient appelés à servir dans les zones enclavées et/ou déshéritées. La moyenne des propositions a été calculée pour chaque catégorie de répondants. Les répondants ont été regroupés dans les catégories socioprofessionnelles ci-après :

- les médecins ;
- les infirmiers, sages-femmes, les techniciens supérieurs de radiologie, les techniciens de laboratoire d'analyses en fonction médicales, les ingénieurs spécialistes d'analyses biomédicales, et autres auxiliaires de santé ;
- le personnel de l'administration sanitaire au niveau central (Ministère), intermédiaire (directions départementales) et périphérique (bureau de zone) ;
- les syndicalistes.

La plupart des médecins interrogés souhaitent qu'une prime d'enclavement soit accordée à leurs collègues médecins et d'autres agents de santé qui seraient appelés à servir en zones enclavées. De leur point de vue, cette prime devrait être égale à la moitié du salaire pour tous les agents, soit environ :

- 100 000 francs CFA pour les spécialistes,
- 60 000 francs CFA pour les médecins généralistes,
- 50 000 francs CFA pour les techniciens supérieurs de radiologie, les techniciens de laboratoire d'analyses médicales et les ingénieurs spécialistes d'analyses biomédicales,
- 40 000 francs CFA pour les infirmiers et sages femmes diplômées d'Etat, les médecins dentistes, les contrôleurs d'action sanitaire et les techniciens



*Rapport Final*

d'analyses biomédicales,

- 25 000 francs CFA pour les infirmiers brevetés,
- 15 000 francs CFA pour les aides-soignants et autres agents de cette catégorie.

Selon eux, cette proposition devra tenir compte d'une part de l'éloignement de la structure sanitaire par rapport aux grandes villes du pays et/ou de l'état d'enclavement de la zone sanitaire, et d'autre part du caractère déshérité de la zone sanitaire.

Les infirmiers et les sages-femmes diplômés d'Etat, les techniciens de laboratoire et de radiologie et autres auxiliaires de santé (aides-soignants) ont proposé que la prime d'éloignement et d'enclavement soit de l'ordre de :

- 80 000 francs CFA pour les médecins spécialistes,
- 50 000 francs CFA pour les médecins généralistes,
- 40 000 francs CFA pour les techniciens supérieurs de radiologie, les techniciens de laboratoire d'analyses médicales et les ingénieurs spécialistes d'analyses biomédicales,
- 40 000 francs CFA pour les infirmiers et sages-femmes diplômés d'Etat,
- 25 000 francs CFA pour les infirmiers brevetés et
- 15 000 francs CFA pour les aide-soignants.

Quant au personnel administratif des services de santé, il propose une prime d'éloignement et d'enclavement d'un montant de :

- 70 000 francs CFA pour les médecins spécialistes,
- 50 000 francs CFA pour les médecins généralistes,
- 35 000 francs CFA pour les infirmiers et sages-femmes diplômés d'Etat, les techniciens supérieurs de radiologie, les techniciens de laboratoire d'analyses médicales et les ingénieurs spécialistes d'analyses biomédicales, et autre agent de leur catégorie,
- 25 000 francs CFA pour les infirmiers brevetés et
- 15 000 francs CFA pour les aide-soignants.

En dehors de ces catégories de personnel de santé, des syndicalistes de diverses catégories socio professionnelles (y compris les professionnels de santé) inclus dans l'étude ont pour leur part proposé que cette prime soit de l'ordre de :

- 80 000 francs CFA pour les médecins spécialistes,
- 50 000 francs CFA pour les médecins généralistes,
- 40 000 francs CFA pour les techniciens supérieurs de radiologie, les techniciens de laboratoire d'analyses médicales et les ingénieurs spécialistes d'analyses biomédicales,
- 35 000 francs CFA pour les infirmiers et sages-femmes diplômés d'Etat,
- 25 000 francs CFA pour les infirmiers brevetés et
- 15 000 francs CFA pour les aide-soignants.

La prime d'éloignement et/ou d'enclavement et/ou de déshéritement proposée pour les cadres de l'administration est identique aux propositions faites pour les médecins généralistes.

Le tableau 6 ci-dessous résume les propositions de prime d'éloignement et/ou d'enclavement faites par les différents interlocuteurs regroupés par catégorie socioprofessionnelle ; dans la dernière ligne du tableau figure la moyenne de ces primes proposées.

Tableau 6 : Montants des primes proposées et moyenne par catégorie socioprofessionnelle (en francs CFA)

Catégorie socioprofessionnelle	Médecins spécialistes	Médecins généralistes & cadres administratifs	IDE-SFE	Techniciens supérieurs	Infirmiers brevetés	Aide-soignants	Techniciens B
Médecins	100 000	60 000	40 000	50 000	25 000	15 000	25 000
IDE-SFE & Techniciens	80 000	50 000	40 000	40 000	25 000	15 000	-
Personnel Administratif	70 000	50 000	35 000	35 000	25 000	15 000	-
Syndicalistes	80 000	50 000	35 000	40 000	25 000	15 000	-
Moyenne	82 500	52 500	37 500	41 250	25 000	15 000	25 000

De l'analyse de ce tableau, il ressort que :

- la proposition de prime d'éloignement ou d'enclavement faite à l'endroit des médecins spécialistes varie de 80 000 francs CFA à 100 000 francs CFA, avec une moyenne qui s'élève à la somme de 82 500 francs CFA ;
- la proposition de prime d'éloignement ou d'enclavement faite à l'endroit des médecins généralistes varie de 50 000 francs à 60 000 francs CFA, avec une moyenne qui s'élève à la somme de 52 500 francs CFA ;
- la proposition de prime d'éloignement ou d'enclavement faite à l'endroit des infirmiers et sages-femmes varie de 35 000 francs à 40 000 francs CFA, avec une moyenne qui s'élève à la somme de 37 500 francs CFA ;
- la proposition de prime d'éloignement ou d'enclavement faite à l'endroit des techniciens supérieurs de radiologie, des techniciens de laboratoire d'analyses médicales ou ingénieurs spécialistes d'analyses biomédicales, et assimilés varie de 35 000 francs à 50 000 francs CFA, avec une moyenne qui s'élève à la somme de 41 250 francs CFA ;

*Rapport Final*

- la proposition de prime d'éloignement ou d'enclavement faite à l'endroit des infirmiers brevetés est uniforme au niveau de toutes les catégories d'interlocuteurs, et s'élève à la somme de 25 000 francs CFA ;
- la proposition de prime d'éloignement ou d'enclavement faite à l'endroit des aide-soignants est uniforme au niveau de toutes les catégories d'interlocuteurs, et s'élève à la somme de 15 000 CFA.

Seuls les médecins ont proposé une prime d'éloignement ou d'enclavement pour les techniciens de laboratoires de la catégorie B et leurs assimilés, pour un montant mensuel de 25 000 francs CFA.

#### 6.1.1.3 Propositions validées des primes d'éloignement et/ou d'enclavement et/ou de déshéritement

De la présentation de ce résultat, l'atelier de validation, après avoir souligné que chacune de ces primes (d'éloignement, d'enclavement et déshéritement) soit traitée séparément, a retenu que celles-ci doivent être définies de façon uniforme selon la nature des zones. C'est ainsi que l'éloignement, l'enclavement et le caractère déshérité d'une zone devront en principe faire bénéficier de façon uniforme chacun 25% du salaire brut à tout le personnel de la santé, toutes catégories confondues.

Au vu de cette répartition, les agents exerçant dans la zone 1 ou rouge devront bénéficier mensuellement de 75% de leur salaire brut, pendant que ceux travaillant dans la zone 2 ou orange devront bénéficier mensuellement de 50% de leur salaire brut et ceux de la zone 3 ou jaune gagneront mensuellement 25% de leur salaire brut comme prime d'éloignement et/ou d'enclavement et/ou de zones déshéritées.

Le tableau 7 ci-dessous résume les propositions validées de primes d'éloignement et/ou d'enclavement et/ou de déshéritement faites par les participants lors de l'atelier de validation. Ces propositions méritent d'être prises en compte par les décideurs dans le sens de la satisfaction des besoins des personnels de santé en poste dans ces zones

Tableau 7 : Proportion validées des primes d'éloignement et/ou d'enclavement et/ou de d'enclavement (en francs CFA)

Catégorie socioprofessionnelle	Prime d'éloignement	Prime d'enclavement	Prime de déshéritement	Total
A	25% du salaire brut	25% du salaire brut	25% du salaire brut	75% du salaire brut
B	25% du salaire brut	25% du salaire brut	25% du salaire brut	75% du salaire brut
C	25% du salaire brut	25% du salaire brut	25% du salaire brut	75% du salaire brut
D	25% du salaire brut	25% du salaire brut	25% du salaire brut	75% du salaire brut

Au vu du tableau 7, il importe de procéder dans le tableau 8 à une répartition de ces primes selon les différentes zones identifiées.

Tableau 8 : Répartition des primes d'éloignement et/ou d'enclavement et/ou de déshéritement (en francs CFA) selon les différentes zones.

Catégorie socioprofessionnelle	Zone rouge	Zone orange	Zone jaune.
A	75% du salaire brut	50% du salaire brut	25% du salaire brut
B	75% du salaire brut	50% du salaire brut	25% du salaire brut
C	75% du salaire brut	50% du salaire brut	25% du salaire brut
D	75% du salaire brut	50% du salaire brut	25% du salaire brut

#### 6.1.1.4 Calcul du coût des primes d'éloignement et/ou d'enclavement et/ou de déshéritement à l'échelle d'une zone sanitaire

Ici aussi, l'exemple de la ZS d'Aplahoué qui est une zone rouge servira une fois de plus pour le calcul du coût maximum des primes d'éloignement et/ou d'enclavement et/ou de d'enclavement du personnel concerné d'une ZS type. Pour cet exercice, les catégories suivantes ont été exclues, parce qu'elles sont recrutés sur place. Ce sont :

- le personnel administratif,
- les agents d'hygiène,
- les agents d'entretien,

- les agents de sécurité.

Le tableau 9 ci-dessous donne le détail du calcul ainsi que l'estimation financière des primes d'éloignement et/ou d'enclavement et/ou de d'enclavement de l'ensemble du personnel technique et administratif d'une zone sanitaire type

Tableau 9: Estimation financière des primes d'éloignement et/ou d'enclavement et/ou de d'enclavement des agents de santé (en francs CFA)

Catégorie socioprofessionnelle	Effectif	Primes individuelles mensuelles d'éloignement et/ou d'enclavement et/ou de déshéritement	Primes mensuelles totales d'éloignement et/ou d'enclavement et/ou de déshéritement	Primes annuelles totales d'éloignement et/ou d'enclavement et/ou de déshéritement
Médecins Spécialistes & Généralistes	8	75% du salaire brut	8 x 75% SB	12 x 8 x 75%SB
Personnel administratif	9	75% du salaire brut	9 x 75% SB	12 x 9 x 75%SB
Techniciens supérieurs	3	75% du salaire brut	3 x 75% SB	12 x 3 x 75%SB
IDE – SFE & autres agents catégorie B	61	75% du salaire brut	61 x 75% SB	12 x 61 x 75%SB
Infirmiers brevetés	36	75% du salaire brut	36 x 75% SB	12 x 36 x 75%SB
Total	117	Pour mémoire	Pour mémoire	Pour mémoire

Les montants affichés dans le tableau ci-dessus sont exclusivement la synthèse des propositions faites par les agents interviewés sur le terrain et de celles des participants à la validation. Ici aussi, des ajustements sont nécessaires avant l'adoption des montants définitifs à accorder pour la valorisation de ces primes.

Les opérations nécessaires pour aboutir à des montants acceptables pour toutes les parties doivent faire l'objet de négociations ultérieures, et restent à la discrétion des autorités compétentes.

### 6.1.2 Revalorisation des primes de spécialisation

Des primes de spécialisation sont actuellement payées aux médecins spécialistes et s'élèvent à une proportion de 30% du salaire brut pour les médecins ayant fait une spécialité clinique, soit un montant moyen de 60 000 francs CFA. Ces

indemnités s'élèvent à 15% du salaire brut pour les médecins ayant fait une spécialité de santé publique, soit un montant moyen de 30 000 francs CFA. Des propositions de revalorisation de ces primes de spécialisation ont été faites par les répondants.

#### 6.1.2.1 Propositions de revalorisation des primes de spécialisation

Ainsi, les spécialistes cliniciens ont proposé une prime de spécialisation de l'ordre de 15 % du salaire brut pour tous les médecins spécialistes, soit environ 30 000 francs CFA par année de spécialité ou 120 000 francs CFA pour les cliniciens ayant fait quatre années d'études spéciales ; et 30 000 francs CFA pour les autres (pour un salaire mensuel moyen de 200 000 francs CFA).

Quant aux médecins spécialisés dans des spécialités autres que cliniques, ils ont proposé que les primes soient de l'ordre de 40 % du salaire brut pour les médecins dont la durée de spécialisation est de quatre ans, soit 80 000 francs CFA, et 20 % du salaire brut pour les médecins d'une spécialité dont la durée est inférieure à quatre ans, soit 40 000 francs CFA.

Les médecins généralistes ont quant à eux proposé une prime de spécialisation de l'ordre de 50% du salaire brut pour les médecins spécialistes dont la durée des études de spécialité est de quatre années, soit environ 100 000 francs CFA ; et 20 % du salaire brut pour les autres spécialistes dont la durée des études de spécialisation est inférieure à quatre ans, soit environ 40 000 francs CFA.

Quant aux syndicalistes, ils ont proposé que cette prime soit de l'ordre de 25 000 francs CFA par année de spécialité pour les médecins spécialistes. Ainsi les médecins de spécialité clinique peuvent bénéficier d'une prime de spécialité de l'ordre de 100 000 francs CFA, tandis que les médecins de santé publique et autres bénéficieront d'une prime de spécialisation de 25 000 francs CFA.

Les infirmiers et sages-femmes diplômés d'Etat, les techniciens supérieurs de radiologie et de laboratoire ont quant à eux proposé une prime de spécialisation de l'ordre de 30 000 francs CFA par année de spécialisation pour les spécialistes toutes catégories confondues. Quant au personnel administratif il a proposé qu'elle soit de l'ordre de 60 000 francs CFA pour les spécialités cliniques et de 30 000 francs CFA pour les autres spécialités.

De l'analyse de ces différentes propositions, il ressort qu'il se pose un problème de discrimination de l'indemnisation à accorder aux médecins spécialisés en santé publique, et ceux qui ont choisi de se spécialiser en clinique (chirurgie, gynécologie et obstétrique, etc.). Et mieux, il y a visiblement entre les médecins spécialisés en clinique et ceux ayant embrassé la santé publique un complexe de

supériorité, doublé d'une frustration et d'un sentiment d'injustice par rapport aux « avantages matériels disproportionnels » dans l'exercice de la profession après les études de spécialisation.

Le tableau 10 ci-dessous résume toutes les propositions faites par les différentes personnes (selon leur catégorie socioprofessionnelle) et donne dans la dernière ligne la moyenne des primes proposées pour les médecins des spécialités cliniques et ceux ayant opté pour d'autres spécialités dont les études durent moins longtemps et qualifiées par les premiers de « moins contraignantes » comme la santé publique.

Tableau 10: Propositions de primes de spécialisation pour les cliniciens et les autres médecins spécialistes (en francs CFA)

Catégorie socioprofessionnelle	Spécialités Cliniques	Autres spécialistes
Médecins spécialistes (cliniciens)	120 000	30 000
Médecins spécialistes (autres spécialités)	80 000	40 000
Médecins généralistes	100 000	40 000
Syndicalistes	100 000	25 000
IDE, SFE, Techniciens	120 000	30 000
Personnel administratif	60 000	30 000
Moyenne	96 667	32 500

#### 6.1.2.2 Propositions validées des primes de spécialisation

L'atelier de validation a retenu que les primes de spécialisation soient maintenues aux taux tels que prévus par les statuts particuliers du personnel de santé. Le tableau 11 suivant présente les primes de spécialisation actuellement en vigueur sur toute l'étendue du territoire national.

Tableau 11 : Primes mensuelles de spécialisation

Catégorie socioprofessionnelle	Primes de spécialisation	Montants (francs CFA)
Médecins spécialistes cliniciens	30% du salaire brut	60 000
Médecins de santé publique	15% du salaire brut	30 000

### 6.1.2.3 Calcul du coût des primes revalorisées de spécialisation aux médecins spécialistes à l'échelle d'une zone sanitaire

Dans le cadre de l'application de ces primes au personnel médical de la zone sanitaire d'Aplahoué qui est l'exemple de zone sanitaire type considérée pour cet exercice de valorisation des mécanismes incitatifs à l'exercice en zone enclavée et/ou déshéritées, le montant total des primes de spécialisation s'élève à la somme de 1 800 000 francs CFA. Le détail des calculs est consigné dans le tableau 12 qui suit.

Tableau 12: Application des montants des primes de spécialisation pour les cliniciens et les autres médecins spécialistes dans la ZS Aplahoué (en francs CFA)

Catégorie socioprofessionnelle	Effectif	Primes mensuelles individuelles de spécialisation	Primes mensuelles totales de spécialisation	Primes annuelles totales de spécialisation
Médecins spécialistes cliniciens	2	60 000	120 000	1 440 000
Médecins de santé publique	1	30 000	30 000	360 000
Total	3	90 000	150 000	1 800 000

Les montants affichés dans le tableau ci-dessus représentent le résultat de l'application des primes de spécialisation sur une période d'un an dans la ZS Aplahoué. La revalorisation de ces primes de spécialisation en vue d'aboutir à des montants plus décents et acceptables pour toutes les parties doivent faire l'objet de négociations ultérieures, et reste à la discrétion des autorités compétentes.

Cette revalorisation des primes de spécialisation devra aussi prendre en compte le personnel paramédical spécialisé pour plus d'équité dans leur définition et dans leur répartition.

### 6.1.3 Revalorisation de la prime de rendement

La prime de rendement est payée actuellement au personnel des services de santé à concurrence de 2% des recettes totales de la formation sanitaire, partagés selon une clé de répartition définie par les agents eux-mêmes. Interrogés sur cette prime, les agents l'ont jugée très insuffisante, et ont souhaité sa revalorisation.



### 6.1.3.1 Propositions de revalorisation des primes de rendement

Parmi les médecins, les médecins de spécialités cliniques ont proposé qu'elle soit de 10 % des recettes nettes de l'hôpital de zone à partager entre les médecins de spécialités cliniques exerçant à l'hôpital de zone concerné, de 5 % des recettes nettes de l'hôpital de zone à partager entre les médecins généralistes opérationnels dans l'hôpital de zone et de 2 % des recettes nettes de l'hôpital de zone à partager entre les autres agents exerçant aux côtés des médecins.

Les syndicalistes quant à eux ont proposé que la prime de rendement elle soit de l'ordre de 10 % des recettes totales de l'hôpital de zone à répartir entre tous les médecins sur place avec une clé de répartition privilégiant les médecins de spécialité clinique par rapport aux médecins d'autres spécialités d'une part et aux médecins généralistes d'autre part ; 5 % des recettes totales de l'hôpital de zone à répartir entre tous les agents en poste dans l'hôpital de zone concerné.

Les techniciens supérieurs de laboratoire et de radiologie, les sages-femmes et les infirmiers diplômés d'Etat, les contrôleurs d'action sanitaire quant à eux ont proposé que la prime de rendement soit de l'ordre de :

- 10 % des recettes nettes du centre de santé, à répartir entre les médecins en poste dans ce centre de santé ;
- 5 % des recettes nettes du centre de santé à répartir entre tous les autres agents en poste dans ce centre avec une clé de répartition favorable aux sages-femmes, aux infirmiers diplômés d'Etat et aux techniciens supérieurs de laboratoire.

Le personnel administratif quant à lui a proposé que cette prime de rendement soit de l'ordre de :

- 8 % des recettes nettes du centre de santé à répartir entre tous les médecins en poste dans ce centre de santé avec une clé de répartition accordant un privilège aux médecins de spécialité clinique par rapport aux médecins d'autres spécialités et aux médecins généralistes ;
- 5 % des recettes nettes des centres de santé à répartir entre tous les autres agents en poste dans ce centre de santé.

De l'analyse de ces diverses propositions, il ressort que chaque catégorie d'agents des services de santé « *prêche pour sa propre paroisse* », mais reconnaît le rôle majeur des médecins de spécialités cliniques dans les recettes des formations sanitaires offrant des services de spécialités cliniques. Il est cependant évident que les médecins de spécialités cliniques sont en général en nombre très infime par rapport aux autres personnes qui les accompagnent dans leurs prestations de services : anesthésistes, instrumentistes, aide chirurgiens,

infirmiers, sages-femmes, aide-soignants, etc.

La question de l'analyse de la prime de rendement sort du cadre de la présente étude. Elle pourrait être prise en compte, soit par une autre étude spécifique qui se penche sur la problématique ou la gestion des fonds du financement communautaire des services de santé, soit par la mise en place d'un comité ad hoc chargé de réfléchir sur la revalorisation des primes de rendement des agents de santé. Quel que soit le mode d'étude choisi, l'estimation définitive du pourcentage des recettes de la formation sanitaire à allouer comme primes aux différentes catégories d'acteurs doit tenir compte du nombre de personnes concernées par ces primes. Ce serait frustrant pour les autres agents dont la contribution aux recettes de la structure sanitaire n'est pas aussi négligeable, de se partager à plusieurs des proportions faibles des recettes alors qu'un seul médecin spécialiste empoche dix fois le montant que se sont partagés les autres.

#### 6.1.3.2 Propositions validées des primes de rendement

A la validation, les participants ayant jugé insignifiantes les primes de rendement actuellement en vigueur, ont souhaité qu'elles soient valorisées et généralisées à toutes les formations sanitaires. Au vu des multiples propositions faites à l'atelier de validation, nous avons opté pour leur synthèse pour déboucher sur des propositions concrètes qui se présentent comme suit :

- 10 % des recettes nettes à répartir entre les médecins en poste dans ce centre de santé ;
- 5 % des recettes nettes du centre de santé à répartir entre tous les autres agents en poste avec une clé de répartition favorable aux sages-femmes, aux infirmiers diplômés d'Etat et aux techniciens supérieurs de laboratoire ;
- 2 % des recettes nettes du centre de santé à répartir entre les autres agents des catégories C et D.

Le tableau 13 suivant préconise les primes de rendement à l'actif du personnel effectivement en service dans les centres de santé avec une clé de répartition qui varie en fonction de la catégorie socioprofessionnelle de chaque agent.

Tableau 13 : Primes mensuelles de rendement

Catégorie socioprofessionnelle	Primes de rendement
A	10 % des recettes nettes de la formation sanitaire
B	5 % des recettes nettes de la formation sanitaire
C et D	2 % des recettes nettes de la formation sanitaire
Total	17 % des recettes nettes de la formation sanitaire

Au vu de ce tableau, il apparaît qu'au moins 17 % des recettes nettes du centre de santé sont à répartir à tout le personnel de services de santé au titre de primes de rendement.

#### 6.1.3.3 Calcul du coût des primes de rendement du personnel des services de santé à l'échelle d'une ZS

L'exemple de la ZS d'Aplahoué qui se trouve être une zone rouge servira une fois encore pour le calcul du coût maximum des primes de rendement du personnel concerné d'une ZS type.

Le tableau 14 ci-dessous donne le détail du calcul ainsi que l'estimation financière des primes de rendement de l'ensemble du personnel technique et administratif d'une zone sanitaire type. A ce niveau, il serait très difficile de déterminer le montant à affecter pour les primes de rendement dans la mesure où la répartition est interne et varie en fonction des recettes internes de la structure sanitaire concernée.

Tableau 14 : Estimation financière des primes de rendement des agents de santé (en francs CFA)

Catégorie socioprofessionnelle	Effectif	Primes mensuelles individuelles de rendement	Primes mensuelles totales de rendement	Primes annuelles totales de rendement
Médecins Généralistes	5	10 % des recettes mensuelles nettes de la structure sanitaire	Pour mémoire	Pour mémoire
Médecins spécialistes	3			
Techniciens supérieurs de laboratoire & de radiologie	3			
IDE - SFE	54	5 % des recettes mensuelles nettes de la structure sanitaire	Pour mémoire	Pour mémoire
Techniciens d'analyse biomédicale	7			
Infirmiers brevetés & Instrumentistes	36	2 % des recettes mensuelles nettes de la structure sanitaire	Pour mémoire	Pour mémoire
Aide-soignants	128			
Matrones	3			
Total	239	Pour mémoire	Pour mémoire	Pour mémoire

Les montants affichés dans le tableau ci-dessus sont exclusivement la synthèse des propositions faites par les agents interviewés sur le terrain et les participants à la validation. Ici aussi, des ajustements sont nécessaires avant l'adoption des montants définitifs à accorder pour la valorisation des primes de rendement.

Les opérations nécessaires pour aboutir à des montants acceptables pour toutes les parties doivent faire l'objet de négociations ultérieures, et restent à la discrétion des autorités compétentes.

#### 6.1.4 Revalorisation des primes de risques inhérents à l'exercice du métier

Des primes de risque sont perçues par le personnel des services de santé qui y ont droit et s'élèvent au montant de 6000 francs CFA. Elles sont exclusivement limitées à ceux qui sont exposés à des risques particuliers au cours de l'exercice de leurs métiers. Ce sont notamment les techniciens de radiologie et d'analyses biomédicales, les sages-femmes, les infirmier(e) s, les médecins en contact avec les liquides qui peuvent contaminer (VIH/SIDA, tuberculose et autres maladies contagieuses, etc.).

##### 6.1.4.1 Propositions revalorisation des primes de risques

Des propositions de revalorisation de ces primes ont été faites par les répondants. Ainsi, les médecins rencontrés ont proposé qu'elles soient portées en moyenne au montant de 40 000 francs CFA par mois pour tous les médecins en contact permanent avec les liquides biologiques, et au montant moyen de 30 000 francs CFA par mois pour les sages-femmes, infirmiers et techniciens de laboratoire et de radiologie en contact permanent avec les liquides biologiques.

Les syndicalistes quant à eux ont proposé que cette prime soit de 30 000 francs CFA par mois pour le personnel de santé en contact permanent avec les liquides biologiques.

Les sages-femmes et infirmiers diplômés d'Etat, les contrôleurs d'action sanitaire, les techniciens supérieurs de laboratoire et de radiologie ont quant à eux proposé que cette prime soit de l'ordre de 40 000 francs CFA par mois pour tous les agents de santé en contact permanent avec les liquides biologiques.

Quant au personnel administratif, il a proposé que cette prime accordée au personnel technique de santé en contact permanent avec les liquides biologiques et autres contaminants soit de l'ordre de 40 000 francs CFA par mois pour tous les agents éligibles, toutes catégories confondues.

Le tableau 15 ci-dessous résume ces propositions de montants des primes de risque pour les différentes catégories socioprofessionnelles concernées.

Tableau 15 : Propositions de montants de primes de risque pour les différentes catégories socioprofessionnelles (en francs CFA)

Primes de risque	Médecins	SFE, IDE, Techniciens Labo & Radio
Médecins	40 000	30 000
Syndicaliste	30 000	30 000
SFE, IDE, IB, AS, Techniciens Laboratoire & Radiologie	40 000	40 000
Personnel administratif	40 000	40 000
Moyenne	37 500	35 000

#### 6.1.4.2 Propositions validées des primes de risques du personnel de santé

A la validation, les participants ont déploré la faiblesse des primes de risque actuellement en vigueur. Ils ont souhaité qu'elles soient revues à la hausse en fonction des postes occupés par l'agent et selon les risques effectivement encourus. Au regard des propositions faites à l'atelier de validation, le personnel technique et le personnel administratif ont droit respectivement à 40 000 francs CFA et 20 000 francs CFA comme primes de risques inhérents à l'emploi.

Dans la mesure où le personnel administratif, les agents d'hygiène, les agents d'entretien et les agents de sécurité ne sont pas exposés aux risques de contamination, ils sont exclus de la jouissance des primes de risques. De plus, en croisant les propositions issues de l'atelier de validation avec celles faites par les agents sur leurs lieux de travail, il apparaît réaliste de retenir la synthèse de ces propositions qui est contenue dans le tableau 16 suivant :

Tableau 16 : Primes de risques pour les catégories socioprofessionnelles (F CFA)

Catégorie socioprofessionnelle	Primes individuelles de risques
Médecins Spécialistes	40 000
Médecins Généralistes	30 000
IDE - SFE	25 000
Techniciens supérieurs de laboratoire & de radiologie	25 000
Techniciens d'analyse biomédicale	25 000
Infirmiers brevetés & Instrumentistes	20 000
Aide-soignants	15 000
Matrones	10 000

### 6.1.4.3 Calcul du coût des primes de risques du personnel des services de santé à l'échelle d'une zone sanitaire

Ici aussi, l'exemple de la ZS d'Aplahoué servira une fois de plus pour le calcul du coût maximum des primes de risques du personnel concerné d'une ZS type. Pour cet exercice, les catégories suivantes ont été exclues, parce qu'elles ne sont pas exposées à ces risques de contamination :

- le personnel administratif,
- les agents d'hygiène,
- les agents d'entretien,
- les agents de sécurité.

Le tableau 17 ci-dessous donne le détail du calcul ainsi que l'estimation financière des primes de déménagement de l'ensemble du personnel technique et administratif d'une zone sanitaire type qui s'élève au montant de 37 164 000 francs CFA.

Tableau 17 : Estimation financière des primes de risque des agents de santé (en francs CFA)

Catégorie socioprofessionnelle	Effectif	Primes mensuelles individuelles de risque	Primes de risque mensuelles totales	Primes annuelles totales de risque
Médecins Généralistes	5	40 000	200 000	2 400 000
Médecins spécialistes	3	30 000	90 000	1 080 000
IDE - SFE	54	25 000	5 350 000	6 420 000
Techniciens supérieurs de laboratoire & de radiologie	3	25 000	75 000	900 000
Techniciens d'analyse biomédicale	7	25 000	175 000	2 100 000
Infirmiers brevetés & Instrumentistes	36	20 000	720 000	864 000
Aide-soignants	128	15 000	1 920 000	23 040 000
Matrones	3	10 000	30 000	360 000
Total	239	190 000	8 560 000	37 164 000

Les montants affichés dans le tableau ci-dessus sont exclusivement la synthèse des propositions faites par les agents interviewés sur le terrain et les participants à la validation. Ici aussi, des ajustements sont nécessaires avant l'adoption des montants définitifs à accorder pour la valorisation des primes de risque.

Les opérations nécessaires pour aboutir à des montants acceptables pour toutes les parties doivent faire l'objet de négociations ultérieures, et restent à la discrétion des autorités compétentes.

### 6.1.5 Primes de logement

Les primes de logement méritent d'être payées mensuellement au personnel de santé en poste dans les zones défavorisées du Bénin. Le paiement de ces primes est indispensable pour autant qu'elles permettront de suppléer aux éventuels problèmes de logement que pourraient rencontrer ces agents dans leurs nouvelles localités de travail.

#### 6.1.5.1 Propositions de primes de logement

Compte tenu de ce que représente le logement pour l'exercice de la profession médicale et paramédicale dans les services de santé en zone enclavée/déshéritée, la plupart des médecins ont proposé que cette prime soit de l'ordre de 40 000 francs CFA par mois pour tous les cadres de santé y compris les cadres administratifs et de 20 000 francs CFA par mois pour tous les autres agents.

Les syndicalistes quant à eux ont proposé que cette prime soit de l'ordre de 35 000 francs CFA par mois pour tous les cadres de santé y compris les cadres administratifs et de l'ordre de 20 000 francs CFA par mois pour tous les autres agents.

Quant aux sages-femmes et infirmiers diplômés d'Etat, aux techniciens supérieurs de radiologie et de laboratoire, ils ont proposé que cette prime soit de l'ordre de 40 000 francs CFA par mois pour tous les cadres de santé y compris les cadres administratifs et de l'ordre de 25 000 francs CFA par mois pour tous les autres agents.

Le personnel administratif quant à lui a proposé que cette prime soit de l'ordre de 40 000 francs CFA pour tous les cadres de santé y compris les cadres administratifs et de l'ordre de 25 000 francs CFA pour tous les autres agents.

Le tableau 18 ci-dessous résume ces propositions de montants de primes de logement pour les différentes catégories socioprofessionnelles concernées.



Tableau 18 : Propositions de montants de primes de logement pour les différentes catégories socioprofessionnelles (en francs CFA)

Primes de logement	Médecins & Personnel administratif	SFE, IDE, Techniciens Laboratoire & Radiologie
Médecins	40 000	20 000
Syndicalistes	35 000	20 000
SFE, IDE, Techniciens Laboratoire & Radiologie	40 000	25 000
Personnel administratif	40 000	25 000
Moyenne	38 750	22 500

## 6.1.5.2 Propositions validées des primes de logement du personnel de santé

A cet effet, deux propositions se dégagent à l'atelier de validation. C'est ainsi que certains participants ont souhaité que les primes de logement varient entre 20 000 francs CFA et 40 000 francs CFA, pendant que d'autres estiment que 20 000 francs CFA et 60 000 francs CFA selon la catégorie socioprofessionnelle paraissent raisonnables comme primes de logement.

En croisant ces deux propositions avec celles faites par les agents sur leurs lieux de travail, la synthèse qui en résulte est contenue dans le tableau 19 suivant. Il est à rappeler que les agents d'entretien, les agents de sécurité et les aides-soignants recrutés le plus souvent localement sont exclus de la jouissance des primes de logement.

Tableau 19 : Estimation financière des primes de logement du personnel (en francs CFA)

Catégorie socioprofessionnelle	Primes mensuelles individuelles de logement
Médecins Spécialistes & Généralistes	40 000
Personnel administratif	40 000
Techniciens supérieurs	30 000
IDE – SFE & autres agents catégorie B	25 000
Infirmiers brevetés	20 000
Moyenne	31 000

### 6.1.5.3 Calcul du coût des primes de logement du personnel des services de santé à l'échelle d'une zone sanitaire

Le cas de la ZS d'Aplahoué servira une fois encore d'exemple pour le calcul du coût maximum des primes de logement du personnel d'une ZS type. Pour cet exercice, les catégories suivantes seront exclues, parce qu'elles sont le plus souvent recrutées localement et ont très peu de chance d'en bénéficier :

- les aide-soignants,
- les agents d'entretien,
- les agents de sécurité.

Le tableau 20 ci-dessous donne le détail du calcul ainsi que l'estimation financière des primes de logement de l'ensemble du personnel technique et administratif d'une zone sanitaire type qui s'élève au montant de 19 980 000 francs CFA.

Tableau 20 : Estimation financière des primes de logement du personnel d'une ZS type (en francs CFA)

Catégorie socioprofessionnelle	Effectif	Primes mensuelles Individuelles de logement	Primes mensuelles totales de logement	Primes annuelles totales de logement
Médecins Spécialistes & Généralistes	8	40 000	320 000	3 840 000
Personnel administratif	9	40 000	360 000	4 320 000
Techniciens supérieurs	3	30 000	90 000	1 080 000
IDE – SFE & autres agents catégorie B	61	25 000	175 000	2 100 000
Infirmiers brevetés	36	20 000	720 000	8 640 000
Total	117	155 000	1 665 000	19 980 000

Le montant total des primes de logement pour l'équipe de la ZS sera sans aucun doute largement minimisé sur le terrain parce que la plupart des infrastructures sanitaires à travers le pays sont pourvues de logements de fonction pour :

- le coordonnateur de zone, le directeur de l'hôpital de zone et l'infirmier responsable de pavillon au niveau des zones sanitaires;
- le médecin-chef, l'infirmier responsable du dispensaire ainsi que la sage-femme responsable de la maternité au niveau des centres de santé de commune (CSCoM) ;

*Rapport Final*

- l'infirmier responsable du dispensaire ainsi que la sage-femme responsable de la maternité au niveau des centres de santé d'arrondissement (CSA).

Les montants affichés dans le tableau ci-dessus sont exclusivement synthèse des propositions faites par les agents interviewés sur le terrain. Ici aussi, des ajustements sont nécessaires avant l'adoption des montants définitifs à accorder aux bénéficiaires pour la perception de ces primes de logement. Les opérations nécessaires pour aboutir à des montants acceptables pour toutes les parties doivent faire l'objet de négociations ultérieures, et restent à la discrétion des autorités compétentes.

#### 6.1.6 Primes validées de gardes réellement couchées

La question de primes de gardes réellement couchées a été soulevée par les participants. Ils les trouvent tellement importantes qu'ils jugent opportun de les instituer et de les payer en conséquence selon les textes en vigueur en la matière.

### **6.2 Avantages pécuniaires fixes**

Les avantages pécuniaires fixes sont constitués de la prime de déménagement et de la prime d'installation qui sont à payer une seule fois à l'agent dès lors que celui-ci reçoit son titre d'affectation ou de mutation. Elles lui seront systématiquement renouvelées à la prochaine mutation.

#### 6.2.1 Revalorisation de la prime de déménagement

La prime de déménagement permet de couvrir les charges de voyage de l'agent et de sa famille jusqu'à son nouveau poste de mutation. Ils s'élèvent forfaitairement à une moyenne de 100.000 FCFA par agent, compte tenu des prix pratiqués au Bénin.

##### 6.2.1.1 Propositions de revalorisation de la prime de déménagement

La plupart des médecins ont suggéré que la prime de déménagement soit versée au personnel en situation d'affectation pour permettre à ce dernier de rejoindre son poste d'affectation à temps. Ils ont proposé en moyenne la somme de 200 000 francs CFA pour les cadres de santé et de l'administration de services de santé, et la somme de 150 000 francs CFA pour les autres agents.

Les syndicalistes quant à eux ont soutenu que la prime de déménagement devraient être un préalable pour tout agent avant d'exiger que ce dernier rejoigne son nouveau poste de travail. Ils ont proposé qu'elles soient en moyenne d'un

montant de 150 000 francs CFA pour les cadres de santé et de l'administration, et de l'ordre de 100 000 francs CFA pour les autres agents.

Les sages-femmes et infirmiers diplômés d'Etat, les techniciens supérieurs de laboratoire et de radiologie ont quant à eux proposé que ces primes soient de l'ordre de 150 000 francs CFA pour les cadres de santé et les cadres administratifs, et de l'ordre de 100 000 francs CFA pour les autres agents de santé.

Quant au personnel administratif, il a soutenu que ces primes sont essentielles et a proposé en moyenne 120 000 francs CFA pour les cadres de la santé et ceux de l'administration sanitaire et 100 000 francs CFA pour les autres agents.

Le tableau 21 ci-dessous résume ces propositions de montants de la prime de déménagement pour les différentes catégories socioprofessionnelles concernées.

Tableau 21 : Propositions de montants de la prime de déménagement pour les différentes catégories socioprofessionnelles (en francs CFA)

Catégorie socioprofessionnelle	Cadres de santé & administration	Autres agents
Médecins	200 000	150 000
Syndicalistes	150 000	100 000
Techniciens supérieurs, IDE, SFE	150 000	100 000
Personnel administratif	120 000	100 000
Moyenne	155 000	112 500

#### 6.2.1.2 Propositions validées de la prime de déménagement du personnel de santé

Des propositions issues de l'atelier de validation, il convient de retenir que les primes de déménagement varient de 100 000 francs CFA à 200 000 francs CFA selon la catégorie socioprofessionnelle des agents en poste dans ces zones défavorisées.

En croisant ces propositions avec celles faites par les agents sur leurs lieux de travail, la synthèse qui en résulte est contenue dans le tableau 22 suivant. Il est à rappeler que les agents d'entretien, les agents de sécurité, les agents d'hygiène et les aide-soignants recrutés le plus souvent localement, sont exclus du bénéfice de la prime de déménagement.

Tableau 22 : Estimation financière de la prime de déménagement du personnel (en francs CFA)

Catégorie socioprofessionnelle	Prime individuelle de déménagement
Médecins Spécialistes & Généralistes	200 000
Cadres administratifs	150 000
Techniciens supérieurs	150 000
IDE – SFE & autres agents catégorie B	150 000
Infirmiers brevetés	100 000
Moyenne	150 000

### 6.2.1.3 Calcul du coût de la prime de déménagement du personnel des services de santé à l'échelle d'une zone sanitaire

Le cas de la ZS d'Aplahoué servira une fois encore d'exemple pour le calcul du coût maximum de la prime de déménagement du personnel d'une ZS type. Pour cet exercice, les catégories suivantes seront exclues, parce qu'elles sont le plus souvent recrutées localement et ont très peu de chance d'en bénéficier :

- les aide-soignants,
- les agents d'entretien,
- les agents d'hygiène et
- les agents de sécurité.

Le tableau 23 ci-dessous donne le détail du calcul ainsi que l'estimation financière de la prime de déménagement de l'ensemble du personnel technique et administratif d'une zone sanitaire type qui s'élève au montant de 16 150 000 francs CFA.

Tableau 23 : Estimation financière de la prime de déménagement du personnel d'une ZS (en francs CFA)

Catégorie socioprofessionnelle	Effectif	Prime de déménagement	Prime totale de déménagement
Médecins spécialistes & Généralistes	8	200 000	1 600 000
Cadres administratifs	9	150 000	1 350 000
Techniciens supérieurs	3	150 000	450 000
IDE – SFE & autres agents catégorie B	61	150 000	9 150 000
Infirmiers brevetés	36	100 000	3 600 000
Total	117	750 000	16 150 000

*Rapport Final*

Les montants affichés dans le tableau ci-dessus sont exclusivement le résultat de la synthèse des propositions issues de l'atelier de validation et des propositions faites par les agents interviewés sur le terrain. Ici aussi, des ajustements sont nécessaires avant l'adoption des montants définitifs à accorder pour la valorisation de la prime de déménagement. Les opérations nécessaires pour aboutir à des montants acceptables pour toutes les parties doivent faire l'objet de négociations ultérieures, et restent à la discrétion des autorités compétentes. Le paiement des montants définitifs consensuels doit rester pérenne et non pas ponctuel et exceptionnel comme le paiement des primes d'affectation lors des opérations de redéploiement d'envergure nationale des années 90.

## 6.2.2 Revalorisation de la prime d'installation

La prime d'installation est destinée à couvrir les premières dépenses de l'agent dans sa nouvelle localité. Cette prime couvre sept jours à raison d'un forfait de 20.000 FCFA par jour, soit 140.000 francs CFA.

### 6.2.2.1 Propositions de revalorisation de la prime d'installation

Concernant cette prime, la moyenne des montants proposés par les médecins s'élève au montant de 150 000 francs CFA pour tous les cadres de la santé y compris les cadres de l'administration, et de l'ordre de 100 000 francs CFA pour tous les autres agents.

Les syndicalistes quant à eux ont proposé en moyenne la somme de 150 000 francs CFA pour tous les cadres de la santé y compris les cadres de l'administration, et la somme de 100 000 francs CFA en moyenne pour tous les autres agents.

Pour leur part, les techniciens supérieurs de laboratoire et de radiologie, les sages-femmes et infirmiers diplômés d'Etat ont proposé en moyenne que la prime d'installation soit de 200 000 francs CFA pour les cadres de santé y compris les cadres de l'administration, et en moyenne de 150 000 francs CFA pour les autres agents.

Le personnel administratif quant à lui, a proposé que la prime d'installation soit de 150 000 francs CFA en moyenne pour les cadres de santé et autres cadres de l'administration et de l'ordre de 100 000 francs CFA en moyenne pour tous les autres agents.

Le tableau 24 ci-dessous résume ces propositions de montants pour les différentes catégories socioprofessionnelles concernées.

Tableau 24 : Propositions de montants de la prime d'installation pour les différentes catégories socioprofessionnelles (en francs CFA)

Catégorie socioprofessionnelle	Cadres santé & de l'administration	Autres agents
Médecins	150 000	100 000
Syndicalistes	150 000	100 000
Techniciens supérieurs, IDE, SFE	200 000	150 000
Personnel administratif	150 000	100 000
Moyenne	162 500	112 500

#### 6.2.2.2 Propositions validées de la prime d'installation du personnel de santé

A en croire les participants à l'atelier de validation, la prime d'installation permet de couvrir les premières dépenses que fait l'agent dans sa nouvelle localité. Cette prime couvre sept jours à raison d'un forfait de 20.000 FCFA par jour, soit 140.000 francs CFA selon les textes en vigueur. Selon eux, ce montant tel que défini se trouve être anachronique en raison du coût actuel de vie.

C'est ainsi que les discussions ont abouti aux propositions selon lesquelles la prime d'installation doit varier de 100 000 francs CFA à 200 000 francs CFA selon la catégorie socioprofessionnelle des agents en poste dans ces zones.

En croisant ces propositions avec celles faites par les agents sur leurs lieux de travail et en prenant en compte l'accessibilité géographique de ces zones, la synthèse qui en résulte est contenue dans le tableau 25 suivant. Il est à rappeler que les agents d'entretien, les agents de sécurité, les agents d'hygiène et les aide-soignants recrutés le plus souvent localement sont exclus du bénéfice de la prime d'installation.

Tableau 25 : Estimation financière de la prime d'installation du personnel (en francs CFA)

Catégorie socioprofessionnelle	Zone rouge	Zone orange	Zone jaune
Médecins Spécialistes & Généralistes	200 000	150 000	100 000
Cadres administratifs	200 000	150 000	100 000
Techniciens supérieurs	150 000	100 000	75 000
IDE – SFE & autres agents catégorie B	150 000	100 000	75 000
Infirmiers brevetés	100 000	100 000	75 000
Moyenne	160 000	120 000	85 000

#### 6.2.2.3 Calcul du coût des primes d'installation du personnel des services de santé à l'échelle d'une zone sanitaire

Le cas de la zone sanitaire d'Aplahoué qui est une zone rouge servira d'exemple pour le calcul du coût maximum de la prime d'installation du personnel d'une zone sanitaire. Pour cet exercice, les catégories suivantes seront exclues, parce qu'elles sont le plus souvent recrutées localement et ont très peu de chance d'en bénéficier :

- les aide-soignants,
- les agents d'entretien,
- les agents de sécurité.

Le tableau 26 ci-dessous donne le détail du calcul ainsi que l'estimation financière de la prime maximale d'installation du personnel technique et administratif d'une zone sanitaire type qui s'élève au montant de 16 600 000 francs CFA.



Tableau 26 : Estimation financière de la prime d'installation du personnel d'une zone sanitaire type (en francs CFA)

Catégorie socioprofessionnelle	Effectif	Prime d'installation individuelle	Prime totale d'installation
Médecins Spécialistes & Généralistes	8	200 000	1 600 000
Cadres administratifs	9	200 000	1 800 000
Techniciens supérieurs	3	150 000	450 000
IDE – SFE & autres agents catégorie B	61	150 000	9 150 000
Infirmiers brevetés	36	100 000	3 600 000
Total	117	1 050 000	16 600 000

Les montants affichés dans le tableau ci-dessus sont exclusivement la synthèse du résultat des propositions faites par les participants à la validation et les agents interviewés sur le terrain. Ici aussi, des ajustements sont nécessaires avant l'adoption des montants définitifs à accorder pour la valorisation des primes de d'installation. Les opérations nécessaires pour aboutir à des montants acceptables pour toutes les parties doivent faire l'objet de négociations ultérieures, et restent à la discrétion des autorités compétentes.

### **6.3 Avantages non pécuniaires**

Les avantages non pécuniaires sont exempts de rémunération et sont constitués des réceptions dans les ordres nationaux à travers les distinctions honorifiques, des lettres de félicitations et des bourses de formation.

Ces avantages procurent aux bénéficiaires une marque de reconnaissance des pouvoirs publics pour services rendus à la nation. C'est donc la preuve que tout effort fourni et tout travail bien fait méritent récompense.

#### **6.3.1 Réceptions dans les ordres nationaux**

Les nominations dans les ordres nationaux sont un stimulant pour rappeler aux bénéficiaires que tout travailleur quel qu'il soit est appelé à servir son pays dans la loyauté et dans le dévouement partout où besoin sera. La réception dans les différents ordres lui confère l'étiquette d'un travailleur studieux, un compatriote ayant à cœur le développement de son pays. Ce développement passe nécessairement par un bon état de santé, grâce aux efforts fournis par le personnel de santé en poste dans les zones sanitaires du Bénin.

*Rapport Final*

Les distinctions honorifiques que procure la réception dans les différents ordres sont attribuées aux bénéficiaires par les pouvoirs publics via la grande chancellerie de l'Ordre National du Bénin. Ces distinctions confèrent aux bénéficiaires entre autres les titres de :

- Grand Croix du Bénin,
- Chevalier de l'Ordre National du Bénin,
- Chevalier de l'Ordre du Mérite Social,
- Officier de l'Ordre National,
- , etc.

### 6.3.2 Lettres de félicitations

Les lettres de félicitations sont adressées au personnel méritant par la hiérarchie supérieure qui prend souverainement la décision de reconnaître les mérites des agents dévoués à la tâche. Ces lettres sont la marque de leur distinction parmi la multitude d'agents encore en activité.

### 6.3.3 Octroi de bourses

L'octroi de bourse paraît nécessaire en termes de motivation du personnel de santé en poste dans les zones défavorisées en ce sens qu'il participe d'une compensation morale en sa faveur. En effet, pour qu'ils soient effectifs et mieux appréciés par les principaux concernés, ces critères doivent être définis d'avance et respectés par les décideurs.

Par ailleurs, la mise en oeuvre effective de la décision d'octroi de bourses au profit de ces agents (après un certain nombre d'années de séjour) pourrait susciter leur intérêt à servir véritablement dans ces zones.

## **6.4 Récapitulatif des primes réclamées par les agents des services de santé**

Au terme de cette analyse, les différentes primes et indemnités que réclament les agents des diverses catégories socioprofessionnelles en poste dans une zone sanitaire type (celle de Aplahoué a été choisie à dessein parce qu'étant la plus pourvue en personnel) sont consignées dans la tableau 27 récapitulatif suivant :

Tableau 27 : Récapitulation des mesures incitatives réclamées par les agents des diverses catégories socioprofessionnelles pour servir dans une zone enclavée/déshéritée

Mesures incitatives valorisées	Montant annuel (en francs CFA)
Primes annuelles totales d'éloignement et/ou d'enclavement et/ou de déshéritement	Pour mémoire
Primes annuelles totales de spécialisation	1 800 000
Primes totales de rendement	Pour mémoire
Primes annuelles totales de risque	37 164 000
Primes annuelles totales de logement	19 980 000
Primes de gardes réellement couchées	Pour mémoire
Prime totale de déménagement	16 150 000
Prime totale d'installation	16 600 000
Total	Pour mémoire

Il se dégage du tableau récapitulatif ci-dessus que l'estimation financière annuelle au bas mot des mesures incitatives susceptibles de favoriser le fonctionnement de toutes les formations sanitaires d'une zone sanitaire de façon permanente et performante, y compris l'hôpital de zone, en zone enclavée et/déshéritée, s'élève à environ 91 694 000 francs CFA. Ce montant ne prend pas en compte les primes de rendement issus des ressources propres de la formation sanitaire, et dont le montant annuel est variable selon les recettes générées par les activités de l'hôpital de zone et des autres structures de soins périphériques. Il ne prend pas en compte non plus les primes de gardes réellement couchées dont le paiement relève de la gestion interne de l'hôpital de zone et des autres structures de soins périphériques, de même que les montants des primes d'éloignement et/ou d'enclavement et/ou de déshéritement.

En faisant les simulations possibles, il convient de retenir que pour l'estimation financière annuelle de toutes les mesures incitatives (avec le paiement de toutes les primes), susceptibles de favoriser le fonctionnement de toutes les formations sanitaires de l'ensemble d'une zone sanitaire de façon permanente et performante, il faut au plus la bagatelle somme de **160 000 000 francs CFA**.

La valorisation des différentes primes est le résultat de la synthèse des propositions faites par les agents des services de santé en situation réelle de fonctionnement sur le terrain et les participants à l'atelier de validation. De nombreux ajustements seront nécessaires avant l'adoption des montants définitifs de ces diverses primes. Les opérations nécessaires pour aboutir à des montants acceptables pour toutes les parties doivent faire l'objet de négociations entre les deux parties, et toutes les catégories des divers types de personnel indispensable pour le bon fonctionnement d'une zone sanitaire méritent d'être associées aux différents pourparlers.

## **VII. / Conclusion et recommandations**

### **7.1 Conclusion**

Au terme de cette étude, il s'avère nécessaire de satisfaire un minimum de mesures incitatives au personnel de santé en poste dans les zones déshéritées et/ou enclavées. Les mesures incitatives les plus pertinentes (dont le montant est évalué à la bagatelle somme de 160 000 000 francs CFA par an et par zone sanitaire) mériteraient d'être analysées par les autorités compétentes, appuyées par un pool d'experts issus de tous les milieux professionnels (toutes les catégories impliquées dans l'offre de services de santé) et syndicaux. Pour être pérennes, ces mesures doivent largement tenir compte des ressources financières réellement disponibles, si tant est que, seulement 8% du budget national est consacré à la santé.

Par ailleurs, la mise en œuvre du deuxième scénario qui apparaît pertinent et plus réaliste en termes de coût et de durée, couplée avec l'opérationnalisation des résultats obtenus par l'identification et l'estimation financière des différentes primes et indemnités, serait un gage de motivation du personnel de santé en exercice dans ces zones défavorisées.

La mise en œuvre de ces mesures permettrait de valoriser la fonction médicale, paramédicale et administrative au service des populations des zones déshéritées et/ou enclavées qui sont les plus vulnérables, et rendra ces zones plus attrayantes aux praticiens à tous les niveaux de l'offre de soins de santé.

### **7.2 Recommandations**

Le développement du système de santé doit mettre un accent particulier sur la gestion du personnel. Les différentes formes de recrutement des agents de santé (agents permanents de l'Etat, agents contractuels de l'Etat, agents recrutés sur les mesures sociales, agents recrutés sur les fonds du financement communautaire et autres) doivent se poursuivre pour pallier rapidement la pénurie de personnel de santé. A cet effet, il demeure impératif de revoir à la hausse l'effectif du personnel dévolu à chaque zone sanitaire (surtout les médecins réanimateurs) ;

La motivation du personnel de santé exerçant dans les zones déshéritées et/ou enclavées doit constituer une priorité : élaboration des plans de carrière, formations/recyclages, accès aux postes de responsabilités et autres formes d'épanouissement.

Des conditions attrayantes et motivantes pérennes doivent également être créées dans les zones enclavées et/ou déshéritées pour corriger quelque peu les disparités dans la répartition du personnel qui pénalisent les centres de santé et les populations desdites zones, notamment l'instauration des primes d'éloignement, d'enclavement, de zone déshéritée et de rendement. Il s'agira également de mettre en œuvre certains éléments de ce dispositif à partir des recettes générées par les centres de santé situés dans les zones déshéritées et de rechercher d'autres sources de financement fiables afin de pérenniser le système de motivation à mettre en place.

La nécessité de faire signer au personnel bénéficiaire de la prime d'installation un engagement de résider dans les localités où ils sont affectés et la nécessité de leur faire signer un engagement (par acte notarial) de servir effectivement pendant au moins cinq ans dans ces localités demeure aussi un impératif.

Bref, le Ministère de la santé est appelé à tenir compte de toutes les mesures incitatives prévues dans le document adressé au Président de la République qui est intitulé ***Plan d'urgence de revitalisation du secteur de la santé et d'amélioration de la gestion des hôpitaux.***

## **Références Bibliographiques**

Ahmed AM., Desta A., Tekle K. *et al.* Comment améliorer les soins au niveau du district. 1993. Forum Mondial de la Santé, 14 (4), pp.389-395.

Alihonou, EM, Hounyè, HF, Capo-Chichi, V. *et al.* Les déterminants de la motivation du personnel de santé intervenant dans les programmes de SSP au Bénin, Cotonou, Bénin / CREDESA, UNICEF, 1992, 34 pages.

Arrêté N° 9676/MSP/DC/SGM/DPP/CSE/SA du 26 novembre 2003 portant identification des Zones Sanitaires d'intervention de la Banque Mondiale dans le cadre de son premier crédit d'appui à la réduction de la pauvreté (CARP).

Aubret, J. et Patrick, G. Psychologie de la Ressource Humaine, Edition Presses Universitaires de France, Paris, 1997, 76 p.

Bartoli, A. Le management dans les organisations Publiques - Vers une gestion des ressources humaines « modernisée », Edition Dunod, Paris, 1997.

Bennet, S. et Miller, L. PHR. La motivation des travailleurs de la santé et la réforme du secteur de la santé. Partnership for Health Reform, PH R edits, 1986, 11p.

Bennet, S. Miller L. Qualité des soins en matière de planification familiale : la motivation de prestataires de services. 1995, Bulletin Médical de l'IPPF, 29 (2), pp. 3-4.

Cellule d'Appui au Développement des Zones Sanitaires / Ministère de la Santé : Normes et Standards en matière d'activités, d'effectifs de personnel, d'infrastructures et d'équipements pour les zones sanitaires, MSP, 2001.

Cellule d'Appui au Développement des Zones Sanitaires /MSP : Profil de poste au niveau des zones sanitaires, MSP, 2001.

Cieutat, B. Gestion prévisionnelle des emplois, des effectifs et des compétences dans des administrations publiques en France, Ministère de la Fonction Publique et de la Réforme de l'Etat, 2001.

Hertzberg, F. *et al.* The motivation to work, 2<sup>e</sup> édition, New York, 1959, John Wiley & Sons.

Houtoukpè A. Problèmes de motivation du personnel soignant en milieu rural au Bénin, Dakar, Sénégal : CESAG, 1994, 123 pages.

ISADE : Rapport d'audit pour l'élaboration de politique des ressources humaines au Ministère de la Santé Publique du Bénin : Bilan et perspectives de la gestion opérationnelle des ressources humaines, Cotonou, septembre 2000.

ISADE : Rapport d'audit pour l'élaboration de politique des ressources humaines au Ministère de la Santé Publique du Bénin : Définition d'un système informatisé de gestion des ressources humaines, Cotonou, Septembre 2000.

Kshner, PR., Levinson, W. et Miller WR. Comment mobiliser la motivation du patient dans la prise en charge de sa santé, 1999, PATIENT CARE, 22 (10), pp. 31- 40.

Maslow, AM. Motivation and personality (Motivation et personnalité).2<sup>e</sup> édition, New York, Londres, 1970.

Ministère de la Santé /DRH. Attributions, Organisation et Fonctionnement de la Direction des Ressources Humaines (DRH), 22 avril 2003.

Ministère de la Santé : Plan de redéploiement du personnel de santé, Cotonou, août 1990, 42 pages.

Ministère de la Santé : Politique et stratégies de développement du secteur santé, 2002-2006, Cotonou, novembre 2002, 72 pages.

Ministère de la Santé : Rapport d'évaluation du redéploiement du personnel de santé, Cotonou, avril 1999, 42 pages.

Soudé, KT. La motivation des agents de santé communautaires bénévoles au travail, 1997, CREDESA INFO. 5 (5), pp.1-20.

Truchan-Saporta, M. Management des organisations, Edition Nouveaux Horizons, 1992.

Vermot-Gaus, C. Mobiliser pour gagner : Comment motiver les salariés autrement que par le salaire, Edition Liaison, Paris, 1993.

Vroom VH., Deci El. Management and Motivation, Penguin, Londres, 1989.

Zonteme, JPO. La problématique de la motivation des membres des comités de gestion des centres de santé au Bénin : étude de cas dans le département de l'Atlantique, Abomey-Calavi, Bénin, ENA (UNB), 1998, 77 pages.

## **Liste des annexes**

1. Guide d'entretien individuel à l'adresse des Médecins
2. Guide d'entretien individuel à l'adresse des Responsables au niveau de l'Administration centrale et départementale
3. Guide d'entretien individuel à l'adresse des Gestionnaires des hôpitaux et des Coordonnateurs de ZS
4. Guide d'entretien individuel à l'adresse des syndicalistes et des délégués de personnel
5. Guide d'entretien individuel à l'adresse des IDE/SFE, des Laborantins /Radiologues
6. Guide d'entretien individuel à l'adresse des responsables des COGES et des Ordres de santé
7. Fiche d'estimation financière de motivation des personnels de santé exerçant dans les zones déshéritées et/ou enclavées

## **Outils de collecte des données**



Guide d'entretien individuel à l'adresse des Médecins

**0. Renseignements généraux**

Zone sanitaire : ...../\_\_\_/\_\_\_/

Commune : ...../\_\_\_/\_\_\_/

Arrondissement : ...../\_\_\_/\_\_\_/

Sexe : ...../\_\_\_/

Féminin = 1

Masculin = 2

Profession: ...../\_\_\_/

Spécialiste = 1

Généraliste = 2

Autre (préciser) ..... = 3

Poste occupé: ...../\_\_\_/

Directeur = 1

Chef de service = 2

Chef de division = 3

Autre (préciser) ..... = 4

Statut de l'emploi occupé : ...../\_\_\_/

APE = 1

Contractuel de l'Etat = 2

Contractuel de la formation sanitaire = 3

Aucun = 4

Autres (préciser) ..... = 5

Nombre d'années d'ancienneté :

A ce poste d'affectation ...../\_\_\_/\_\_\_/

Dans la profession ...../\_\_\_/\_\_\_/

1. Qu'entendez-vous par zones déshéritées dans le cadre des services de Santé ?

.....  
.....

2. Qu'entendez-vous par zones enclavées dans le cadre des services de Santé ?

.....  
.....

3. Qu'entendez-vous par affectation du personnel de santé ?

.....

- .....  
.....
4. Qu'entendez-vous par mutation du personnel de santé ?  
.....  
.....  
.....
5. Comment appréciez-vous l'exercice des services de santé en zones déshéritées et/ou enclavées ?  
.....  
.....  
.....
6. Situation actuelle du personnel de santé dans les zones déshéritées et/ou enclavées ?  
.....  
.....  
.....
7. Procédures d'affectation des cadres de santé dans ces zones ?  
.....  
.....  
.....
8. Mécanismes de mise en œuvre de ces procédures ?  
.....  
.....  
.....
9. Mesures d'accompagnement dont bénéficient les personnels de santé affectés dans ces zones ?  
.....  
.....  
.....
10. Appréciation de ces mesures par rapport à leurs besoins dans ces zones ?  
.....  
.....  
.....
11. Effets de ces mesures sur leur rendement ?  
.....  
.....  
.....
12. Propositions dans le sens de l'optimisation de leur performance ?  
.....  
.....  
.....
13. Conditions particulières d'affectation des spécialistes dans les zones enclavées et/ou déshéritées ?  
.....  
.....

.....  
.....  
.....

14. Effets de ces conditions sur leur rendement ?

.....  
.....  
.....

15. Propositions dans le sens de l'optimisation de leur performance ?

.....  
.....  
.....

16. Problèmes que pose la mise en œuvre des procédures d'affectation en milieu rural du personnel de santé en général et des spécialistes en particulier ?

.....  
.....  
.....

17. Propositions pour gérer au mieux ces problèmes ?

.....  
.....  
.....

18. Attitude de l'administration face aux agents qui refusent de regagner leur poste de travail ?

.....  
.....  
.....

19. Catégories de personnel qui ne rejoignent pas souvent ou ne restent pas à leur poste d'affectation dans les zones enclavées et /ou déshéritées ?

.....  
.....  
.....

20. Raisons de refus de regagner ces postes de travail ?

.....  
.....  
.....

21. Influence de la masse de travail sur le rendement des spécialistes en zones rurales ?

.....  
.....  
.....

22. Propositions de mesures incitatives à cet effet ?

.....  
.....  
.....

23. Que faire pour attirer les spécialistes de santé dans la fonction publique ?

.....

*Mécanismes incitatifs à l'exercice du personnel de santé en zones déshéritées et/ou enclavées*  
*Rapport Final*

.....  
.....

24. Influence de la sécurité de l'emploi sur les comportements des agents de santé APE ?

.....  
.....  
.....

25. Appréciation de la gestion des ressources humaines dans votre formation sanitaire ?

.....  
.....  
.....

26. Pourquoi les médecins spécialistes s'intéressent-ils à la formation en santé publique ?

.....  
.....  
.....

27. Que faire pour freiner cette tendance ?

.....  
.....  
.....

28. Comment attirer les médecins de santé publique vers les spécialités d'ordre clinique ?

.....  
.....  
.....

29. Appréciation de la motivation au travail en zones rurales ?

.....  
.....  
.....

30. Comportements traduisant l'absence de motivation au travail du personnel en poste en zones rurales ?

.....  
.....  
.....

**Date de l'entretien :** .....

*Je vous remercie de m'avoir consacré une partie de votre précieux temps.*

Guide d'entretien individuel à l'adresse des Responsables au niveau de  
l'Administration centrale et départementale

**Niveau central :** DC, DAC, DPP, DRH, SGM, CTQS, CTJ, DRFM, DIVI, DDZS, DH, DNPS et DHAB.

**Niveau départemental :** DDS, Chef Service Personnel/DDS, D/CHD, Chef Service Ressources Humaines/CHD, Directeurs/CHD

**1. Renseignements généraux**

Zone sanitaire : ...../\_\_\_/\_\_\_/

Commune : ...../\_\_\_/\_\_\_/

Administration : ...../\_\_\_/\_\_\_/

Sexe : ...../\_\_\_/

Féminin = 1

Masculin = 2

Profession: ...../\_\_\_/

Médecin = 1

Administrateur des hôpitaux = 2

Administrateur civil = 3

Gestionnaire des Ressources Humaines = 4

Autre (préciser) ..... = 5

Poste occupé: ...../\_\_\_/

Directeur = 1

Chef de service = 2

Chef de division = 3

Autre (préciser) ..... = 4

Statut de l'emploi occupé : ...../\_\_\_/

APE = 1

Contractuel de l'Etat = 2

Contractuel de la formation sanitaire = 3

Autres (préciser) ..... = 4

Nombre d'années d'ancienneté :

A ce poste d'affectation ...../\_\_\_/\_\_\_/

Dans la profession ...../\_\_\_/\_\_\_/

31. Qu'entendez-vous par zones déshéritées dans le cadre des services de santé ?

.....  
.....  
.....

*Rapport Final*

32. Qu'entendez-vous par zones enclavées dans le cadre des services de santé ?

.....  
.....

33. Qu'entendez-vous par affectation dans le cadre des services de santé ?

.....  
.....

34. Qu'entendez-vous par mutation dans le cadre des services de Santé ?

.....  
.....

35. Comment appréciez-vous l'exercice des services santé en zones déshéritées et/ou enclavées ?

.....  
.....

36. Situation actuelle du personnel de santé dans les zones déshéritées et/ou enclavées ?

.....  
.....

37. Procédures d'affectation des cadres de santé dans ces zones ?

.....  
.....

38. Mécanismes de mise en œuvre de ces procédures ?

.....  
.....

39. Mesures d'accompagnement dont bénéficient les personnels de santé affectés dans ces zones ?

.....  
.....

40. Leur appréciation par rapport à leurs besoins dans ces zones ?

.....  
.....

41. Effets de ces mesures sur leur rendement ?

.....  
.....

42. Propositions dans le sens de l'optimisation de leur performance ?

.....  
.....

*Rapport Final*

43. Conditions particulières d'affectation des spécialistes dans les zones enclavées et/ou déshéritées ?

.....  
.....  
.....

44. Impacts de ces conditions sur leur rendement ?

.....  
.....  
.....

45. Propositions dans le sens de l'optimisation de leur performance ?

.....  
.....  
.....

46. Défis actuels de la mise en œuvre des procédures d'affectation du personnel de santé en général et des spécialistes en particulier ?

.....  
.....  
.....

47. Propositions pour gérer au mieux ces défis ?

.....  
.....  
.....

48. Attitude de l'administration face aux agents qui refusent de regagner leur poste de travail ?

.....  
.....  
.....

49. Catégories de personnel qui ne rejoignent pas souvent ou ne restent pas à leur poste d'affectation dans les zones enclavées et /ou déshéritées ?

.....  
.....  
.....

50. Raisons de refus de regagner ces postes de travail ?

.....  
.....  
.....

51. Influence de la masse de travail sur le rendement des spécialistes en zones rurales ?

.....  
.....  
.....

52. Propositions de mesures incitatives à cet effet ?

.....  
.....  
.....

*Rapport Final*

53. Que faire pour attirer les spécialistes de santé dans la fonction publique ?

.....  
.....  
.....

54. Influence de la sécurité de l'emploi sur les rendements des APE ?

.....  
.....  
.....

55. Appréciation de l'intérêt des médecins spécialistes pour la formation en santé publique ?

.....  
.....  
.....

56. Raisons sous-tendant cette tendance ?

.....  
.....  
.....

57. Mesures pour freiner cette tendance ?

.....  
.....  
.....

58. Comment attirer les médecins de santé publique vers les spécialités d'ordre clinique ?

.....  
.....  
.....

59. Appréciation de la motivation au travail en zones rurales ?

.....  
.....

60. Comportements traduisant l'absence de motivation au travail du personnel en poste en zones rurales ?

.....  
.....  
.....

**Date de l'entretien :** .....

*Je vous remercie de m'avoir consacré une partie de votre précieux temps.*



Guide d'entretien individuel à l'adresse des Gestionnaires des hôpitaux et des Médecins coordonnateurs de zone

**0. Renseignements généraux**

Zone sanitaire : ..... / \_\_\_ / \_\_\_ /

Commune : ..... / \_\_\_ / \_\_\_ /

Arrondissement : ..... / \_\_\_ / \_\_\_ /

Sexe : ..... / \_\_\_ /

Féminin = 1

Masculin = 2

Profession: ..... / \_\_\_ /

Médecin spécialiste = 1

Médecin en santé publique = 2

Gestionnaire = 3

Autre (préciser) ..... = 4

Poste occupé: ..... / \_\_\_ /

Médecin coordonnateur = 1

Directeur = 2

Autre (préciser) ..... = 3

Statut de l'emploi occupé : ..... / \_\_\_ /

APE = 1

Contractuel de l'Etat = 2

Contractuel de la formation sanitaire = 3

Autres (préciser) ..... = 4

Nombre d'années d'ancienneté :

A ce poste d'affectation ..... / \_\_\_ / \_\_\_ /

Dans la profession ..... / \_\_\_ / \_\_\_ /

61. Qu'entendez-vous par zones déshéritées dans le cadre des services de Santé ?

.....  
.....  
.....

62. Qu'entendez-vous par zones enclavées dans le cadre des services de Santé ?

.....  
.....  
.....

*Rapport Final*

63. Qu'entendez-vous par affectation du personnel de santé ?

.....  
.....  
.....

64. Qu'entendez-vous par mutation du personnel de santé ?

.....  
.....  
.....

65. Comment appréciez-vous l'exercice des services de santé en zones déshéritées et/ou enclavées ?

.....  
.....  
.....

66. Situation actuelle du personnel de santé dans les zones déshéritées et/ou enclavées ?

.....  
.....  
.....

67. Procédures d'affectation des cadres de santé dans ces zones ?

.....  
.....  
.....

68. Mécanismes de mise en œuvre de ces procédures ?

.....  
.....  
.....

69. Mesures d'accompagnement dont bénéficient les personnels de santé affectés dans ces zones ?

.....  
.....  
.....

70. Appréciation de ces mesures par rapport à leurs besoins dans ces zones ?

.....  
.....  
.....

71. Effets de ces mesures sur leur rendement ?

.....  
.....  
.....

72. Propositions dans le sens de l'optimisation de leur performance ?

.....  
.....  
.....

73. Conditions particulières d'affectation des spécialistes dans les zones enclavées et/ou

déshéritées ?

.....  
.....  
.....

74. Effets de ces conditions sur leur rendement ?

.....  
.....  
.....

75. Propositions dans le sens de l'optimisation de leur performance ?

.....  
.....  
.....

76. Problèmes que pose la mise en œuvre des procédures d'affectation en milieu rural du personnel de santé en général et des spécialistes en particulier ?

.....  
.....  
.....

77. Propositions pour gérer au mieux ces problèmes ?

.....  
.....  
.....

78. Attitude de l'administration face aux agents qui refusent de regagner leur poste de travail ?

.....  
.....  
.....

79. Catégories de personnel qui ne rejoignent pas souvent ou ne restent pas à leur poste d'affectation dans les zones enclavées et /ou déshéritées ?

.....  
.....  
.....

80. Raisons de refus de regagner ces postes de travail ?

.....  
.....  
.....

81. Influence de la masse de travail sur le rendement des spécialistes en zones rurales ?

.....  
.....  
.....

82. Propositions de mesures incitatives à cet effet ?

.....  
.....  
.....

83. Que faire pour attirer les spécialistes de santé dans la fonction publique ?

.....  
.....  
.....

84. Influence de la sécurité de l'emploi sur les comportements des agents de santé APE ?

.....  
.....  
.....

85. Pourquoi les médecins spécialistes s'intéressent-ils à la formation en santé publique ?

.....  
.....  
.....

86. Que faire pour freiner cette tendance ?

.....  
.....  
.....

87. Comment attirer les médecins de santé publique vers les spécialités d'ordre clinique ?

.....  
.....  
.....

88. Appréciation de la motivation au travail en zones rurales ?

.....  
.....  
.....

89. Comportements traduisant l'absence de motivation au travail du personnel en poste en zones rurales ?

.....  
.....  
.....

**Date de l'entretien :** .....

*Je vous remercie de m'avoir consacré une partie de votre précieux temps.*

Guide d'entretien à l'adresse des syndicalistes et des délégués du personnel de santé

**0- Renseignements généraux**

Zone sanitaire : ...../\_\_\_/\_\_\_/

Commune : ...../\_\_\_/\_\_\_/

Administration : ..... /\_\_\_/\_\_\_/

Sexe : ...../\_\_\_/

Féminin = 1 ;  
Masculin = 2

Profession:...../\_\_\_/

Médecin spécialiste = 1  
Médecin généraliste = 2  
Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat spécialiste = 3  
Sage-femme spécialiste = 4  
Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat = 5  
Sage-femme = 6  
Autre(préciser) ..... = 7

Poste occupé:...../\_\_\_/

Chef de service = 1  
Chef de division = 2  
Aucun = 3  
Autre (préciser)..... = 4

Statut de l'emploi occupé : ...../\_\_\_/..

APE = 1  
Contractuel de l'Etat = 2  
Contractuel de la formation sanitaire = 3  
Autres (préciser).....= 4

Nombre d'années d'ancienneté

A ce poste d'affectation ..... /\_\_\_/\_\_\_/

Dans la profession ...../\_\_\_/\_\_\_/

90. Qu'entendez-vous par zones déshéritées dans le cadre des services de Santé ?

.....  
.....  
.....

91. Qu'entendez-vous par zones enclavées dans le cadre des services de Santé ?

.....  
.....

.....  
92. Qu'entendez-vous par affectation du personnel de santé ?  
.....  
.....  
.....

93. Qu'entendez-vous par mutation du personnel de santé ?  
.....  
.....  
.....

94. Comment appréciez-vous l'exercice des services de santé en zones déshéritées et/ou enclavées ?  
.....  
.....  
.....

95. Situation actuelle du personnel de santé dans les zones déshéritées et/ou enclavées ?  
.....  
.....  
.....

96. Procédures d'affectation des cadres de santé dans ces zones ?  
.....  
.....  
.....

97. Mécanismes de mise en œuvre de ces procédures ?  
.....  
.....  
.....

98. Mesures d'accompagnement dont bénéficient les personnels de santé affectés dans ces zones ?  
.....  
.....  
.....

99. Appréciation de ces mesures par rapport à leurs besoins dans ces zones ?  
.....  
.....  
.....

100. Effets de ces mesures sur leur rendement ?  
.....  
.....  
.....

101. Propositions dans le sens de l'optimisation de leur performance ?  
.....  
.....  
.....

102. Conditions particulières d'affectation des spécialistes dans les zones enclavées et/ou déshéritées ?

.....  
.....  
.....

103. Effets de ces conditions sur leur rendement ?

.....  
.....  
.....

104. Propositions dans le sens de l'optimisation de leur performance ?

.....  
.....  
.....

105. Problèmes que pose la mise en œuvre des procédures d'affectation en milieu rural du personnel de santé en général et des spécialistes en particulier ?

.....  
.....  
.....

106. Propositions pour gérer au mieux ces problèmes ?

.....  
.....  
.....

107. Attitude de l'administration face aux agents qui refusent de regagner leur poste de travail ?

.....  
.....  
.....

108. Catégories de personnel qui ne rejoignent pas souvent ou ne restent pas à leur poste d'affectation dans les zones enclavées et /ou déshéritées ?

.....  
.....  
.....

109. Raisons de refus de regagner ces postes de travail ?

.....  
.....  
.....

110. Influence de la masse de travail sur le rendement des spécialistes en zones rurales ?

.....  
.....  
.....

111. Propositions de mesures incitatives à cet effet ?

.....  
.....  
.....

112. Que faire pour attirer les spécialistes de santé dans la fonction publique ?

.....  
.....  
.....

113. Influence de la sécurité de l'emploi sur les comportements des agents de santé APE ?

.....  
.....  
.....

114. Pourquoi les médecins spécialistes s'intéressent-ils à la formation en santé publique ?

.....  
.....  
.....

115. Que faire pour freiner cette tendance ?

.....  
.....  
.....

116. Comment attirer les médecins de santé publique vers les spécialités d'ordre clinique ?

.....  
.....  
.....

117. Appréciation de la motivation au travail en zones rurales ?

.....  
.....  
.....

Comportements traduisant l'absence de motivation au travail du personnel en poste en zones rurales ?

.....  
.....  
.....

**Date de l'entretien :**

*Je vous remercie de m'avoir consacré une partie de votre précieux temps.*



Guide d'entretien individuel à l'adresse des infirmier(e) s, sages-femmes et autres

**I- Renseignements généraux**

1.1 Zone sanitaire : ...../\_\_\_/\_\_\_/

1.2 Commune : ...../\_\_\_/\_\_\_/

1.3 Arrondissement : ..... /\_\_\_/\_\_\_/

1.4 Sexe : ...../\_\_\_/

Féminin = 1

Masculin = 2

1.5 Profession:..... /\_\_\_/

Infirmier(e) Diplômé d'Etat spécialiste = 1

Sage-femme spécialiste = 2

Infirmier(e) Diplômé d'Etat = 3

Sage-femme = 4

Autre (préciser) ..... = 5

1.6 Poste occupé:..... /\_\_\_/

Chef de service = 1

Chef de division/section = 2

Aucun = 3

Autre (préciser) ..... = 4

1.7 Statut de l'emploi occupé : ...../\_\_\_/

APE = 1

Contractuel de l'Etat = 2

Contractuel de la formation sanitaire = 3

Autres (préciser) ..... = 4

1.8 Nombre d'années d'ancienneté

1.8.1 A ce poste d'affectation..... /\_\_\_/\_\_\_/

1.8.2 Dans la profession ...../\_\_\_/\_\_\_/

**II. Conditions de travail de l'agent de santé dans les zones enclavées/déshéritées**

2.1 Qu'entendez-vous par zones déshéritées dans le cadre des services de santé ?

.....  
.....

2.2 Qu'entendez-vous par zones enclavées dans le cadre des services de santé ?

.....  
.....

2.3 Qu'entendez-vous par affectation du personnel de santé ?

.....  
.....

2.4 Qu'entendez-vous par mutation du personnel de santé ?

.....  
.....

2.5 Comment appréciez-vous en général l'exercice des services santé en zones déshéritées et/ou enclavées ?

.....  
.....

2.6 Quelles appréciations faites-vous de vos conditions relationnelles de travail ?

2.6.1 : Relations avec les usagers

.....  
.....

2.6.2 : Relations avec vos collègues

.....  
.....

2.6.3 : Relations avec la hiérarchie

.....  
.....

**III - Problèmes d'affectation des agents de santé spécialistes dans les zones enclavées et déshéritées**

3.1 Quelle appréciation faites-vous généralement des procédures d'affectation des agents de santé dans les zones enclavées et/ou déshéritées ?

.....  
.....

3.2 Quelle appréciation faites-vous spécifiquement des conditions d'affectation des médecins spécialistes dans les zones enclavées et/ou déshéritées ?

.....  
.....

3.3 Quelles sont selon vous les mesures d'accompagnement dont bénéficient les personnels de santé affectés dans ces zones ?

.....  
.....

3.4 Comment les appréciez-vous par rapport à leurs besoins et à leurs conditions de travail

dans ces zones ?

.....  
.....

3.5 Quels sont les effets de ces mesures sur leur rendement ?

.....  
.....

Que proposez-vous pour l'optimisation de leur performance ?

.....  
.....

3.6 Quelles devraient être les moyens logistiques à mettre à la disposition du personnel de santé en général et des spécialistes en particulier pour les inciter à travailler dans les zones enclavées et / ou déshéritées ?

.....  
.....

3.7 Que devrait faire l'Etat au cas où une fois ces conditions réunies, les agents concernés refuseraient de rejoindre leur poste ?

.....  
.....

3.8 Pourquoi certains spécialistes refusent-ils de regagner leur poste d'affectation ?

.....  
.....

3.10 Quelles sont les catégories de personnel de santé au niveau desquelles ce refus est plus manifeste ?

.....  
.....

3.11 Que proposez-vous à l'Etat pour remédier à cette situation ?

.....  
.....

3.12 Quels sont les types d'emploi au niveau desquels les comportements liés à l'absence de motivation au travail sont les plus remarquables ?

APE	= 1
Contractuel de l'Etat	= 2
Contractuel de la formation sanitaire	= 3
Autre (préciser) : .....	= 4

3.13 Quels sont selon vous les principaux comportements qui traduisent l'absence de

*Rapport Final*

motivation au travail chez le personnel de santé en poste dans les zones enclavées ou déshéritées ?

.....  
.....

3.14 Que faire pour remédier à ces genres de comportement ?

.....  
.....

3.15 Que proposez-vous à l'Etat pour attirer les spécialistes de santé dans la fonction publique ?

.....  
.....

3.16 Influence de la masse de travail sur le rendement des spécialistes en zones rurales ?

.....  
.....

3.17 Propositions de mesures incitatives à cet effet ?

.....  
.....

3.19 Influence de la sécurité de l'emploi sur les comportements des agents de santé APE ?

.....  
.....

3.20 Pourquoi les médecins spécialistes s'intéressent-ils à la formation en santé publique ?

.....  
.....

3.20 Que faire pour freiner cette tendance ?

.....  
.....

3.25 Comment attirer les médecins de santé publique vers les spécialités d'ordre clinique ?

.....  
.....

**Date de l'entretien :** .....

*Je vous remercie pour m'avoir consacré une partie de votre précieux temps.*

Rapport Final  
de santé

**2. Renseignements généraux**

Zone sanitaire : ...../\_\_\_/\_\_\_/

Commune : ...../\_\_\_/\_\_\_/

Dénomination de la structure : .....  
...../\_\_\_/\_\_\_/

Sexe : ...../\_\_\_/

Féminin = 1

Masculin = 2

Niveau d'instruction: ...../\_\_\_/

Etudes post universitaires = 1

Etudes supérieures = 2

Etudes secondaires = 3

Etudes primaires = 4

Autre (préciser) ..... = 5

Poste occupé dans la structure: ..... /\_\_\_/

Président = 1

Directeur Exécutif = 2

Chargé de Programme = 3

Secrétaire Général = 4

Autre (préciser) ..... = 5

Nombre d'années d'ancienneté

A ce poste de responsabilité...../\_\_\_/\_\_\_/

Dans la structure ...../\_\_\_/\_\_\_/

118. Qu'entendez-vous par zones déshéritées dans le cadre des services de santé ?  
.....  
.....

119. Qu'entendez-vous par zones enclavées dans le cadre des services de santé ?  
.....  
.....

120. Qu'entendez-vous par affectation dans le cadre des services de santé ?  
.....  
.....

121. Qu'entendez-vous par mutation dans le cadre des services de Santé ?

*Rapport Final*

.....  
.....  
122. Que pensez-vous de l'exercice des services de santé en zones déshéritées et/ou enclavées ?

.....  
.....  
123. Que pensez-vous de la situation actuelle du personnel de santé dans les zones déshéritées et/ou enclavées ?

.....  
.....  
124. Quelles sont les procédures d'affectation des cadres de santé dans ces zones ?

.....  
.....  
125. Mécanismes de mise en œuvre de ces procédures ?

.....  
.....  
126. Mesures d'accompagnement dont bénéficient/devraient bénéficier les personnels de santé affectés dans ces zones ?

.....  
.....  
127. Votre appréciation de ces mesures par rapport à leurs besoins dans ces zones ?

.....  
.....  
128. Effets de ces mesures sur leur rendement ?

.....  
.....  
129. Propositions dans le sens de l'optimisation de leur performance ?

.....  
.....  
130. Quelles sont / devraient être les conditions particulières d'affectation des spécialistes dans les zones enclavées et/ou déshéritées ?

.....  
.....  
131. Effets de ces conditions sur leur rendement ?

.....  
.....  
132. Propositions dans le sens de l'optimisation de leur performance ?

.....  
.....  
133. Problèmes que pose/devrait poser la mise en œuvre des procédures d'affectation du personnel de santé en général et des spécialistes en particulier ?

.....  
.....  
134. Que faire pour gérer au mieux ces problèmes ?

.....  
.....  
135. Attitude de l'administration face aux agents qui refusent de regagner leur poste de travail ?

.....  
.....  
136. Raisons de refus de regagner ces postes de travail ?

.....  
.....  
137. Que faire pour attirer les spécialistes de santé dans la fonction publique ?

.....  
.....  
138. Influence de la sécurité de l'emploi sur les comportements des agents de santé APE?

.....  
.....  
140 Pourquoi les médecins spécialistes s'intéressent-ils à la formation en santé publique ?

.....  
.....  
141 Que faire pour freiner cette tendance ?

.....  
.....  
142 Que faire pour attirer les médecins de santé publique vers les spécialités d'ordre clinique ?

.....  
.....  
143 Appréciation de la motivation au travail en zones rurales ?

.....  
.....  
144 Comportements traduisant l'absence de motivation au travail du personnel en poste en zones rurales ?

.....  
.....  
**Date de l'entretien :** .....

*Je vous remercie de m'avoir consacré une partie de votre précieux temps.*

**Fiche d'estimation financière de motivation des personnels de santé**

**exerçant dans les zones déshéritées et/ou enclavées**

N°	Eléments de motivation	Dimension	Indicateur	Montant actuellement payé/mois (F CFA)	Montant souhaité/mois (F CFA)	Marge financière (F CFA)
1						
2						
3						
4						
5						
6						

**Date de réalisation :** .....

*Je vous remercie de m'avoir consacré une partie de votre précieux temps*