

RAPPORT FINAL

**ETUDE SUR LES NORMES ET STANDARDS EN MATIERE DES
RESSOURCES HUMAINES POUR LE SECTEUR DE LA SANTE AU BENIN**

*Etude réalisée par Dr. Gérard AGBOTA,
Expert en Gestion et Développement des ressources humaines, Directeur du
cabinet GECA – PROSPECTIVE*

Assisté par M. Patrick MAKOUTODE, économiste de la santé

Décembre 2006

<p>« Gestion d'entreprise en Culture Africaine »</p> 	<p>CABINET GECA-PROSPECTIVE</p> <p>Sainte Rita, Lot 1293 tranche K 02 B.P. 1056 Cotonou – BENIN- Tél. : (229) 32-54-49 / 32-59-44 Fax : (229) 32-59-45</p>	<p><i>« L'excellence et la crédibilité dans tout ce que nous faisons »</i></p>
--	---	--

SOMMAIRE

	PAGE
Sigles et abréviations	3
Introduction	4
I- Contexte et justification	6
II- Démarche méthodologique	14
III- Nouvelles normes et standards.....	20
Conclusion	45
Recommandations	46
Annexes	49

SIGLES ET ABREVIATIONS

AHOUI	: Administration Hospitalière et Universitaire et Intendance
CHD	: Centre Hospitalier Départemental
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CNP	: Centre National de Psychiatrie
CNPP	: Centre National de Pneumo Physiologie
CSAR	: Centre de Santé d'Arrondissement Rural
CSAU	: Centre de Santé d'Arrondissement Urbain
CSCOMR	: Centre de Santé de Commune rurale
CSCOMU	: Centre de Santé de Commune Urbaine
CTUB	: Centre de Traitement de l'Ulcère de Buruli
CVA	: Conducteur de Véhicule Administratif
DDS	: Direction Départementale de la Santé
DDZS	: Direction de Développement des Zones sanitaires
DI	: Dispensaire Isolé
DRH	: Direction des Ressources Humaines
FAP	: Femme en Age de Procréer
GRH	: Gestion des Ressources Humaines
HG	: Hôpital Gérontologique
HOMEL	: Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune
HZ	: Hôpital de Zone
IAS	: Inspecteur d'Action Sanitaire
IDE	: Infirmier Diplômé de l'Etat
IIB	: Infirmier ou Infirmière Breveté
MDE	: Médecin Diplômé d'Etat
MI	: Maternité Isolée
MS	: Ministère de la Santé
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ORL	: Otho Rhyno Laryngologie
SFE	: Sage-femme d'Etat
UVS	: Unité Villageoise de Santé

Liste des tableaux

	PAGE
Tableau I : Evolution de la population béninoise de 1992 à 2006	8
Tableau II a : Répartition de la population par tranche d'age.....	8
Tableau II b : Répartition de la population par sexe	9
Tableau III – Densité de la population par département en 2002	9
Tableau IV : Normes des effectifs de personnel par structure de la zone sanitaire	24
Tableau V : Normes des effectifs du personnel par niveau de la pyramide sanitaire	25
Tableau VI : Effectif minimum du personnel médical et para médical par service de l'unité de médecine	35
Tableau VII : Effectifs du personnel minimum proposé par type de structures et par niveau de la pyramide sanitaire	36
Tableau VIII : Effectifs du personnel minimum proposé par type d'hôpitaux spécialisés	40

INTRODUCTION

Pour pouvoir atteindre les objectifs nationaux et internationaux en matière de santé publique, la mobilisation et la motivation du personnel de santé, en qualité et en quantité, deviennent un véritable enjeu stratégique dans les pays en voie de développement. Mais malgré cela, peu de pays ont conduit des évaluations exhaustives pour estimer le nombre existant de travailleurs de santé et les besoins en ressources humaines pour le futur.

Le Ministère de la Santé du Bénin, dans l'accomplissement de sa mission « l'accès aux soins de qualité pour tous » utilise un personnel à gros effectif, avec des statuts d'emploi et des corps professionnels variés. A cet effet, une bonne gestion des Ressources Humaines s'avère indispensable et ce besoin a été clairement exprimé dans le document de politique et stratégies de santé 2002-2006. L'accent a été précisément mis sur la nécessité d'une amélioration de la gestion des ressources du secteur, en vue d'accroître l'efficacité et l'efficience des programmes de santé.

Pour atteindre ces objectifs, le Ministère de la Santé avec l'appui des partenaires au développement a entrepris plusieurs études dont le Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé. La présente étude qui est une suite logique des précédentes, s'intéresse à l'étude des normes et standards en matière de ressources humaines au Bénin.

Après avoir situé le contexte et précisé la démarche méthodologique, nous présenterons les résultats ainsi que les suggestions et orientations stratégiques qui en découlent.

CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Ce chapitre comportera quatre parties :

1. le rappel du TDR ;
2. la situation démographique du Bénin ;
3. l'organisation du système de santé ;
4. le financement de la santé.

Rappel des TDR

Le Ministère de la Santé Publique, à travers la Direction de la Santé Familiale et l'UNFPA a confié au Cabinet GECA Prospective la mise en exécution du contrat de services pour la réalisation de l'étude sur les normes et standards en matière de gestion des ressources humaines.

Plusieurs études et initiatives en vue du développement des ressources humaines du secteur de la santé ont été entreprises. Entre autres, on peut citer l'élaboration de la politique de gestion des ressources humaines du secteur de la santé, le tableau de bord des ressources humaines du secteur de la santé (2005), l'étude sur le Développement des Ressources Humaines pour la Santé (2006) et l'élaboration du plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé.

Malgré tous les efforts déployés, de nombreux défis restent à relever. Ces défis se rapportent essentiellement aux problèmes suivants :

- L'absence de normes et standards réalistes en matière de ressources humaines pour le secteur de la santé ;
- L'insuffisance des ressources financières consacrées aux ressources humaines ;
- Les grandes disparités dans la distribution des ressources humaines ;

- La concentration du personnel dans les centres urbains au détriment des centres ruraux ;
- L'insuffisance de personnel qualifié / spécialisé.

La résolution de ces problèmes passe par la maîtrise des besoins et une répartition efficace des ressources humaines mobilisées. Pour ce faire il est nécessaire de procéder à la définition de normes et standards en matière de ressources humaines dans le secteur de la santé. A cet effet, il urge que les éclairages nécessaires soient apportés sur les normes et standards en matière de ressources humaines dans le secteur de la santé. C'est le but de la présente étude qui vise l'étude des normes et des standards en matière de ressources humaines dans le secteur de la santé.

Objectif général

Définir les normes et les standards en matière de ressources humaines dans le secteur de la santé.

Objectifs spécifiques

- Faire un état des lieux des normes et standards en matière de ressources humaines dans le secteur de la santé ;
- Examiner la pertinence des normes existantes ;
- Identifier les insuffisances des normes existantes ;
- Proposer des normes et standards consensuels à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Bref rappel de la situation démographique au Bénin

La population du Bénin en 2006 est estimée à 7.612.145 habitants¹. Les données statistiques issues des différentes opérations de Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) au Bénin montrent que la population croît à un rythme élevé et que le taux d'accroissement annuel n'a pas varié sur la période de 1992 à 2006. (cf. tableau I)

Tableau I : Evolution de la population béninoise de 1992 à 2006

Années	1992	2002	2006*
Effectif	4 915 555	6 769 914	7 612 145
Taux d'accroissement annuel moyen %	3,2	2,8	2,85

Source : DED/INSAEN * projection RGPH3 (doc. situation pol. et plan)

La population béninoise est caractérisée par trois éléments fondamentaux :
Elle double tous les 25 ans et cette tendance qui risque de perdurer
Constitue une contrainte pour le développement de nos services de santé.
Elle est essentiellement jeune et majoritairement féminine.

Tableau II a : Répartition de la population par tranche d'âge

Couche	2006
Enfants 0-14 ans	47%
Jeunes 15-59 ans	49%
Plus de 59 ans	4%

Source : RGPH3

¹ RGPH3

Tableau II b : Répartition de la population par sexe

Structure	2006
Femme	51,28%
Homme	48,72%
Femme en âge de procréer	22%

Source RGPH3

Elle est inégalement répartie sur le territoire national comme le montre le tableau III sur la densité.

Tableau III – Densité de la population par département en 2002

Départements	Alibori	Atacora	Atlantique	Borgou	Collines	Couffo	Donga	Littoral	Mono	Ouémé	Plateau	Zou	Bénin
Superficie (km ²)	26.242	20.499	3.233	25.856	13.931	2.061	11.126	79	1.948	1.281	3.264	5.243	114.763
Population totale*	510.068	514.181	699.599	677.431	453.932	545.631	336.700	682.675	324.460	757.265	406.153	635.567	6.543.662
Poids dans la population du Bénin (%)	7,8	7,9	10,7	10,4	6,9	8,3	5,1	10,4	5,0	11,6	6,2	9,7	100
Densité au km²	19	25	216	26	33	285	30	8.641	167	591	124	121	59

Source : Données de l'INSAE & de l'INC, 2002

* d'après les projections démographiques Année 2002 de l'INSAE

Organisation du système de santé

Le système de santé du Bénin est organisé sous une forme pyramidale à trois niveaux. Le niveau central, organisé autour du Cabinet du Ministre de la Santé Publique et du Secrétariat Général a pour mission l'élaboration des politiques sanitaires, l'élaboration des normes et standards, la mobilisation des ressources et la gestion d'ensemble du système.

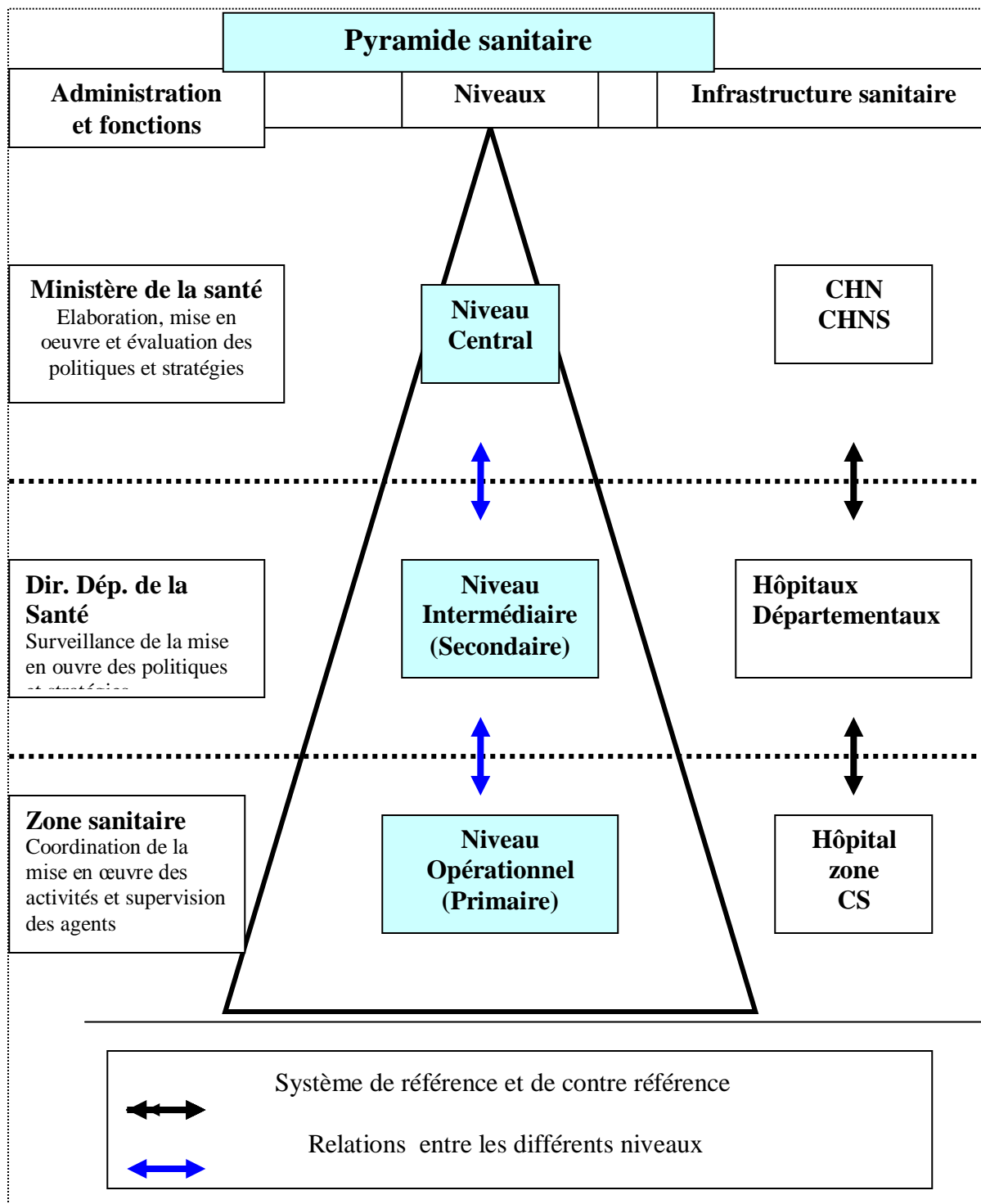
Le niveau intermédiaire comporte actuellement six Directions Départementales de la Santé Publique (DDSP) avec comme mission de traduire en action les politiques sanitaires nationales et d'organiser l'appui au niveau périphérique.

Enfin, le niveau périphérique est organisé en 34 zones sanitaires (ZS). La zone sanitaire correspond au niveau opérationnel le plus décentralisé. Elle peut desservir une ou plusieurs communes et couvre une population de 100.000 à 200.000 habitants. Elle regroupe autour d'un hôpital de zone, les structures privées et les structures publiques de santé de premier recours que constituent les Unités Villageoises de Santé (UVS), les Centres de Santé d'Arrondissement (CSA) et les Centres de Santé de Communes (CSC) situés dans l'espace qu'elle dessert.

Les organes de gestion des zones sanitaires sont constitués d'un comité de santé dans lequel tous les intervenants publics et privés sont représentés et qui définit la politique locale de santé, et d'une équipe d'encadrement de zone sanitaire qui est l'organe technique de coordination des activités. La zone sanitaire est dirigée par un médecin coordonnateur.

Cette pyramide est résumée par le schéma 1 ci-dessous :

Schéma 1 : Pyramide sanitaire du Bénin



Financement de la santé (source CNS 2003)

En 2003, la dépense globale de santé est estimée à près de 96 milliards de FCFA soit près de 13.742 FCFA par habitant (26 US\$ au taux de change courant et à 43 \$ en Parité de Pouvoir d'Achat \$ International)

La consommation médicale quant à elle, pour la même année s'élève à près de 68 milliards Fcfa soit 9675 Fcfa par tête par an et 3,3% du PIB. Cette consommation regroupe les soins ambulatoires, les soins hospitaliers, et médicaments et biens médicaux.

La source principale de financement des dépenses de santé au Bénin en 2003 reste les ménages qui supportent 52,1% de la dépense et consomment 69,35% de la consommation médicale. L'Etat, participe à hauteur de 30,8% de ces dépenses. La troisième source de financement provient du Reste du Monde avec 16,5 % de la dépense globale. Les trois sources confondues font l'essentiel de la dépense soit 99,4%

La répartition de cette dépense par agent de financement place encore les ménage par leur versement direct en tête avec 52,06% suivi du Ministère de la Santé Publique 33% et du reste du monde 11,8%, les autres ministères, 2,6% et les autres agents de financement, 0,54 %

Au total on note une iniquité dans le financement de la santé. Les ménages dans un contexte de marasme économique caractérisé par une baisse de leur revenu, supportent plus de 52% de la dépense de santé. Cette situation risque à terme de renforcer la situation actuelle d'exclusion des couches vulnérables du système de soins. Il urge donc, de réfléchir à la mise en place d'un mécanisme d'assurance maladie.

L'analyse de la répartition de la dépense globale de santé par fonction met en exergue ce qui suit :

Le poste Pharmacie et autres fournisseurs de bien médicaux est prépondérant. En effet, plus de 41,0% des dépenses sont consacrées à l'achat de médicaments et biens médicaux comme bien de consommation finale par le patient.

Les soins ambulatoires représentent 16% des dépenses de santé alors que les soins hospitaliers n'en constituent que 9% et l'administration les 5%.

La prévention et les programmes de santé, quant à eux, ne représentent que 9% environ de cette dépense.

En outre, il faut préciser qu'en raison de l'absence de détails dans l'enquête QUIBB, il n'a pas été possible de disposer d'informations sur les guérisseurs traditionnels.

De cette répartition, il est à souligner l'inadéquation de la dépense en prévention sanitaire collective par rapport au besoin réel du pays en matière de prévention surtout dans les zones défavorisées. La dépense par habitant en prévention collective ne dépasse guère 1237FCFA par an en 2003. Il convient également de souligner le poids non négligeable du médicament dans un contexte de promotion des médicaments sous nom générique. Une évaluation du processus permettrait à coup sûr d'identifier les lacunes et permettre un allègement effectif du poids des médicaments dans la dépense de santé.

Le budget du ministère de la santé publique exécuté en 2003 s'élève à 31 643 823 873

Soit 4532 Fcfa per capita. Il représente près de 9,81 % du budget général de l'Etat, et 2% du PIB à prix courant.

L'examen de l'évolution de ce budget per capita montre qu'il a connu une fluctuation dans une fourchette de 4500 à 5000 Fcfa entre 1997 et 2003. Cependant comparés sur la même période, l'indice budget santé et l'indice PIB, évoluent pratiquement dans les mêmes proportions pendant que l'indice budget Etat connaît

une croissance plus rapide. Cette situation relance le débat sur la place de la santé en terme de priorité pour l'Etat.

L'analyse de la répartition du budget du Ministère de la Santé Publique fait ressortir que 30,2 % de ce budget est consacré aux charges salariales, 26,1% à l'investissement et 43,7% aux charges de fonctionnement hors salaire. La répartition de ces dernières charges est la suivante ; près de 50% pour les soins hospitaliers et 43% pour les soins ambulatoires.

Malgré le processus de décentralisation amorcé depuis les années 2000 qui a eu comme conséquence, l'autonomie accordée aux communes, la part du financement des collectivités locales dans dépense totale de santé est très marginale (0.1%).

II- DEMARCHE METHODOLOGIQUE

2.1 Population et sites de l'étude

2.1.1 Population cible

La population ciblée par l'étude est constituée des personnes qui devraient appliquer les normes et standards si elles existent. Il s'agit en effet :

- des Responsables centraux du Ministère de la Santé chargés de la gestion des ressources humaines (DRH, DDZS) ;
- des Partenaires au développement participant aux reformes en matière de ressources humaines (OMS, UNFPA) ;
- des Directeurs et ou leur Chef service des Affaires Administratives et Economiques des hôpitaux de référence : CNHU et HOMEL ;

- des Directeurs Départementaux de la Santé et ou responsable des ressources humaines (Atacora-Donga, Atlantique- Littoral, Mono- Couffo, Ouémé – Plateau) ;
- des Directeurs des CHD et ou leur Chef service des Affaires Administratives et Economiques des départements retenus ;
- des Coordonnateurs de zones sanitaires de département retenus ;
- des Directeurs des HZ et ou leurs Chef service des Affaires Administratives et Economiques des zones sanitaires retenu par département ;
- des Médecins chef des CSCOM des zones sanitaires retenu par département ;
- des Infirmiers chefs de poste des CSA des CSCOM retenus.

Zones touchées par l'enquête

- Départements : Atacora- Donga, Atlantique- Littoral, Mono- Couffo, Ouémé – Plateau
- Zones Sanitaires : Aplahoué-Djakotomey-Dogbo, Adjohoun-Dangbo-Bonou, Cotonou 2 et 3, Natitingou-Boukoubé -Toucountouna ;
- Centres de Santé de Commune : Bonou, Dogbo, Toucountouna ;
- Centre de Santé d'Arrondissement : Koarfa (Toucountouna), Ayomi (Dogbo)

Echantillonnage

La méthode utilisée a été essentiellement probabiliste pour le choix des départements, des zones sanitaires par département sélectionné, des CSCOM par zone sanitaire sélectionnée et des CSA par CSCOM sélectionné. En ce qui concerne le choix des cibles précitées, la méthode utilisée a été non probabiliste.

La technique d'échantillonnage utilisée pour le choix des différents sites est le tirage aléatoire systématique. Pour ce qui est du choix des cibles de notre étude, c'est la technique du choix raisonné qui a été utilisé.

Techniques et outils de collecte des données

Pour réaliser cette étude deux techniques de collecte des données ont été utilisées :

- L'exploitation de documents ;
- L'entretien individuel avec les différentes cibles précitées.

Les outils de collecte des données suivant ont été respectivement utilisés :

- Fiche de dépouillement ;
- Guide d'entretien.

Organisation de la collecte des données

2.4.1 La pré collecte

Les outils de collecte ont été conçus par nous même. Ensuite nous avons pré testé les outils conçus à l'hôpital de Mênontin qui fait office d'hôpital de Zone pour le littoral et qui n'a pas été sélectionné dans le cadre de notre étude.

La 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 MSP, de l'OMS.

La collecte des données in situ a été rendue possible grâce à une équipe déployée dans les sites retenus pour l'étude dans la période du 4 au 13 décembre 2006.

Les données ont été recueillies à l'aide d'outils adaptés aux questions liées aux problèmes de respect des normes et standards dans le secteur de la santé.

2.5 Traitement des données

Un travail préalable de dépouillement des données recueillies a eu lieu. Les variables qui ont été pris en compte dans le traitement et l'analyse des données sont :

- Catégories socio professionnelles ;
- Connaissance des normes ;
- Application de ces normes ;
- Connaissance des critères d'établissement d'une Zone sanitaire ;
- Expérience /vécu de l'application des normes et standards ;
- Difficultés/limites dans l'application des normes ;
- Mécanismes de contournement des difficultés ;
- Estimation du coût qu'engendrent ces mécanismes ;
- Caducité des normes ;
- Stratégies de correction des insuffisances et limites.

Les données quantitatives ont été saisies et nettoyées dans D Base. Ces données ont été analysées dans Excel.

Quant aux données qualitatives, les variables énumérées et les regroupements thématiques des données recueillies en vue de la catégorisation des informations permettront d'affiner l'analyse.

2.6 Les difficultés rencontrées

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

La première concerne la complétude des données, en effet il a été un peu difficile pour avoir les renseignements sur le personnel.

Le délestage a été le facteur le plus cité pour palier à la non disponibilité de l'information sur le personnel.

Le temps accordé à l'étude n'a pas permis de rencontrer les acteurs ci après :

- Les partenaires sociaux ;
- Certains responsables de structures assimilés aux hôpitaux spécialisés.

Le contenu des termes référence a manqué de précision par rapport à certains aspects importants aux yeux des acteurs invités à la validation du rapport. En effet certaines remarques pertinentes concernant la charge de travail, le seuil de productivité ont été faites lors de la séance de validation. A cet effet, l'équipe de consultants est repartie sur le terrain pour compléter les informations relatives à ces aspects.

2.7 Chronogramme des activités

Période	Activités	Lieu
Dimanche 3 décembre	Elaboration des outils Mise en route (Départ de Cotonou) pour le département de l'Atakora	Natitingou (Atakora)
Du lundi 4 au mercredi 6 Décembre 06	Collecte des données	HZ (Natitingou, Boukoumbé Toucountouna), CSCOM et CSA (Toucountouna) et CHD et DDSP
Mercredi 6 décembre 06	Mise en route (Départ de l'Atakora) pour le département du Mono	Nuit à Parakou
Du jeudi 7 au samedi 9 Décembre 06	Collecte des données	HZ (Aplahoué, Djakotomey et Dogbo), CSCOM et CSA (Dogbo) et CHD et DDSP
Du samedi 9 au dimanche 10 décembre 2006	Traitement, analyse et démarrage de la rédaction du draft	Cotonou
Du lundi 11 au mercredi 13 décembre 2006	Collecte des données	HZ (Avrankou, Adjarra, Akpro Missérété), CSCOM et CSA (Missérété) et CHD et DDSP
Mardi 12 décembre 2006	Entretien avec des personnes ressources	MSP, Direction du projet de gestion des ZS, OMS DDS Atlantique, HOMEL
Mercredi 13 décembre 2006	Entretien avec des personnes ressources Et traitement des données	MSP, Direction du projet de gestion des ZS, OMS DDS Atlantique, HOMEL
Jeudi 14 décembre 06	Traitement et Analyse des données	GECA Prospectives

III- NOUVELLES NORMES ET STANDARDS

Résultats et commentaires

Au terme du processus de collecte des données, les responsables des structures suivantes ont été interviewées :

- le DRH et son chargé des ressources humaines ;
- le représentant du DDZS ; le Chef Service appui à la décentralisation représentant de l’OMS et du FNUAP ayant participé aux reformes en matière de ressources humaines
- les Chefs service personnel du CNHU et de l’HOMEL ;
- les responsables des ressources humaines des directions départementales de la santé : Atacora- Donga, Mono- Couffo, Ouémé – Plateau et le chef service des affaires financières du département de l’Atlantique- Littoral ;
- les chefs service des Affaires Administratives et Economiques des CHD des départements précités ; et le directeur du CHD Ouémé – Plateau
- les Coordonnateurs de zones sanitaires Natitingou-Boukoubé-Touncoutouna, Aplahoué-Djakotomey-Dogbo, Adjohoun-Dangbo, Bonou
- les chefs service administratif et économiques des zones sanitaires Natitingou-Boukoubé-Touncoutouna, Aplahoué-Djakotomey-Dogbo, Adjohoun-Dangbo, Bonou, Cotonou II-Cotonou III
- les Médecins chef des CSCOM de Touncoutouna, de Dogbo et de Bonou
- les Infirmiers chefs de poste de l’arrondissement de Koarfa, Dogbo.

Pour plus de visibilité, les résultats obtenus seront présentés par objectif spécifique.

III-1 Etat des lieux des normes et standards

Les normes et standards en matière de ressources humaines dans le secteur de la santé conditionnent la réussite de la mise en œuvre des plans et stratégies de développement du secteur de la santé.

Au Niveau International.

En matière de normes de nos jours, deux tendances se dessinent : la revue des normes en matière de ressources humaines du secteur de la santé et l'émergence des normes ISO.

En ce qui concerne la revue des normes et standards en matière de ressources humaines du secteur de la santé par l'OMS, il a été prouvé que les normes OMS existantes qui reposaient sur la densité de la population ont montré leurs limites et qu'il faille repenser les critères d'établissement de ces normes. C'est ainsi que dans le cadre de cette revue en ce qui concerne la région Africaine de l'OMS, il a été demandé à chaque pays de réaliser une étude sur la charge de travail effective des agents de santé dans les structures de prestations de soins et services de santé. Cette étude est actuellement en cours au Bénin.

Quant aux normes ISO, il faut retenir que l'Organisation internationale de normalisation (ISO) est une fédération mondiale de cent vingt organismes nationaux de normalisation (1996). L'ISO se propose de promouvoir la mise au point de normes en vue de faciliter les échanges de biens et de services dans le monde et de stimuler la coopération dans les domaines intellectuels, scientifique, technique et économique. Les résultats des travaux techniques de l'ISO sont publiés sous la forme de Normes internationales.

Pour donner une idée des thèmes abordés, deux exemples sont présentés.

La norme ISO 9000 est un système d'assurance qualité. Ce système préconise, entre autres l'identification claire des objectifs à satisfaire au niveau des produits et services offerts, une organisation générale claire et précise, pour chaque

activité : objectifs clairs, organisation du travail performante et précise, personnel compétent et motivé, moyens performants.

La norme ISO 9004-2 comporte 3 chapitres : la motivation (ex. sélection du personnel, conditions de travail, participation, objectifs, évolution de carrière, etc.) formation et évolution (du management, du personnel, recyclage, évaluation des performances, etc.) la communication (ex. briefings de direction, réunions d'informations, informations écrites, ..). C'est la norme ISO 9004-2 qui s'intéresse le plus au développement des ressources humaines et qui mérite plus d'attention pour l'élaboration du plan national stratégique de développement des ressources humaines pour la santé.

Au Niveau National

Depuis l'avènement du Renouveau démocratique en février 1990, plusieurs réformes sont intervenus dans le secteur de la santé. L'une des plus importantes a été la création au ministère de la santé d'une direction des Ressources Humaines.

En ce qui concerne l'état des lieux en matière de normes et standards au Bénin, nous pouvons distinguer deux catégories :

Normes officielles

Normes non Officielles (Normes DRH)

3.1-1 Normes officielles

Jusqu'à la fin de l'année 2001, la référence en matière de normes et standards pour ressources humaines du secteur de la santé au Bénin était celles préconisées par l'Organisation Mondiale de la Santé. Ces normes étaient basées sur la démographie et l'offre de soins. Elles s'exprimaient en terme de ratio « nombre d'habitants par catégorie d'agent de santé. Par exemple on parlait d'un médecin pour 10 000 Habitants, un infirmier pour 5000 habitants, une sage-femme pour 5000 femmes en âge de procréer.

Ces normes ont très tôt montré leurs limites parce n'étant pas spécifiques aux réalités des pays en voie de développement et plus particulièrement ceux d'Afrique. En effet, ces normes n'ont pas tenu compte de la demande de soins, de la charge de travail, du plateau technique et des difficultés liées à l'offre de soins dans les différents pays concernés.

C'est ainsi qu'au Bénin, avec les différentes réformes intervenues dans le secteur de la santé on a assisté pendant les années 90 à une réorganisation de la base de la pyramide sanitaire. La pyramide sanitaire est la pierre angulaire du système national de santé et sa base regroupe l'essentiel des soins de santé de base.

Pour faciliter la fonctionnalité de ces zones, la cellule d'appui au développement des zones sanitaires avec le financement du Projet Santé Population (PSP) a conçu le document « les normes standards en matière d'activités, d'effectifs de personnel, d'infrastructures et d'équipements pour les zones sanitaires » en 2001. Ce document est le seul officiel sur les normes et standards en matière de ressources humaines réalisé et validé au Bénin.

Les effectifs du personnel retenus par structure comme norme sont résumés dans de tableau IV

Tableau IV : Normes des effectifs de personnel par structure de la zone sanitaire

Personnel par catégorie professionnelle		UVS	D/M I	CSA	CSCOM	HZ	
Personnel Médical	Médecins Généralistes				1		
	Médecins pédiatres					1	
	Médecins gynécologues					1	
	Médecins de santé publique				(1)		
	Médecins chirurgiens				(1)	1	
	Chirurgiens Dentistes						
	Total Personnel Médical					1	3
		SFE Anesthésiste Réanimateur					1
		Aide Chirurgien					
		Anesthésiste Réanimateur				(1)	1
		Stomatologie					1
		Préparateur en pharmacie					1
		Ophtalmologie					1
		Instrumentiste				(1)	2
	Infirmiers	CAS/Infirmiers Diplômés d'Etat		1	1	2	4
Infirmiers Brevetés				1	3	5	
CAS/Sages-femmes d'Etat		1	1	3	4		
Laboratoire	Ir. Travaux en Analyse Biomédicale						
	Techniciens Supérieurs de Laboratoire					1	
	Techniciens de Laboratoire "B"				1	1	
Radio	Techniciens Assistants de Labo "C"						
	Ir. des Travaux en Imagerie Médicale						
	Techniciens Sup. de Radiologie				(1)	1	
Autres	Techniciens de Radiologie						
	Technicien Supérieur d'Action Sociale				1		
	CAS/Prothésistes Dentaires						
	Agent d'entretien des services de santé		1	1	2	4	
	Aides-soignants		1	4	6	11	
	Matrones	2					
Total Personnel Paramédical		4		8	19	34	
Personnel Administratif	Administrateurs						
	Agent de recouvrement des recettes fin. com.			1	3	3	
	CVA					2	
	Préposé de tourisme					1	
	Secrétaire Adjoint des Services Administratif				1	1	
	Attachés, Contrôleurs et Assistants des Services Financiers					1	
	Informaticiens						

Gardiens				1	2
Total Personnel Administratif			1	5	10
Total	4	3	9	25	52

() = si existence de bloc ou de médecin de santé publique

D/MI : Dispensaire ou Maternité Isolé

3.1-2 Normes non Officielles

Les normes citées plus haut ont été élaborées pour faciliter la fonctionnalité des structures de soins de la base de la pyramide sanitaire. Elles ont également montré leurs limites lors de leur confrontation avec nos réalités. C'est ainsi que pour une meilleure gestion des ressources humaines du secteur de la santé, la Direction des Ressources Humaines (DRH) après plusieurs supervisions et missions sur le terrain a élaboré ce qu'on peut appeler « normes DRH » qui tiennent plus compte des réalités du terrain. Ces normes n'ont été ni validées ni diffusées, elles ont été utilisées par la DRH pour faire une meilleure répartition des ressources humaines du secteur de la santé. Elles concernent essentiellement le personnel médical et para médical.

Le tableau V ci-dessous nous donne la synthèse de ces propositions.

Tableau V : Normes des effectifs du personnel par niveau de la pyramide sanitaire

Personnel par catégorie professionnelle		CSA	CSCOM	HZ	CHD	HN
Personnel Médical	Médecin interniste			1	3	10
	Médecin pédiatre			2	3	6
	Médecin gynécologue			2	3	6
	Médecin de santé publique			1		
	Médecin chirurgien			2	3	6
	Médecin anesthésiste			1	3	10
	Médecin gastro-entérologue				2	4
	Médecin ophtalmologiste				2	4
	Médecin ORL				2	4
	Médecin neurologue				1	2
	Médecin psychiatre				2	4
	Médecin épidémiologiste			1		
	Médecin cardiologue				1	4
	Médecin biologiste				1	4

Personnel par catégorie professionnelle		CSA	CSCOM	HZ	CHD	HN
	Médecin rhumatologue				1	2
	Médecin nutritionniste				2	4
	Médecin hématologue				1	4
	Médecins Généralistes		1		8	20
	Pharmacien				1	5
	Chirurgiens Dentistes				1	8
	Total Personnel Médical	0	1	10	40	107

Personnel par catégorie professionnelle		CSA	CSCOM	HZ	CHD	HN	
Personnel para médical	Inspecteurs d'Actions Sanitaires	SFE anesthésiste		2	2	4	
		SFE santé familiale		1	2	2	4
		Aide Chirurgien			2	3	6
		Anesthésiste Réanimateur			2	4	8
		Stomatologie			2	3	6
		Ophthalmologie			2	3	6
		Kinésithérapie			1	2	4
		Dermatologie				2	4
		Santé mentale				2	4
		Radiographie			1	2	4
	Instrumentiste			2	3	6	
	Infirmiers	CAS/Infirmiers Diplômés d'Etat	2	9	15	30	60
		Infirmiers Brevetés	2	6	12		
	CAS/Sages-femmes d'Etat	2	4	7	10	20	
	Laboratoire	Ir. Travaux en Analyse Biomédicale					
		Techniciens Supérieurs de Laboratoire		1	2	4	10
	Radio	Ir des Travaux en Imagerie Médicale					
Techniciens Sup. de Radiologie			1	1	2	6	
	Total Personnel Paramédical	6	22	53	74	152	
	Total	6	23	63	114	259	

Sources : DRH/MSP

III-2 Analyse de la pertinence des normes existantes

De tout ce qui précède on peut retenir qu'il existe au Bénin pour la base de la pyramide sanitaire des normes sur les ressources humaines depuis la fin de l'année 2001.

L'analyse de la pertinence devrait permettre de répondre à deux questions essentielles :

Pourquoi des normes et standards pour la gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé ?

Les normes et standards proposés permettent- ils l'atteinte des objectifs du système national de prestation de soins et services de santé ?

Pourquoi des normes et standards pour la gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé ?

Les ressources humaines constituent le capital le plus important du secteur de la santé surtout en matière de prestation des soins et services de santé. Ainsi pour une gestion efficace et une répartition efficiente de ces ressources, il est important d'établir des normes et standards devant les régir.

A cet effet, il est nécessaire de définir les postes, de faire une description des tâches, de déterminer l'effectif de personnel nécessaire pour une charge de travail donnée et de définir le temps de travail afin d'éviter toute dérive du personnel dans le système.

Prenons l'exemple des CHD pour lesquels il n'existe pas de normes officielles. Les responsables du personnel des CHD ont des difficultés pour gérer l'effectif du personnel. En effet chaque CHD met en place son système de gestion du personnel sans savoir le nombre de personnel minimum qu'il faut par service. Ainsi sans repère, ils ont des difficultés à faire face quelques fois aux demandes non justifiées des responsables des différents services.

Pour une meilleure gestion des ressources humaines du secteur de la santé, il urge d'élaborer des normes et standards à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en tenant compte de la qualification des ressources humaines, de la charge de travail, du nombre d'heures de travail autorisé par semaine et de la continuité des services.

Les normes et standards proposés permettent- ils l'atteinte des objectifs du système national de prestation de soins et services de santé ?

La seule référence en matière de norme sur les ressources humaines au Bénin demeure celle proposée par la direction des zones sanitaires pour faciliter la fonctionnalité de la base de la pyramide sanitaire. Cet objectif n'a pu réellement être atteint lors de la confrontation des normes avec les réalités du terrain. En effet, les résultats attendus de la fonctionnalité du système de zone sanitaire étaient d'offrir aux populations des soins de proximité et de qualité. Ceci suppose la disponibilité de personnel qualifié 24 heures sur 24 dans les centres de santé, points de premier contact avec les populations pour assurer la continuité du service.

D'après les normes proposées, dans un centre de santé d'arrondissement par exemple, le nombre de personnel qualifié est de trois (un IDE, un IIB, et une SFE). Comme on le constate, ce personnel ne peut pas assurer à lui seul la continuité du service telle que prônée par les pionniers de l'assurance qualité.

En effet, un système de garde d'au moins deux agents qualifiés par service (dispensaire et maternité) devrait permettre d'assurer la disponibilité du service 24 heures sur 24. Mieux encore, ces normes ne tiennent compte ni de la nature de la zone cible (urbaine ou rurale), ni du taux de fréquentation des services. Il n'y a donc, à aucun niveau de la base de la pyramide sanitaire (UVS, dispensaires/maternités isolées, CSA, CSCOM, HZ) une adéquation entre l'offre et la demande des soins. En conséquence, les normes en vigueur sont dépassées.

III-3 Insuffisances et limites par rapport à l'application des normes existantes

En ce qui concerne les insuffisances liées à l'application des normes, il faut distinguer celles qui sont propres au système de santé et celles extérieures au système.

Les insuffisances liées au système de santé

Connaissance de l'existence des normes

Il ressort des entretiens réalisés avec les responsables à divers niveaux de la base de la pyramide sanitaire, que 80% ignorent l'existence du document « les normes standards en matière d'activités, d'effectifs de personnel, d'infrastructures et d'équipements pour les zones sanitaires » réalisé par le CADZS devenu DDZS. Il y a donc eu un dysfonctionnement au niveau du système d'information sanitaire qui n'a pas permis d'informer et de sensibiliser les bénéficiaires/utilisateurs potentiels desdites normes. En conséquence, n'ayant pas connaissance des normes on ne devrait pas s'attendre à leur application.

Ces résultats montrent également que les utilisateurs potentiels n'ont ni participé à l'élaboration, ni à la validation des normes.

Disponibilité de ressources humaines

La deuxième grande difficulté liée à la non application des normes existantes est l'insuffisance de personnel qualifié. En effet, on note une concentration du peu de personnel qualifié dans les zones urbaines aux dépens des zones rurales. En conséquence, il se pose de gros problèmes de disponibilité de personnel qualifié et d'offre de soins de qualité dans les zones périphériques. Des stratégies d'incitation du personnel qualifié en vue de sa migration vers les zones périphériques devraient être étudiées.

La durée d'heure de travail

Il ressort des entretiens réalisés avec les responsables à divers niveaux de la base de la pyramide sanitaire que, dans plus de 50% des cas, le personnel de santé évoque les 40 heures de travail réglementaires par semaine (norme BIT) comme argument pour ne pas souvent assurer la continuité des services. En conséquence, bien que le secteur de la santé soit un secteur particulier, il est important de compléter les effectifs en vue d'assurer la continuité des services.

Celles qui sont externes au système de santé

L'engagement de l'Etat en vue du mieux être des populations devrait se ressentir à trois niveaux : le financement de la santé, la formation d'agents qualifiés et le recrutement.

En ce qui concerne le financement du secteur, malgré le fait que la santé constitue une priorité dans notre pays, la part du budget du ministère de la santé dans le budget général de l'Etat est de 9,81 % et représente 2% du PIB à prix courant.

En effet bien que sensible, ce secteur ne bénéficie pas d'assez de ressources comme les postes sécurité et de défense. L'Etat devra augmenter la part du budget du ministère de la santé dans son budget général afin de permettre une meilleure prise en charge des populations.

La formation d'agents qualifiés devrait se faire à travers les instituts de recherche et de formation, l'université, les établissements de formation paramédicaux et l'étranger en cas de non disponibilité de la formation au Bénin.

L'absence de vision et de planification stratégique n'a pas permis de palier à l'insuffisance de personnel qualifié. En effet, la réduction de la mortalité maternelle et infantile à travers l'offre de soins de qualité se retrouve par exemple dans le quatrième axe stratégique de la politique nationale de développement du secteur de la santé 2002-2006. Pour atteindre cet objectif, le système national de prestations des soins et services de santé doit disposer à tous les niveaux de la pyramide sanitaire de personnels qualifiés afin d'assister les parturientes. Ainsi selon les normes en vigueur, il est prévu un gynécologue par hôpital de zone, bien que cette norme soit dépassée, nombres d'hôpitaux de zone n'ont pas de gynécologue à ce jour. Pourtant depuis cinq ans, combien de gynécologue le ministère de la santé a-t-il lui-même formé ?

Comme on le constate, l'Etat n'a pas investi dans la formation des ressources humaines. Mieux encore le peu de bourses mis à sa disposition ont été attribuées sans tenir compte des priorités du pays en matière de besoins en formation.

Le soin a toujours été laissé aux partenaires au développement, en fonction de leur spécificité ou de leurs besoins sur le terrain, d'octroyer des bourses de formation.

Il urge que l'Etat prenne ses responsabilités car le développement de nos ressources humaines ne doit pas dépendre essentiellement de l'extérieur.

La santé est un secteur qui devrait utiliser assez de personnels qualifiés pour assurer à tout instant des soins de qualité. Et pourtant l'Etat, pourvoyeur de ces ressources ne recrute plus de puis bientôt dix ans alors que chaque année, l'effectif du personnel se réduit à cause des départs à la retraite.

La politique d'une entrée pour un départ à la retraite, n'est pas gérée de façon à obtenir une correspondance en terme de qualité. Les politiques de renforcement de l'effectif des ressources humaines ainsi que leur formation sont à repenser en fonction des nouvelles normes et standards, une fois qu'ils seront validés.

Face à cette situation, une solution provisoire a été proposée par le Ministère de la santé en ce qui concerne la base de la pyramide sanitaire, mais sa mise en œuvre n'a pas été bien mûrie : il s'agit des mesures sociales. En effet dans le cadre de l'Initiative Pays Pauvres Très Endettés (PPTE) qui s'est soldée par la remise de dette avec pour conditionnalité l'amélioration de l'environnement social des populations à travers la santé et l'éducation, il a été procédé au renforcement de l'effectif des ressources humaines par le recrutement du personnel sur fonds « Mesures sociales ». Cette initiative louable qui devrait permettre le recrutement temporaire d'agents qualifiés a été mal exploitée. En effet, cette initiative a plutôt permis dans la plus part des cas, le recrutement sans test d'un grand nombre d'agents non qualifiés. Mieux encore cette stratégie a été politisée si bien qu'il n'y a pas de clé officielle de répartition par département.

L'Etat devra repenser cette stratégie dans le sens d'un recrutement progressif du personnel sous mesure sociale afin de le motiver à donner le meilleur de lui mêmes. Un recrutement progressif par l'Etat d'agents qualifiés devra être réalisé.

III-4 Proposition des normes et standards par niveau de la pyramide sanitaire

La méthodologie qui a conduit à la proposition de ces normes, est tout un processus qui mérite d'être décrit.

L'élaboration des présentes propositions de normes et standards pour les ressources humaines du secteur de la santé a suivi les étapes suivantes :

- Dans un premier temps, nous avons étudié l'organisation des différentes structures et identifié les fonctions et attributions de ces structures par niveau de la pyramide sanitaire. Il s'agit de déterminer les différents services par structure sanitaire savoir ce qu'on attend d'elles par niveau de la pyramide sanitaire en matière de paquet de soins et services de santé.

A ce niveau également, nous avons identifié les structures assimilées à des hôpitaux spécialisés leurs organisation interne ainsi que leurs principales attributions.

- Dans un second temps nous avons identifié par niveau de la pyramide, le profil de personnel nécessaire pour la réalisation de ces fonctions. A ce niveau, il s'agit d'identifier la qualification des agents nécessaires en fonction du niveau de compétence requis pour la réalisation de ces fonctions.

Prenons par exemple l'unité de médecine du CNHUKM. Cette unité comporte six (6) services pour les quels il faut identifier des personnes ressources en vue de leur fonctionnalité. Il s'agit :

- du service de médecine interne :

- du service de neurologie
- du service de gastro entérologie
- du service d'endocrinologie et des maladies métaboliques
- du service de néphrologie
- du service rhumatologie

Pour la fonctionnalité de chacun de ces services il faudra des médecins spécialistes, des IDE spécialistes, des IDE, des Infirmiers et Infirmières Brevetés et des aides soignants dont le nombre par service est variable en fonction des attributions et de la charge de travail.

- Dans un troisième temps nous avons catégorisé les centres de santé en tenant compte de leur nature : CS urbaine ou rural, CS d'arrondissement ou de commune (notion de densité de population). En effet bien que actuellement on parle de réseau de Centre de Santé au niveau de la base de la pyramide sanitaire, nous avons pensé qu'il était nécessaire de les catégoriser parce que dans la pratique ils n'ont pas les mêmes plateaux techniques selon qu'ils soient urbains ou ruraux, d'arrondissement ou de commune.
- Dans un quatrième temps, l'analyse de la charge de travail a été réalisée par type de structure et par niveau de la pyramide sanitaire à travers le taux de fréquentation des services et la description des différents postes. En ce qui concerne ce critère, le couple « tâches à réaliser et le taux de fréquentation des services » a permis d'apprécier en fonction du niveau de la structure dans la pyramide sanitaire, la charge de travail.

Nos investigations , nous ont permis d'identifier le seuil de productivité par catégorie professionnel en tenant compte du nombre d'acte par jour , du nombre de garde par semaine et les 40 heures de travail requis par le BIT. En effet au-delà de ce seuil, la qualité des soins ne peut être assurée par le prestataire des

soins et services en raison de l'état de fatigue dans le quel il se trouverait. A titre indicatif citons quelques exemples de nombre maximum d'actes par jours :

- Cas de certains médecins spécialistes
 - * Gynécologue : cinq interventions par jour ou par garde
 - * Chirurgien : trois ou quatre interventions par jour ou par garde
 - * Stomatologue : sept à 9 interventions par jour ou par garde
- Cas des généralistes : 20 consultations au plus par jour ou par garde
- Cas de certains paramédicaux
 - * Techniciens supérieurs de radiologie : 20 radio au plus par jour ou par garde
 - * Techniciens supérieurs de laboratoire : le nombre d'analyse est variable selon leur nature et varie entre 15 et 25 lames
 - * SFE : 10 à 15 accouchements simples par jours ou par garde en fonction du degré de complexité.
- Enfin dans le soucis d'assurer la continuité des services à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, nous avons tenu compte des 40h par semaine souvent évoqués par les agents pour déterminer les effectifs minima par type de structure à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

En déterminant ces effectifs minima, nous avons tenu compte de la disponibilité en ressources humaines par spécialité et des prévisions à moyen terme en matière de formation de ressources humaines.

Prenons toujours l'exemple de l'unité de médecine du CNHU HKM de Cotonou. Le tableau VI donne une illustration des effectifs minima en personnel médical et paramédical

Tableau VI : Effectif minimum du personnel médical et para médical par service de l'unité de médecine

SERVICES	MS	MDE	IAS	IDE	IIB	AS
Service de médecine interne	3	1	2	6	3	4
Service de neurologie	3	1	1	3	2	3
Service de gastro entérologie	2	1	1	3	2	3
Service d'endocrinologie et des maladies métaboliques	2	1	1	3	2	3
Service de néphrologie	2	1	1	3	2	3
Service rhumatologie	2	1	1	3	2	3
TOTAL	14	6	7	20	13	19

MS = médecin spécialiste

MDE = médecin diplômé d'Etat

IAS = inspecteur d'action sanitaire

IDE = infirmier diplômé d'Etat

IIB = infirmier, infirmière breveté

AS = aide soignant

Le tableau VII donne la synthèse des effectifs minimums proposés par type de structures qui permettent d'avoir un seuil critique de productivité.

Tableau VII : Effectifs du personnel minimum proposé par type de structures et par niveau de la pyramide sanitaire

Personnel par catégorie professionnelle	UVS	DI	MI	CSAR	CSAU	CSCOMR	CSCOMU	HZ	CHD	CHU
Médecin interniste								1	2	3
Médecin néphrologie										2
Médecin gastro-entérologue										2
Médecin endocrinologue et maladie métabolique										2
Médecin rhumatologue										2
Médecin neurologue										3
Médecin Gériatologue										2
Médecin pédiatre								2	2	6
Chirurgiens Pédiatres										3
Médecin gynécologue						(2)	(2)	2	4	12
Médecin de santé publique										2
Médecin chirurgien						(2)	(2)	2	4	16
Médecin anesthésiste								1	2	4
Médecin ophtalmologiste									1	3
Médecin ORL									2	4
Médecin Pneumologue										3
Médecin dermatologue									1	3
Médecin psychiatre									1	3
Médecin épidémiologiste									1	2
Médecin cardiologue									1	4
Médecin nutritionniste									1	2
Médecin biologiste									1	3
Médecin hématologue									1	2
Médecin uminologiste										2
Médecin parasitologue										2
Médecin bactériologiste										2
Médecin radiologue									1	3
Médecin hygiéniste									1	2
Médecins Généralistes						1	2	6	6	8

Personnel par catégorie professionnelle	UVS	DI	MI	CSAR	CSAU	CSCOMR	CSCOMU	HZ	CHD	CHU
Pharmacien									1	2
Kinésithérapeute								1	3	6
Chirurgiens Dentistes								1	2	4
Total Personnel Médical	0	0	0	0	0	1	2	16	38	119
SFE anesthésiste						(2)	(2)	3	2	4
SFE santé familiale								1	2	2
IDE Aide Chirurgien						(2)	(2)	4	4	16
IDE Anesthésiste Réanimateur						(2)	(2)	2	4	8
IDE Stomatologie								2	2	3
IDE Ophtalmologie								1	2	3
IDE Kinésithérapie								2	2	4
IDE spécialisé en hygiène hospitalière								2	2	6
IDE Dermatologie									2	3
IDE Santé mentale									1	4
IDE Radiographie									1	4
IDE Instrumentiste						(2)	(2)	4	4	7
IDE		1		1	2	3	4	10	42	160
SFE			1	1	2	3	6	8	24	36
IIB		1	1	4	2	2	3	10	20	80
Ir. Travaux en Analyse Biomédicale									1	8
Techniciens Supérieurs de Laboratoire						1	2	4	3	16
Technicien de laboratoire						2	2	3	6	24
Ir. des Travaux en Imagerie Médicale								1	1	4
Techniciens Sup. de Radiologie						(2)	(2)	3	3	12
Technicien Supérieur d'Action Sociale						1	1	2	3	4
CAS/Prothésistes Dentaires								2	2	3
Aides-soignants		2	2	4	6	6	6	18	70	80
Matrones	3									
Agents d'Hygiène				1	1	1	1	2	2	6
Secouristes	2									
Total Personnel para médical	5	4	4	11	13	19	25	84	205	497

Personnel par catégorie professionnelle	UVS	DI	MI	CSAR	CSAU	CSCOMR	CSCOMU	HZ	CHD	CHU
Administrateur des hôpitaux								1	1	4
AHOUI								1	2	2
Contrôleur des services financier								1	2	2
Secrétaire des services administratifs								1	2	4
Secrétaire Adjoint des Services Administratif								2	6	8
Opératrice de saisie								1	3	6
Comptable						1	1	1	3	4
Aide comptable						1	1	3	4	4
Statisticiens								1	2	2
Agent de recouvrement des recettes fin. com.				3	4	4	4	4	8	12
Commis de pharmacie				3	3	3	3	4	6	10
Préposé des Services Administratifs										6
Att Comptable Assistants des Services Financiers				1	1	1	1	2	4	4
Informaticiens								1	1	2
Maintenancier								1	2	3
CVA						2	3	4	5	10
Agent de liaison								1	2	3
Agent d'entretien des services de santé		1	1	2	3	4	6	12	20	30
Ouvriers spécialisés								3	4	40
Gardiens				2	2	2	2	4	4	8
Total Personnel Administratif		1	1	11	13	16	19	48	81	164
TOTAL PERSONNEL	5	5	5	22	26	36	46	148	324	780

Le tableau VII présente en ligne les catégories socio professionnelles en en personnel médical, para médical et en personnel administratif et en colonne les différentes structures concernées par niveau de la pyramide sanitaire. En effet par personnel médical il faut entendre les médecins qu'ils soient spécialistes ou généralistes, le personnel para médical quant lui est constitué de l'ensemble des autres agents de santé (IDE, TSL, SFE...) qui offre des soins et services de santé. Enfin pour assurer une meilleure organisation des ressources humaines, matérielles et financière un personnel administratif est associé par type de structure et niveau de la pyramide sanitaire.

Les résultats contenus dans ce tableau ne sont à l'étape actuelle que des propositions de normes qui réponses aux critères proposés ci-dessus et qui tiennent compte des réalités du terrain et des difficultés rencontrés à divers niveaux par les responsables de structure en matière de gestion des ressources humaine.

Les normes proposées représentent par structure l'effectif minimum nécessaire à chaque structure pour assurer leur fonctionnalité et garantir la qualité des soins. Autrement dit c'est le seuil critique de productivité par type de structure par niveau de la pyramide sanitaire. Aujourd'hui ces normes sont loin d'être respectées, bien qu'elles ne constituent qu'un seuil critique, c'est dire l'ampleur du défi à relever.

Les chiffres en parenthèse ne font pas partis de l'effectif calculé, mais rappelle qu'en fonction des spécificités en matière de plateau technique des structures concernées, les ressources humaines proposées sont nécessaires.

Tableau VIII : Effectifs du personnel minimum proposé par type d'hôpitaux spécialisés

Personnel par catégorie professionnelle	CNPP Lazaret	CNP Jaquôt	Hôpital Gériatrique	CTUB Allada	HOMEL
Médecin interniste			2		
Médecin nymphrologie			2		
Médecin gastro-entérologue			2		
Médecin endocrinologue et maladie métabolique			2		
Médecin rhumatologue			2		
Médecin neurologue			2		
Médecin gériatologue			3		
Médecin pédiatre					3
chirurgiens pédiatre					3
Médecin gynécologue					16
Médecin de santé publique	1	1	1	1	2
Médecin chirurgien				3	1
Médecin anesthésiste				2	2
Médecin ophtalmologiste	1		1		
Médecin ORL			1		
Médecin Pneumologue	3		1		
Médecin dermatologue			1		
Médecin psychiatre		3	1		
Médecin épidémiologiste	1		1		1
Médecin cardiologue			2		
Médecin biologiste	2		1		
Médecin nutritionniste					
Médecin radiologue	1			1	2
Médecin hématologue			1		

Personnel par catégorie professionnelle	CNPP Lazaret	CNP Jaquôt	Hôpital Gériatrique	CTUB Allada	HOMEL
Médecins Généralistes	6	2	2	2	2
Pharmacien	1				1
Kinésithérapeute			1	3	
Chirurgiens Dentistes			2		
Total Personnel Médical	16	6	31	12	33
SFE anesthésiste					4
SFE santé familiale					
IDE Aide Chirurgien					6
IDE Anesthésiste Réanimateur (TSAR)				3	12
IDE Stomatologie					
IDE Ophtalmologie					
IDE Kinésithérapie			2	1	
IDE Dermatologie					
IDE Santé mentale		4			
IDE Radiographie					3
IDE Instrumentiste				3	9
IDE	12	8	15	8	45
SFE					65
IIB	4	8	12	11	25
Ir. Travaux en Analyse Biomédicale	2		1	3	3
Techniciens Supérieurs de Laboratoire	10		2	2	3
Technicien de laboratoire	4		1	1	9
Ir. des Travaux en Imagerie Médicale	1		1	2	1
Techniciens Sup. de Radiologie	3		2	2	4
Technicien Supérieur d'Action Sociale	3		3	2	3
CAS/Prothésistes Dentaires					

Personnel par catégorie professionnelle	CNPP Lazaret	CNP Jaquôt	Hôpital Gériatrique	CTUB Allada	HOMEL
Aides-soignants	6	10	15	12	60
Matrones					
Agents d'Hygiène	2	2	2	2	2
Secouristes					
Total Personnel para médical	47	32	56	52	254
Administrateur des hôpitaux	1	1	1	1	1
AHOUI	1	1	1		
Contrôleur des services financier	1	1	1	1	4
Secrétaire des services administratifs	1	1	1	1	4
Secrétaire Adjoint des Services Administratif	3	3	3	3	6
Opératrice de saisie	2	2	2	2	2
Comptable	1	1	1	1	1
Aide comptable	2	1	1	1	2
Statisticiens	1	1	1	1	1
Agent de recouvrement des recettes fin. com.	3	(3)	3	(3)	4
Commis de pharmacie	7	(7)	7	(6)	7
Préposé des Services Administratifs					8
Att Comptable et Assistants des Services Financiers	2	1	1	1	2
Informaticiens	1	1	1	1	1
Maintenancier	1	1	1	2	2
CVA	4	3	3	3	6
Agent de liaison	1	1	1	1	1
Agent d'entretien des services de santé	6	8	8	5	12
Ouvriers spécialisés	2	2	2	2	10

Personnel par catégorie professionnelle	CNPP Lazaret	CNP Jaquôt	Hôpital Gériatrique	CTUB Allada	HOMEL
Gardiens	2	2	2	2	4
Total Personnel Administratif	42	31	43	28	78
TOTAL PERSONNEL	105	69	130	92	365

Le tableau VIII quant à lui, présente en ligne les catégories socio professionnelles en en personnel médical, para médical et en personnel administratif et en colonne les différentes structures assimilées à des hôpitaux spécialisés au Bénin. En effet par personnel médical il faut entendre les médecins qu'ils soient spécialistes ou généralistes, le personnel para médical quant lui est constitué de l'ensemble des autres agents de santé (IDE, TSL, SFE...) qui offre des soins et services de santé. Enfin pour assurer une meilleure organisation des ressources humaines, matérielles et financières un personnel administratif est associé selon le paquet d'activités et le taux de fréquentation des hôpitaux considérés.

Les résultats contenus dans ce tableau ne sont à l'étape actuelle que des propositions de normes qui répondent aux critères proposés ci-dessus et qui tiennent compte des réalités du terrain et de notre connaissance du secteur. Nous n'avons pas pu rencontrer les responsables de tous les hôpitaux spécialisés cités. Notons également que l'hôpital de gérontologie de Ouidah n'est pas encore fonctionnel.

Les normes proposées représentent par structure une estimation de l'effectif minimum nécessaire à chaque hôpital pour assurer leur fonctionnalité.

CONCLUSION

Cette étude sur les normes et standards en matière de ressources humaines au Bénin a permis de faire l'état des lieux sur les normes et standards en matière de ressources humaines, d'analyser la pertinence des normes existantes et de relever les difficultés liées à l'application de ces normes au Bénin.

Il ressort de ces analyses, la nécessité d'établir pour le Bénin, des normes approuvées et validées par tous les acteurs du système national de prestation des soins et services de santé et d'asseoir à partir de ces normes, une véritable politique de gestion des ressources humaines en plaçant cette fonction au rang stratégique

Le recrutement, la formation et la mobilité du personnel doivent être en cohérence avec ces normes

C'est pour répondre à cet impératif que nous soumettons à votre analyse ces propositions de normes et standards qui devront être validées par les partenaires sociaux et les acteurs à tous les niveaux du système.

RECOMMANDATIONS

Pour une meilleure exploitation des propositions de normes et standards au terme de cette étude, nous faisons les recommandations suivantes :

- Faire la validation des normes et standards en deux étapes :
 - une première interne avec les responsables des directions impliquées dans le processus et les partenaires au développement ;
 - une deuxième sous forme d'un atelier national auquel devrait participer les partenaires sociaux (de tous les ordres), les acteurs des hôpitaux spécialisés, les représentants des acteurs du système à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Au terme de ce processus, le Bénin disposera de normes et standards consensuels en matière de ressources humaines.
- Faire valider les normes et standards ainsi retenus par le gouvernement ;
- Assurer la diffusion de ces normes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. A cet effet deux commissions de vulgarisation devront être créées :
 - Une commission au niveau du ministère de la santé chargée de la coordination et de la surveillance de la mise en oeuvre de la vulgarisation ;
 - Une commission départementale chargée de la coordination et de la surveillance de la mise en oeuvre de la vulgarisation au niveau des CHD, et de la base de la pyramide sanitaire.
- Faire appliquer les normes et standards ainsi retenus par la DRH en vue d'une gestion efficiente du personnel de santé au Bénin, en dotant cette direction des pouvoirs réels d'un gestionnaire des ressources humaines, responsable de la productivité du personnel ; Cela suppose une rigueur et une discipline de gestion qui est totalement absente dans la fonction publique en général

- La gestion du personnel public est marquée par une forte politisation de l'administration et un rôle secondaire et purement administratif des directions des ressources humaines. La gestion des ressources humaines doit devenir stratégique pour rendre pertinents ces normes et standards

DOCUMENTS EXPLOITES

1. MSP/ Cellule au Développement des Zones Sanitaires 2001 : Normes et standards en matière d'activités, d'effectifs de personnel, d'infrastructures et d'équipements pour les zones sanitaires, 139p.
2. Gilbert, P. (1999). La gestion prévisionnelle des ressources humaines : histoire et perspectives. *Revue française de gestion*, 124, 66-75
3. OMS1994: L'inspection du travail dans l'industrie du raffinage du pétrole et dans les grandes industries pétrochimiques (Genève).
4. OMS1994: L'inspection du travail et l'élaboration d'une politique relative au travail des enfants: guide de formation (Genève).
5. OMS 1994: L'inspection du travail et l'élaboration d'une politique relative au travail des enfants: l'enfant au travail, approche psychologique (Genève).
6. OMS 1994: L'inspection du travail et le travail précaire dans l'agriculture et les industries agro-alimentaires en Amérique latine (Genève).
7. OMS 1994: Public Employment Services and Labour Market and Labour Market Information (Genève).
8. OMS 1995. Guide pratique opérationnel à l'usage des services de l'emploi d'Afrique francophone et lusophone (Genève).

ANNEXES

FICHE DE DEPOUILLEMENT ENQUETE RH

ETAT DES LIEUX EN MATIERE DE NORMES ET STANDARD EN MATIERE DE RESSOURCES HUMAINES DANS LE DEPARTEMENT

1. Tableau de bord du personnel de santé publique et privé du Département :
 - Les types de personnel (personnel médical, le personnel para médical et autres)
 - Les différentes catégories (APE, ACE, CMS, CFS ...)
 - Nombre par niveau de la pyramide sanitaire (CHD, HZ, CSCOM, CSA, UVS)

2. Documents relatifs au développement et au plan de carrière du personnel de santé

3. Documents relatifs aux normes et standards en vigueur dans le département en matière de ressources humaines par structure

4. Point des besoins en personnel et par secteur

MERCI POUR VOTRE COLLABORATION

GUIDE D'ENTRETIEN A L'ENDROIT DES CSCOM, CSA

1- Existences des normes en matière de normes et standards en matière de ressources humaines

- Avez-vous connaissance de l'existence de ces normes ?

Oui Non

Si oui comment ?

Si non pourquoi ?

- Quels sont selon vous les normes et standards requis en matière de ressources humaines pour votre service (ratio taille population /agent de santé)?

- Sont il mis en application dans vos service?

Oui Non

Si oui comment ?

Si non pourquoi ?

- Quels sont selon vous les critères que doivent remplir une localité pour abriter un hôpital de zone par exemple ?

2- Pertinence des normes et standards proposés

- Parler nous du vécu / expérience dans l'application de normes et standards requis en matière de ressources humaines pour votre service

- Quelles sont les limites et difficultés dans l'application de ces normes ?
- Quels sont les mécanismes mis en places pour contourner ces difficultés en vue d'offrir des soins de qualité aux populations ?
- Décrire brièvement ces mécanismes
- Donner une estimation du coût qu'engendrent ces mécanismes par an

3- Insuffisances /faiblesse des normes existantes

- Quelles sont les contraintes et obstacles qui limitent l'application des normes ?

4- Propositions de normes et stratégies de développement des ressources humaines au Bénin

- Propositions par rapport aux limites et insuffisances constatées :
- Proposition pour le renforcement des mécanismes de contournement des difficultés mis en place

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

GUIDE D'ENTRETIEN A L'ENDROIT DES CZS, DHZ, CSAF OU CHEF SERVICE PERSONNEL DDSP

5- Existences des normes en matière de normes et standards en matière de ressources humaines

- Avez-vous connaissance de l'existence de ces normes ?

Oui Non

Si oui comment ?

Si non pourquoi ?

- Quels sont selon vous les normes et standards requis en matière de ressources humaines pour votre service (ratio taille population /agent de santé)?

- Sont il mis en application dans vos service?

Oui Non

Si oui comment ?

Si non pourquoi ?

- Quels sont selon vous les critères que doivent remplir une localité pour abriter un hôpital de zone par exemple ?

6- Pertinence des normes et standards proposés

- Parler nous du vécu / expérience dans l'application de normes et standards requis en matière de ressources humaines pour votre service

- Quelles sont les limites et difficultés dans l'application de ces normes ?

- Quels sont les mécanismes mis en places pour contourner ces difficultés en vue d'offrir des soins de qualité aux populations ?

- Décrire brièvement ces mécanismes

- Donner une estimation du coût qu'engendrent ces mécanismes par an

7- Insuffisances /faiblesse des normes existantes

- Quelles sont les contraintes et obstacles qui limitent l'application des normes ?

- Existe-t-il des normes qui vous paraissent caduques ?

Oui Non

Si oui lesquelles :

8- Propositions de normes et stratégies de développement des ressources humaines au Bénin

- Propositions par rapport aux limites et insuffisances constatées :

- Proposition pour le renforcement des mécanismes de contournement des difficultés mis en place

- Autres stratégies

MERCI POUR VOTRE ATTENTION