

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE**

**RÉPUBLIQUE DE CÔTE-D'IVOIRE**  
Union-Discipline-Travail



**PLAN STRATEGIQUE DE DEVELOPPEMENT  
DES RESSOURCES HUMAINES  
DU SECTEUR DE LA SANTE  
EN COTE D'IVOIRE  
2009-2013**



**Abidjan, septembre 2008**

## **Avant Propos**

La Côte d'Ivoire comme bon nombre de pays en développement est confrontée depuis plusieurs années à la problématique de la pénurie des ressources humaines pour la santé. Il s'agit d'une problématique importante qui met à mal les efforts déployés par le Gouvernement en vue de satisfaire la demande croissante en soins de santé. La pénurie en ressources humaines pour la santé est générale. Elle concerne toutes les catégories de personnels de santé. Toutefois, cette pénurie apparaît aigüe pour les personnels infirmiers et sages-femmes.

La crise socio-politique qui est survenue dans le pays à partir de septembre 2002 a eu pour conséquence une aggravation de la situation de pénurie des ressources humaines en particulier dans les zones Centre, Nord et Ouest. La crise a également eu pour effets négatifs, une accentuation des déséquilibres dans la répartition des ressources humaines et une baisse de la capacité de production des écoles de formation avec la fermeture sur plusieurs années des antennes de l'INFAS de Bouaké et de Korhogo.

La Côte d'Ivoire s'est engagée depuis plus d'une dizaine d'années dans la recherche de solutions idoines à la problématique des ressources humaines, notamment à travers la révision des curricula des écoles de formation et par la recherche d'une adéquation de l'offre avec les besoins. Le Gouvernement a entrepris depuis l'année 2005, sous l'impulsion de l'Organisation Mondiale de la Santé et le Plan d'Urgence du Président des Etats-Unis pour la lutte contre le SIDA (PEPFAR), une réflexion stratégique visant à résoudre durablement la question des ressources humaines pour la santé.

A la suite des évaluations des ressources humaines effectuées avec l'appui technique des partenaires au développement successivement au niveau du secteur sanitaire public et du secteur sanitaire privé, le présent plan stratégique de développement des ressources humaines du secteur de la santé en Côte d'Ivoire 2009-2013 est l'aboutissement d'un exercice de planification qui a impliqué l'ensemble des acteurs du système de santé. Il reflète les préoccupations des dites évaluations ainsi que la volonté du Gouvernement de parvenir à une résolution durable de la problématique des ressources humaines pour la santé en Côte d'Ivoire.

Avant-gardiste et ambitieux, le plan stratégique de développement des ressources humaines du secteur de la santé en Côte d'Ivoire 2009-2013 appelle des approches novatrices dépassant le seul cadre de la production et de l'utilisation des dites ressources. Il met la problématique des ressources humaines au centre de l'organisation du système de santé et du dispositif de production de soins. Et il oriente vers la promotion de la responsabilisation des professionnels du secteur, toutes catégories confondues.

Le plan stratégique de développement des ressources humaines du secteur de la santé en Côte d'Ivoire pour la période 2009-2013 vient combler un vide en la matière. Partie intégrante du Plan National de Développement Sanitaire 2009-2013, sa mise en œuvre effective devrait permettre un ajustement rapide des ressources humaines du secteur et permettre de relever à terme les défis liés à l'épineuse problématique des ressources humaines pour la santé en Côte d'Ivoire.

**Dr ALLAH Kouadio Rémi**

Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique  
République de Côte d'Ivoire

## Remerciements

Ce plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé est le résultat d'un processus entamé en 2005 incluant les études sur les ressources humaines dans les secteurs public et privé et doublée d'une analyse situationnelle. Il a bénéficié de la contribution de plusieurs acteurs du système de santé ivoirien mais aussi de l'apport non négligeable de nos partenaires traditionnels tels que l'USAID et le CDC dans le cadre du Plan d'Urgence Américain (PEPFAR) et l'OMS.

C'est le lieu d'exprimer notre sincère reconnaissance, à l'OMS et au PEPFAR, qui ont bien voulu financer l'élaboration et la diffusion de ce document avec l'appui technique du projet HS 20/20, et également à l'équipe de consultants qui a contribué à élaborer cet important outil de travail.

Les remerciements s'adressent également aux membres du Comité Multisectoriel de Pilotage pour l'élaboration du plan stratégique des ressources humaines. Ils ont par leurs conseils et remarques avisés, soutenu efficacement le processus. Il ne faut pas oublier les membres des organes dudit comité que sont le secrétariat permanent et le secrétariat technique.

Enfin, les remerciements vont à toutes les personnes physiques et morales, qui ont accordé leur temps et leur expertise, avec générosité, pour élaborer cette stratégie cruciale pour le système sanitaire. Leur engagement pour la mise en œuvre effective de cette stratégie est vivement souhaité.

## Résumé exécutif

Le secteur de la santé demeure l'une des priorités du Gouvernement de Côte d'Ivoire. L'objectif général poursuivi par le système sanitaire est d'améliorer l'état de santé et le bien-être de la population par une meilleure adéquation qualitative et quantitative entre l'offre des prestations sanitaires et les besoins essentiels de la population.

Pour mieux répondre aux priorités sanitaires, la problématique des ressources humaines pluridisciplinaires a été posée depuis 1981. Vu l'importance et la complexité des ressources humaines pour la santé (RHS), le Gouvernement a adopté en 1996, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) pour la période 1996-2005 avec un important volet consacré aux ressources humaines <sup>(17)</sup>. Suite aux crises successives qui sont survenues dans le pays durant la période de mise en œuvre du PNDS, les problèmes liés aux RHS se sont diversifiés et amplifiés avec la recrudescence des maladies émergentes et ré-émergentes comme le Sida et le paludisme, de même qu'un accroissement sans cesse de la population.

Les évaluations récentes sur les RHS, font état de déficits actuels et prévisibles en relation avec les exigences du système de santé incluant le passage à l'échelle dans la lutte contre le Sida et l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Pour rappel, les principaux problèmes mis en exergue par l'analyse de la situation des ressources humaines pour la santé portent sur : (i) la faible capacité institutionnelle pour la gestion des ressources humaines pour la santé tant au niveau central qu'au niveau déconcentré et décentralisé, (ii) l'insuffisance de coordination, planification, programmation et de suivi-évaluation au niveau central, déconcentré et décentralisé, (iii) le déséquilibre entre la production des professionnels de Santé et les besoins de RHS en terme quantitatif, (iv) le déséquilibre entre les profils et compétences des professionnels de santé et les besoins du système de santé, (v) les insuffisances en évaluation et en accréditation des institutions de formation, (vi) l'inadéquation entre les personnes formées par les institutions de formation et les besoins réels du système, (vii) la faible capacité des structures centrales et décentralisées en charge de la gestion des ressources humaines pour la santé, (viii), la faible valorisation des ressources humaines du point de vue de leur rémunération, leur profil de carrière et du renforcement continu de leur compétence, (ix); la faiblesse du système d'information stratégique et de la recherche opérationnelle, (x) l'insuffisance des allocations budgétaires pour la satisfaction des besoins en ressources humaines. En plus de ces faiblesses et insuffisances identifiées, il convient d'ajouter les problématiques en rapport avec les besoins d'ajustement permanent des ressources humaines pour la santé aux évolutions et mutations du système de santé.

Le processus de réforme du système sanitaire dans le cadre du Plan National de Développement Sanitaire 2009-2013, pour être efficace dans sa mise en œuvre, doit accorder une priorité aux RHS. Ce processus doit circonscrire les déficits annoncés en personnels de soins mais surtout corriger les disparités constatées dans la répartition géographique des compétences, en fonction des besoins de santé de la population. Il s'agira dans cette optique, de mieux coordonner le processus de planification-programmation-budgétisation et contrôle en s'appuyant sur un système d'informations stratégiques performant dans le cadre d'une approche décentralisée et multisectorielle.

Cette planification qui sera la boussole des institutions de formation devra être accompagnée par une révision périodique des profils de compétence en fonction des besoins sur le terrain et des avancées technologiques. Pour assurer et promouvoir les formations de qualité, une plus grande attention devra être accordée aux formateurs quant à leur recrutement, leur

formation continue et leurs profils de carrières. L'équipement adéquat des institutions de formation en matériels pédagogiques, en documentation et en Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC) est indispensable.

Toutefois l'accroissement des performances des RHS ainsi que leur maintien nécessitent de rechercher des stratégies novatrices de motivation et de valorisation. Il y a également un besoin de valorisation des activités de gestion de ces RHS tant au niveau central qu'au niveau déconcentré et décentralisé.

Eu égard à ce qui précède, l'objectif général du Plan Stratégique de développement des RHS est **d'améliorer durablement, quantitativement et qualitativement, la disponibilité, l'utilisation efficiente et la répartition équitable des ressources humaines pour la santé motivées, au service des différents niveaux de la pyramide sanitaire, des programmes prioritaires de santé ainsi que du dispositif de gestion du secteur de santé.**

A cet effet, les objectifs spécifiques sont :

- ✓ Renforcer le cadre de planification et d'information stratégique des RHS ;
- ✓ Assurer l'adéquation quantitative et qualitative entre la production des RHS et les besoins du système sanitaire ;
- ✓ Renforcer les capacités des RHS en cours d'activité ;
- ✓ Renforcer le système de la gestion des RHS ;
- ✓ Améliorer l'utilisation des RHS ;
- ✓ Améliorer la valorisation des RHS.

Les stratégies de développement autour des objectifs spécifiques constituent des repères pour guider les intervenants à entreprendre des actions directes ou des investissements idoines permettant, au cours des cinq ans à venir, d'atteindre les objectifs et créer une base solide pour un système de santé adapté aux défis actuels et futurs.

Le processus d'élaboration du plan a été un processus itératif qui a permis au Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, de consulter ses partenaires, de recueillir leurs avis et suggestions en vue de mieux documenter les propositions et s'engager dans un processus de réforme.

# Table des Matières

## Pages

Avant Propos .....	ii
Remerciements .....	iii
Résumé exécutif .....	iv
Table des Matières .....	vi
Liste des Tableaux .....	vii
Abréviations et sigles .....	vii
<b>INTRODUCTION ET JUSTIFICATION .....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE 1 : ANALYSE DE LA SITUATION .....</b>	<b>3</b>
1.1. Démographie galopante .....	3
1.2. Faible amélioration des indicateurs .....	3
1.3. Financement public du secteur encore faible .....	3
1.4. Disparités dans la distribution des RHS .....	4
1.5. Pénurie en ressources humaines pour les prestations de service .....	5
1.6. Déperdition des RHS, un phénomène émergent .....	6
1.7. Faible coordination de la planification des RHS .....	6
1.8. Insuffisance du suivi de la réglementation des professions .....	7
1.9. Inadéquation de la formation initiale avec les besoins .....	7
1.10. Inadéquation de la formation continue avec les besoins .....	9
1.11. Insuffisances et dysfonctionnement du système de gestion des RHS .....	9
1.12. Insuffisance du système d'Informations Stratégiques sur les RHS .....	10
1.13. Insuffisance d'offres de service du public au privé et vice versa .....	10
1.14. Nécessité de créer de nouveaux emplois .....	10
1.15. Prise en compte insuffisante du personnel exerçant dans le domaine de la médecine traditionnelle .....	11
1.16. Insuffisance de valorisation des RHS .....	11
1.17. Résumé des constats et problématiques .....	12
<b>CHAPITRE 2 : CADRE STRATEGIQUE .....</b>	<b>15</b>
2.1. Vision stratégique, approche politique, formulation des orientations .....	15
2.2. Objectifs, stratégies et actions prioritaires .....	18
2.3. Résumé des grandes interventions .....	28
<b>CHAPITRE 3 : MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATEGIQUE DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE (2009-2013) .....</b>	<b>29</b>
3.1. Développement du plan opérationnel et du plan de communication .....	29
3.2. Mobilisation des ressources .....	29
3.3. Dissémination du plan stratégie de développement des RHS 2008-2012 .....	29
3.4. Renforcement des capacités des structures chargées de la mise en œuvre du plan stratégique .....	30
<b>CHAPITRE 4 : SUIVI ET EVALUATION DU PLAN .....</b>	<b>31</b>
4.1. Cadre et principes .....	31
4.2. Mécanisme de suivi-évaluation .....	32
4.3. Outils de suivi-évaluation .....	32
<b>CHAPITRE 5 : ANALYSE DES OPPORTUNITES, DES RISQUES ET DES MENACES .....</b>	<b>34</b>
5.1. Analyse des opportunités .....	34
5.2. Analyse des risques .....	35
5.3. Analyse des menaces .....	35
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>36</b>
Bibliographie .....	37
Références : Textes organiques pertinents pour le RHS .....	39
Annexes .....	41
Annexe 1. Prochaines étapes de la mise en œuvre .....	41
Annexe 2. Les bases de la formation .....	44

## Liste des Tableaux

		<b><u>Pages</u></b>
Tableau 1	Répartition par emploi du personnel.....	4
Tableau 2	Comparaison de quelques besoins exprimés avec les effectifs octroyés.....	5
Tableau 3	Actions prioritaires à mettre en œuvre pour chacune des stratégies dans le court (1-2 ans) et moyen (3-5 ans) termes.....	21
Tableau 4	Calendrier proposé pour le lancement du Plan de mise en œuvre de la stratégie des Ressources Humaines 2009-2013 et de son cycle de révision.....	43

## Abréviations et sigles

<b>CAMES</b>	Conférence Africaine et Mauricienne pour l'Enseignement Supérieur
<b>CAMPC</b>	Centre Africain de Management et de Perfectionnement des Cadres
<b>CDC</b>	Centers for Disease Control and Prevention
<b>CES</b>	Certificat d'Etude et de Spécialité
<b>CESAMES</b>	Cycle d'Etudes Supérieures Africain en Management des Etablissements Sanitaires
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier et Universitaire
<b>CMP</b>	Le Comité Multisectoriel de Pilotage du Processus d'élaboration et de mise en œuvre de la Politique des Ressources Humaines pour la Santé
<b>DFR</b>	Direction de la Formation et de la Recherche
<b>DAF</b>	Direction des Affaires Financières
<b>DEPS</b>	Direction des Etablissements et des Professions Sanitaires
<b>DIPE</b>	Direction de l'Information, Planification et Evaluation
<b>DRH</b>	Direction des Ressources Humaines
<b>DGBF</b>	Direction Générale du Budget et des Finances
<b>DSRP</b>	Document Stratégique de réduction de la Pauvreté
<b>EDS</b>	Enquête Démographique et de Santé
<b>EGIM/(MICS)</b>	Enquête par grappes à Indicateurs Multiples (Multiple Indicator Cluster Survey)
<b>EIS</b>	Enquête sur les Indicateurs du SIDA
<b>ENA</b>	Ecole Nationale d'Administration
<b>EPT</b>	Équivalent Plein Temps
<b>INFAS</b>	Institut National de Formation des Agents de Santé
<b>INFS</b>	Institut National de Formation Sociale
<b>MEMPD</b>	Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du Développement
<b>MEF</b>	Ministère de l'Economie et des Finances
<b>MESRS</b>	Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
<b>METFP</b>	Ministère de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle
<b>MFFAS</b>	Ministère de la Famille, de la Femme et des Affaires Sociales
<b>MFPE</b>	Ministère de Fonction Publique et de l'Emploi
<b>MLS</b>	Ministère de la Lutte contre la SIDA
<b>MSHP</b>	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
<b>OBC</b>	Organisation à Base Communautaire
<b>OMD</b>	Objectifs du Millénaire pour le Développement
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>PAGE</b>	Programme d'Appui à la Gestion Economique
<b>PAS</b>	Programme d'Ajustement Structurel
<b>PDRH</b>	Politique de Développement des Ressources Humaines
<b>PEPFAR</b>	Plan d'Urgence Americain/ President's Emergency Plan For AIDS Relief
<b>PHR+</b>	Partnership for Health Reform Plus
<b>PMA</b>	Paquet Minimum d'Activités
<b>PNDEF</b>	Plan National de Développement pour l'Education et la Formation
<b>PNDS</b>	Plan National de Développement Sanitaire
<b>PNUD</b>	Programme des Nations Unies pour la Développement
<b>PVRH</b>	Programme de Valorisation des Ressources Humaines
<b>RHS</b>	Ressources Humaines pour la Santé
<b>RGPH</b>	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
<b>UFR</b>	Unité de Formation et de Recherche
<b>UEMOA</b>	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
<b>UV</b>	Unité de Valeur

## INTRODUCTION ET JUSTIFICATION

Le monde entier fait face depuis quelques années à une pénurie croissante en ressources humaines pour la santé. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé<sup>24</sup> (OMS), les 59 millions de professionnels de santé à travers le monde ne suffisent pas à couvrir les besoins actuels. Il faudrait environ 4,3 millions de recrutements nouveaux pour faire face aux besoins de santé d'ici 2015 dont un million pour le seul continent Africain où le poids des malades est considérable (25% de la charge morbide mondiale des maladies, 60% des infections de Sida représentant 25 millions de personnes infectées avec 3.2 millions de nouveaux cas d'infections en 2005).

«Les ressources humaines pour la santé désignent toutes les personnes qui travaillent directement ou indirectement en vue d'entretenir et de créer la santé et le bien-être» (OMS). Les interventions majeures de santé ne peuvent être élargies ou réalisées sans un personnel de santé suffisant en nombre, bien formé, déployé de façon adéquate, bien géré et motivé pour fournir des services de santé de bonne qualité.

En Côte d'Ivoire, la problématique des ressources humaines de manière générale et en particulier celle des ressources humaines pour la santé (RHS) est une préoccupation soulevée par le Gouvernement depuis les années 1980. En effet, suite à une importante récession économique, le Gouvernement a adopté, le 31 juillet 1991, une déclaration de « Politique de développement des ressources humaines (PDRH) » témoignant ainsi de sa volonté d'accorder une attention particulière au secteur des ressources humaines dans le développement économique et social.

Cette politique a été traduite dans les faits par l'élaboration et la mise en œuvre du Programme de Valorisation des Ressources Humaines (PVRH). Ce programme était composé de deux Projets dont le Projet d'Appui à la Gestion Economique (PAGE) et le Projet d'Appui à la Gestion des Ressources Humaines (PAGRH). Le PAGRH visait à assurer l'adéquation entre l'offre et la demande en ressources humaines en particulier dans les secteurs sociaux (éducation, santé, etc.). Pour cela, des réformes ont été engagées du point de vue institutionnel, politique, réglementaire et budgétaire afin d'atteindre cet objectif.

Au regard des progrès notables réalisés dans la mise en œuvre de ce programme, le Gouvernement ivoirien, a décidé de poursuivre le processus. Ainsi le premier Plan National de Développement Sanitaire (PNDS/1996-2005) qui a été élaboré, a accordé une priorité au développement des RHS. Le but poursuivi par le PNDS était « d'améliorer l'état de santé et du bien-être de la population en assurant notamment, une meilleure adéquation tant qualitative que quantitative entre l'offre des prestations sanitaires et les besoins essentiels de la population».

Dans le domaine des RHS, en 1996, en Côte d'Ivoire, le ratio médecin par habitant (1 pour 9430) était nettement meilleur que celui observé en Afrique sub-saharienne (1 pour 23 850), mais se situait en dessous du niveau moyen enregistré dans les pays à revenu intermédiaire (1 pour 4 790). Malgré ce ratio supérieur à la moyenne sous régionale, le service offert par le personnel médical et paramédical était jugé insuffisant pour différentes raisons. Parmi les raisons évoquées, on note entre autres, l'insuffisance de motivation du personnel, l'inégale répartition du personnel, l'inadaptation de certains programmes de formation et enfin la faiblesse de l'initiative privée.

L'absence d'un cadre normatif (normes en équipement et RHS) applicable aux structures socio-sanitaires de la Côte d'Ivoire n'a pas permis d'effectuer durant le PNDS 1996-2005, une bonne programmation du développement sanitaire selon l'approche de gestion préconisée par le PVRH (planification, programmation, budgétisation et contrôle).

Bien que l'on ne dispose pas d'une évaluation globale du PNDS, force est de constater que les résultats sont mitigés. En effet, les indicateurs sanitaires de base se situent à des niveaux préoccupants au regard des attentes.

Les crises successives qu'a connues le pays expliquent en partie cette baisse de performance. Ce sont notamment : (i) la discontinuité dans la mise en œuvre des politiques essentiellement due à l'instabilité institutionnelle qui a prévalu au sein du ministère au cours des dix dernières années ; (ii) la démobilisation de ressources humaines ; (iii) la réduction de l'assistance financière pour le développement ; (iv) la faible capacité de planification, de gestion et de suivi et d'évaluation des interventions aux différents niveaux de la pyramide sanitaire ; (v) la dégradation progressive des capacités opérationnelles des acteurs de proximité.

Globalement, les problèmes liés aux RHS se sont diversifiés et amplifiés. De façon spécifique, la crise politico militaire qui a éclaté en septembre 2002, a favorisé la dégradation du système de santé avec une migration massive des RHS des zones nord, ouest et centre vers le sud aggravant le problème de disparité dans leur répartition. De plus l'on a assisté à la recrudescence des maladies émergentes et re-émergentes comme le VIH et le paludisme.

A la recherche de solutions durables pour une gestion performante des RHS, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique a procédé à plusieurs évaluations avec l'aide des partenaires. Elles ont porté sur l'évaluation des ressources humaines dans le secteur public (2005)<sup>4</sup> par PHR<sub>plus</sub> et dans le secteur privé (2006)<sup>11</sup> avec le soutien technique de PSP-one et le financement du Plan d'Urgence Américain (PEPFAR), la réalisation d'une analyse de la situation des ressources humaines de santé en Côte d'Ivoire avec l'appui de l'OMS (2006)<sup>12</sup>. Ces différentes évaluations indiquent un déficit actuel et prévisible de personnels de soins au regard des besoins.

Au vu de ces constats, l'élaboration d'un plan stratégique de développement des RHS pour la période 2009-2013 s'avère nécessaire. Le but poursuivi est de corriger les insuffisances critiques de ressources humaines dans le secteur de la santé au plan quantitatif et qualitatif dans la perspective de l'amélioration de l'état de santé de la population de Côte d'Ivoire et de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Ce document décrit l'état des lieux, pose les principaux problèmes, définit les priorités futures dans le domaine des RHS et identifie les principales stratégies à mettre en œuvre pour réaliser ces priorités. Il fournit également un cadre institutionnel au sein duquel les activités des ressources humaines peuvent être coordonnées et mises en œuvre tout en s'intégrant et en restant cohérent avec l'ensemble des politiques nationales en matière de santé et de développement.

# CHAPITRE 1

## ANALYSE DE LA SITUATION

### 1.1. Démographie galopante

Située en Afrique de l'Ouest, en zone intertropicale, la Côte d'Ivoire est limitée au Sud par le Golfe de Guinée, à l'Est par le Ghana, au Nord par le Burkina Faso et le Mali et à l'Ouest par la Guinée et le Libéria. Elle couvre une superficie de 322.462 km<sup>2</sup> avec une densité démographique estimée à 48 habitants au km<sup>2</sup> (7).

La population de la Côte d'Ivoire est passée de 6 709 600 habitants en 1975 à 15 366 672 habitants en 1998(7) et 19.096.988 habitants en 2005 (projection INS, 2005). Selon les perspectives démographiques de l'Institut National de la Statistique (INS), la population du pays atteindra 23.815.850 habitants en 2013 avec plus de la moitié de cette population résidant en milieu urbain dominé par la métropole d'Abidjan. Le taux de croissance démographique annuel moyen est supérieur à 3% et se situe parmi les plus élevés au monde et les moins de 15 ans représentent 43% de la population totale.

Cette démographie est un important défi et un facteur potentiel de pression pour les structures de santé qui doivent constamment s'ajuster en termes de ressources humaines, d'infrastructures et d'équipements. En effet, la croissance rapide de la population nécessite un accroissement correspondant du nombre d'établissements sanitaires et des ressources humaines pour améliorer le développement sanitaire actuel.

Ce constat impose une politique cohérente de population en plus de celles des RHS.

### 1.2. Faible amélioration des indicateurs

Les besoins en matière de santé demeurent importants car les indicateurs de santé ne se sont pas toujours améliorés malgré les efforts déployés pour renforcer le système de santé. En effet, l'espérance de vie à la naissance est passée de 51 ans en 1998 à 45,9 en 2003 (28). Le taux brut de natalité est de l'ordre de 45 pour 1000 avec un taux de croissance annuelle de 3,3%, et l'indice synthétique de fécondité de l'ordre de 4,6 enfants (8, EIS 2005). Le taux de mortalité maternelle est passée de 597 pour 100 000 naissances en 1994(6, EDS 1998) à 543 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2005(8). La mortalité néonatale est passée de 62 pour 1000 naissances vivantes en 1998 (6) à 41 pour 1000 en 2005 (8) et la mortalité infantile est passée de 112 pour 1000 en 1998(6) à 84 pour 1000 en 2005 (8) tandis que le niveau d'accouchements assistés par un professionnel de la santé est passé de 54,2 % en 1994 (EDS, 1994) à (57%) (9 MICS 2006). Le taux de prévalence du Sida parmi les adultes est de 4.7% avec une féminisation de l'épidémie (8).

En dépit des progrès constatés, le niveau des indicateurs sanitaires demeure encore préoccupant. Pour améliorer la santé des populations, il importe de réaliser des ajustements où les RHS en nombre suffisant et qualifiées seront les principaux piliers.

### 1.3. Financement public du secteur encore faible

Le financement du secteur de la santé provient de l'Etat, des ménages, du secteur privé et de l'appui extérieur.

La mauvaise conjoncture économique du pays a entraîné une réduction du budget global de l'Etat dans divers secteurs dont celui de la santé. Le niveau et le volume des financements

alloués au Ministère responsable du secteur de la santé ont sensiblement baissé passant de 88.438.732.000 FCFA en 2002 à 72.495.430.000 FCFA en 2005, soit une baisse de (18%). Ces dotations pour le secteur de santé représentaient respectivement 4.55% et 6.22% du budget de l'Etat en 2002 et en 2005. Ce qui est encore loin des 15% recommandés par les chefs d'Etat à Abuja (Nigeria).

A cette diminution des ressources publiques en termes d'inscription budgétaire, s'est ajoutée une réduction en termes d'exécution (insuffisance de liquidités).

La mise en œuvre des recommandations d'Abuja ne doit pas faire perdre de vue l'importance à accorder aux RHS dans l'allocation des ressources financières.

#### 1.4. Disparités dans la distribution des RHS

En Côte d'Ivoire, les conditions socio économiques favorables qui ont prévalu pendant les deux premières décennies après l'indépendance ont permis d'investir de manière significative dans la formation des ressources humaines en général et dans les ressources humaines pour la santé en particulier.

Les effectifs du secteur sanitaire public sont passés de 1000 agents en 1960, à 16 526 en 1995, 17 677 en 2005 puis à 19 784 en 2007 (tableau 1). Le personnel paramédical représente la moitié (50%) des effectifs.

Tableau 1 : répartition par emploi du personnel (2007)

	Catégorie de personnels	Effectifs		%
Personnel médical	Médecins	2746	3433	17
	Pharmaciens	413		
	Chirurgiens dentistes	274		
Personnel paramédical	Infirmiers	6973	9799	50
	Sages femmes	2258		
	Aides soignants	568		
Personnel technique	Techniciens supérieurs santé	1419	1419	7
Personnel administratif et social	Personnel administratif et social	2561	2561	13
Personnel journalier	Journaliers	2572	2572	13
<b>Total</b>		<b>19 784</b>	<b>19 784</b>	<b>100</b>

Source : DRH-Santé

Le personnel de santé sur le territoire est plus concentré dans les grandes villes particulièrement à Abidjan et ses environs. Les évaluations des RHS<sub>(4,11)</sub> ont confirmé cette situation. Elles ont fait apparaître une grande disparité dans la répartition géographique des RHS au profit de la région des Lagunes et ses environs. En effet, cette région concentre à elle seule 60% des RHS.

La crise socio politique déclenchée en septembre 2002 a constitué un facteur favorisant l'exode massif des professionnels de la santé des zones centre, nord et ouest (CNO) vers le sud. Ainsi, la DRH au 31 mai 2003 a enregistré à Abidjan, 2 417 agents déplacés soit 69% des 3 500 personnels du secteur public en service initialement dans les zones CNO. Les évaluations ont montré que 59% de médecins et 75% des infirmiers ont quitté leur poste de travail du fait de la crise socio politique.

Ainsi une disparité dans la répartition des compétences au profit de la région des Lagunes et ses environs est constatée avec des variations selon les catégories de personnels : médecins (64%), infirmiers (48%), pharmaciens (74%), techniciens de laboratoires (48%) et travailleurs sociaux (67%).

Il convient de noter toutefois, qu'en supprimant l'effet pervers de la crise sur les RHS, la situation d'inégale répartition du personnel est largement tributaire de l'inégale répartition des structures sanitaires qui elle-même est fonction de l'inégale densité de la population. En effet, 68% des établissements sanitaires publics sont situés au sud du pays contre 32% au nord. La seule région des Lagunes abrite 14% des structures sanitaires publiques alors que les autres régions ne représentent que 2 à 8%.

Ainsi, la mise en place de normes en équipements et en RHS est nécessaire. Une application rigoureuse de ces normes permettrait de corriger les disparités constatées.

### 1.5. Pénurie en ressources humaines pour les prestations de service

Les besoins en personnel de santé pour couvrir l'ensemble des structures sanitaires restent importants dans le secteur public. Le secteur de la santé présente un avantage comparatif malgré les contraintes budgétaires de l'Etat et la crise socio politique. En effet, la Fonction Publique recrute annuellement des RHS, même si, les besoins exprimés par le Ministère de la Santé ne sont pas toujours totalement satisfaits. De ce fait, on note une pénurie pour certains emplois du secteur de la santé. Cette pénurie est plus marquée pour les infirmiers et les sages femmes comme l'indique le tableau 2. Les autres types d'emploi ne sont pas épargnés tels que les assistants sociaux et le personnel formé pour le conseil indispensable pour l'offre de service de certains programmes (notamment le programme de lutte contre le VIH/SIDA).

Tableau 2 : Comparaison de quelques besoins exprimés et des effectifs octroyés

Emplois	Effectifs 2005			Effectifs 2006			Effectifs 2007		
	(a)	(b)	(b)-(a)	(a)	(b)	(b)-(a)	(a)	(b)	(b)-(a)
Personnel médical	336	221	-115	340	215	-125	1299	1249	-50
Infirmiers diplômés d'Etat	1131	190	-941	1150	201	-949	979	0	- 979
Sages femmes	640	126	-514	603	154	-449	664	0	- 664
Techniciens supérieurs santé	207	76	-131	182	35	-147	166	0	- 166
<b>Total</b>	<b>2314</b>	<b>613</b>	<b>-1701</b>	<b>2093</b>	<b>605</b>	<b>-1670</b>	<b>3108</b>	<b>1249</b>	<b>-1859</b>

Source : DRH-Santé

Planifiés (a)

Recrutés (b)

Besoins à combler (b-a)

Le faible nombre d'étudiants inscrits en première année de la filière des Sciences Infirmières à l'Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS) due essentiellement à la faible capacité d'accueil de cette structure est une des principales causes de la pénurie des infirmiers et sages femmes.

D'après les évaluations sur les RHS, la composition, la taille et la répartition des ressources humaines ainsi que le manque de personnel infirmier et dans une moindre mesure, de personnel médical, sont considérées comme des contraintes majeures pour le passage à l'échelle des programmes prioritaires de santé, notamment les programmes de lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire et pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Toutefois, au cours de l'année 2007, une mesure du gouvernement a permis le recrutement exceptionnel de 1287 cadres supérieurs de santé dont 953 médecins, 263 pharmaciens et 71 chirurgiens dentistes, au chômage.

L'augmentation du nombre de diplômés dans les filières des infirmiers et sages femmes et le recrutement de ceux-ci s'imposent pour une amélioration de l'offre de soins.

### **1.6. Déperdition des RHS, un phénomène émergent**

La déperdition des RHS est un phénomène émergent qui prend de l'ampleur dans les pays en développement. La Côte d'Ivoire n'échappe pas à ce phénomène qui se traduit d'une part, par la migration des RHS qualifiées vers d'autres pays afin d'y exercer leur métier et d'autre part, par le passage des RHS du secteur public vers le secteur privé à l'intérieur du pays ou du Ministère de la santé vers d'autres Ministères Techniques qui offrent plus d'avantages aux travailleurs.

L'ampleur du phénomène des migrations extérieures est difficile à évaluer en Côte d'Ivoire. En effet, les RHS candidates à la migration internationale, utilisent abusivement les procédures légales pour sortir du système sans que la tutelle ne soit saisie de leur véritable intention. A cet effet, elles s'appuient généralement sur : (i) les mises en disponibilité, (ii) les mises en stage de formation à l'étranger et (iii) les congés administratifs à l'étranger. Ce sont normalement des voies de sortie temporaire. Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique constate après expiration des délais prescrits par les actes administratifs afférents, que les agents n'ont toujours pas repris le service (abandon de postes).

Avec la crise sociopolitique que vit la Côte d'Ivoire depuis 2002 et les difficultés économiques inhérentes, il est évident, que le phénomène de migration internationale pratiquement inexistant au cours des années 80, a pris de l'ampleur.

Au plan interne, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique a enregistré le départ vers le Ministère de l'Economie et des Finances de 13 administrateurs des services de santé en 2005 et 8 en 2006. Les ingénieurs et techniciens biomédicaux sont également concernés par ce type de mobilité professionnelle.

Enfin, à la faveur de cette crise, un phénomène nouveau, celui des déplacés de guerre est apparu et a affecté les RHS.

La forte mobilité des RHS affecte la qualité des services. Il convient par conséquent d'en réduire les effets, en développant des stratégies novatrices de motivation et de fidélisation des RHS.

### **1.7. Faible coordination de la planification des RHS**

Le cadre institutionnel de gestion des RHS au plan national est régi par la Loi n° 92-570 du 11 septembre 1992, portant Statut Général de la Fonction Publique et ses décrets d'application. Ces textes législatifs et réglementaires constituent le cadre de référence global pour tout le personnel civil de l'Administration et guident les diverses politiques de développement des ressources humaines mises en œuvre par les différents Ministères Techniques.

Depuis la mise en veilleuse du PVRH, il n'existe pas en dehors de la conférence annuelle de programmation des effectifs, un cadre de coordination permettant à tous les acteurs clés (employeurs, formateurs, gestionnaires, partenaires) d'échanger autour de la problématique des RHS.

Au plan opérationnel, au niveau du MSHP, la Direction des Ressources Humaines (DRH) est responsable de la gestion des RHS tandis que la Direction de la Formation et de la Recherche (DFR) s'occupe des aspects ayant trait à la formation initiale et à la formation continue.

Il est donc nécessaire d'élargir les compétences du Comité de pilotage du plan stratégique des Ressources humaines de santé pour en faire un instrument de planification.

### **1.8. Insuffisance du suivi de la réglementation des professions**

Un état des lieux indique que la réglementation des professions de santé est mieux appliquée dans le secteur public. Par contre dans le secteur privé, une étude réalisée en 2005 par la DEPS avec l'appui technique de la DIPE dans les districts sanitaires de la zone sud du pays a montré que, sur les 1254 établissements enquêtés, 67% étaient clandestins. Déjà, en 2000, une étude similaire réalisée dans la seule ville d'Abidjan avait révélé que plus de 54,43% des professionnels exerçant dans ces établissements n'étaient pas qualifiés <sup>(10)</sup>.

En outre, il faut noter une insuffisance de la réglementation régissant la présence du personnel du secteur public dans le secteur privé et vice-versa. Les ordres (médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes) ont entamé au cours des cinq dernières années un processus de redynamisation de leurs activités. Des réflexions sont amorcées pour un ordre des infirmiers.

Cette insuffisance dans le respect de la réglementation dans le secteur privé, bien que tributaire du faible effectif des infirmiers formés affecte la qualité des soins.

Enfin, une adaptation des différents textes réglementaires au contexte actuel, est nécessaire pour une implication plus activement des organisations professionnelles en vue d'un meilleur suivi et une meilleure complémentarité des offres de soins du public et du privé.

### **1.9. Inadéquation de la formation initiale avec les besoins**

La formation initiale des différentes filières des ressources humaines pour la santé est assurée selon les niveaux et les compétences par le Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche Scientifique, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, le Ministère de la Famille, de la Femme et des Affaires Sociales, et le Ministère de la Fonction Publique et de l'Emploi et récemment par le secteur privé<sup>12)</sup>.

Le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique a, sous son autorité, les UFR des Sciences Médicales des Universités de Cocody et de Bouaké pour la formation des médecins, l'UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (UFR/SPB) pour la formation des pharmaciens et l'UFR d'Odontostomatologie pour la formation des chirurgiens dentistes.

Au niveau du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, l'Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS), établissement public à caractère administratif (EPA) assure la formation initiale, non seulement des infirmiers et sages-femmes diplômés d'Etat, mais aussi celle des techniciens supérieurs de santé, infirmiers spécialistes et ingénieurs des techniques sanitaires. La crise socio-politique actuelle est à la base du non fonctionnement de l'antenne de Bouaké, celle de Korhogo étant ré ouverte depuis 2006.

L'Institut National de Formation Sociale (INFS) assure, sous la tutelle du Ministère des Affaires Sociales, de la Femme et de la Famille, la formation de trois (3) catégories de personnels à savoir : les assistants sociaux, les éducateurs préscolaires et les éducateurs spécialisés.

### **1.9.1 Inadéquation quantitative**

La capacité de production moyenne annuelle des UFR de Sciences Médicales est de 322 médecins (avec, respectivement, 300 médecins formés par l'UFR/SMA et 22 par l'UFR/SMB de Bouaké), 100 pharmaciens par an pour l'UFR/SPB et de 22 chirurgiens-dentistes pour l'UFR/OS.

Les contraintes liées au recrutement à la Fonction Publique des sortants des UFR ont engendré au cours de ces dernières années, le phénomène des diplômés chômeurs, le secteur privé n'étant pas en mesure de résorber le surplus.

La capacité moyenne annuelle de formation de l'INFAS est de 200 infirmiers, 150 sages-femmes, 90 infirmiers spécialistes et 70 techniciens supérieurs de santé. Ainsi, toutes filières confondues, cette structure a une capacité moyenne annuelle de production de 510 agents.

La capacité de formation globale de l'INFS est en moyenne de 515 agents sociaux par an, toutes filières confondues réparties de la manière suivante : 120 assistants sociaux, 80 éducateurs préscolaires, 70 éducateurs spécialisés, 50 maîtres d'éducation spécialisés, 100 éducateurs préscolaires adjoints et 95 assistants sociaux adjoints.

Jusqu' à présent le problème pour l'INFAS et l'INFS se pose en terme d'insuffisance du nombre de RHS formé par rapport aux besoins du secteur public et du secteur privé.

Il est donc nécessaire de procéder périodiquement à des études prospectives de bassins et de possibilités de recrutement pour planifier les besoins en formation des RHS dans un cadre concerté.

### **1.9.2 Inadéquation qualitative**

En l'absence de profils de compétences et de profils de poste actualisés, il paraît délicat pour les institutions de formation de réviser leurs différents curricula de formation initiale. Cela se traduit présentement par la quasi-absence d'évaluation des programmes de formation. En dehors de l'UFR des Sciences Médicales de Cocody, qui conduit actuellement un processus visant la réforme de ses curricula de formation, aucune institution n'a évalué ses programmes au cours des dix dernières années.

De manière générale, la majorité des institutions de formation initiale sont confrontées aux problèmes d'insuffisance des équipements pédagogiques, de documentations et de Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC). A cela s'ajoutent les problèmes liés aux sites de stages pratiques, qui se posent avec acuité aux UFR de même que dans les institutions comme l'INFAS et l'INFS. Pour l'INFAS, des problèmes de locaux (Amphithéâtres, salles de cours, de T.D. et de TP) se posent avec acuité.

Il faut par ailleurs noter que, les statuts de l'INFAS et de l'INFS vis-à-vis de l'enseignement supérieur posent un problème de fond relativement au profil de carrière des formateurs permanents. Le mode actuel de recrutement ne leur confère pas un statut d'enseignant du supérieur.

Les difficultés ci-dessus énumérées, ont des répercussions négatives sur la mise en oeuvre des programmes de formation dans le sens d'une adéquation des RHS formées aux besoins réels sur le terrain.

Dès lors, il convient d'engager le processus d'actualisation des profils de compétences des RHS par les services utilisateurs, de réviser les curricula, d'améliorer les plateaux techniques des structures de formation, de diversifier les sites de stage et de trouver des solutions idoines pour l'amélioration du profil de carrière des formateurs permanents de l'INFAS et de l'INFS.

### **1.10. Inadéquation de la formation continue avec les besoins**

Selon l'OMS, la formation continue ou la formation en cours d'emploi s'étend de la fin de la formation initiale jusqu'à la retraite. Elle a pour objet, de permettre l'adaptation des professionnels au changement des techniques et des conditions de travail tout en favorisant leur promotion sociale. Elle permet aussi l'accès des ressources humaines aux différents niveaux de qualification professionnelle tout en contribuant au développement économique, social et culturel.

En Côte d'Ivoire, la formation continue des agents de l'Etat est régie par le décret N°95-92 du 1<sup>er</sup> février 1995 qui porte organisation de la formation professionnelle des candidats fonctionnaires et agents relevant des ministères, établissements publics nationaux et collectivités locales. Les différents types de formation professionnelle qui y sont définis sont les suivants : cycles de préparation au concours administratif, cycles et stages de formation, cycles et stages de spécialisation, séminaires et stages d'entretien professionnels.

L'insuffisance de planification et de coordination des formations continues des RHS a fait que ces formations se sont multipliées sans contrôle adéquat et sans réel respect des besoins prioritaires avec pour conséquence immédiate la non affectation des différents professionnels formés à un poste correspondant à leur nouvelle compétence<sup>(12)</sup>.

Au plan quantitatif, la formation continue ne touche qu'une infime partie des RHS en poste.

Dans un domaine très évolutif comme le secteur de la santé, la formation continue des RHS devrait être planifiée, programmée et mieux coordonnée en prenant en compte tous les emplois du secteur. Elle devra s'inscrire dans le cadre des besoins prioritaires de santé. La personne formée doit cependant trouver un intérêt dans la formation continue (au niveau de la carrière de l'agent et des différents avantages y afférents).

Il faut donc envisager des stratégies visant l'identification des priorités selon les besoins de santé de la population et l'adaptation du dispositif de formation continue à ces priorités.

Tout en recherchant la transparence au niveau de l'accès à la formation continue de tous les emplois (appel à candidature), il convient de rechercher des stratégies visant la valorisation de la formation et du produit formé.

### **1.11. Insuffisances et dysfonctionnement du système de gestion des RHS**

Malgré l'existence des structures chargées de la gestion des RHS, on assiste à des dysfonctionnements<sup>(12)</sup> portant sur la non maîtrise des effectifs, les disparités importantes dans la couverture des 19 régions sanitaires en RHS, des outils de gestion non opérationnels. On relève également la méconnaissance par les acteurs du système des textes régissant les interactions entre la DRH et les autres structures de la santé (Directions Centrales, Directions Régionales, Districts, Programmes, Projets, etc.) ainsi que des textes régissant des aspects spécifiques de la gestion des RHS (affectations, mutations, etc.). On note par ailleurs, la non maîtrise des procédures administratives par les animateurs des structures de gestion et les utilisateurs.

Ceci est aggravé par la méconnaissance des textes régissant les interactions entre le Ministère en charge de la santé (DRH, DFR, etc.), le Ministère de la Fonction Publique et de l'Emploi, le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, le Ministère de l'Economie et des Finances et le Ministère de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle.

L'absence d'une politique formelle de gestion des RHS, de plan de carrière pour certaines catégories de personnel de santé, d'estimation réelle du coût de gestion des ressources humaines, d'insuffisance quantitative et qualitative des agents chargés de la gestion des ressources humaines et d'insuffisance de prise en compte des profils dans l'attribution des postes de gestion et d'administration sont des contraintes à une gestion efficace des RHS. A cela s'ajoute, l'inexistence des principaux outils de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et de la mauvaise qualité de l'archivage des dossiers des agents.

Ces insuffisances limitent l'efficacité des services en charge de la gestion des RHS.

L'élaboration des outils de base de gestion prévisionnelle des RHS, la vulgarisation des textes en vigueur ainsi que la formation des agents chargés de la gestion des RHS se présentent donc comme des priorités.

### **1.12. Insuffisance du système d'Informations Stratégiques sur les RHS**

Pour l'amélioration de système d'information stratégique des RHS, un processus visant à équiper la Direction des Ressources Humaines est en cours et une base de données (GESPERS) est mise en place. Cependant la complétude des données reste encore faible. Par ailleurs, la DFR expérimente actuellement en collaboration avec la DIPE, une base de données (TIMS) et un système de suivi des agents formés dans le cadre des activités de lutte contre le SIDA.

Malgré ces avancées, il est difficile de disposer des données fiables sur les RHS.

De ce fait, le renforcement du système d'informations stratégiques sur les RHS se présente comme une nécessité. Il permettra de fournir dans les délais, des informations requises et fiables pour la planification, la prise de décision et le suivi du plan stratégique.

### **1.13. Insuffisance d'offres de service du public au privé et vice versa**

L'évaluation des RHS dans le secteur privé montre qu'un tiers des services de soins offerts par le secteur privé est fourni par des personnels de santé du secteur public travaillant à temps partiel (vacataires). Pour les médecins spécialistes, cette proportion dépasse largement cinquante pour cent.

Les textes réglementaires offrent la possibilité aux spécialistes du secteur privé de fournir des prestations dans le secteur public, notamment dans les EPN de santé. Cette opportunité est peu ou pas exploitée.

Dans le cadre des réformes envisagées, un accent doit être mis sur l'amélioration de cette réglementation et la vulgarisation des textes en vue d'une meilleure collaboration entre le secteur public et le secteur privé.

### **1.14. Nécessité de créer de nouveaux emplois**

Malgré les besoins réels du terrain, les spécialistes font cruellement défaut à l'intérieur du Pays, faute parfois de plateaux techniques adaptés, mais aussi à cause de l'inexistence d'un emploi correspondant aux spécialistes dans la nomenclature des emplois de la Fonction Publique.

A l'opposé, la problématique des auxiliaires de santé reste entière. Les cas les plus récurrents concernent les aides soignants, les assistants dentaires, les orthopédistes, les agents de santé communautaire et les matrones.

Ces emplois dont l'utilité est avérée, ne figurent pas dans la nomenclature des emplois de la Fonction Publique, ou font l'objet d'un mode de recrutement non satisfaisant pour les structures utilisatrices (le recrutement des aides-soignants avec le niveau BEPC ou CAP sanitaire en est une illustration). Leur absence dans les centres de soins est un handicap à surmonter.

La création de nouveaux emplois prenant en compte les spécialistes et les auxiliaires de santé peut contribuer à la réduction des coûts de la santé pour les ménages ainsi qu'à l'amélioration de l'offre et de la qualité des soins.

### **1.15. Prise en compte insuffisante du personnel exerçant dans le domaine de la médecine traditionnelle**

Bien qu'un programme national de promotion de la médecine traditionnelle existe, force est de constater que les textes de loi officialisant l'exercice de la médecine traditionnelle dans les structures sanitaires font défaut.

Un recensement a été réalisé en 1998 dans huit (8) régions sanitaires et a permis de dénombrer 8 000 tradipraticiens de santé parmi lesquels 600 ont été formés en anatomie, en hygiène conventionnelle et en conservation des médicaments.

De façon générale, la population ivoirienne adhère au principe de la promotion de la médecine traditionnelle au sein du système sanitaire. Par contre, le personnel de santé reste méfiant et réticent face à cette pratique. Cette attitude découle de l'absence d'approche cartésienne dans les diagnostics et les prestations des tradipraticiens de santé.

Il est donc urgent de poursuivre les actions afin de briser ce mur de méfiance par le renforcement des capacités des tradipraticiens d'une part, et la formation des agents de santé en naturothérapie et en phytothérapie d'autre part.

### **1.16. Insuffisance de valorisation des RHS**

Pour les questions de motivation des RHS, les problèmes sont nombreux et divers. Ils concernent l'absence de valorisation des cadres ayant eu accès à une formation continue, l'insuffisance de valorisation du profil de carrière, l'insuffisance du système de reconnaissance au travail, l'absence de plan de carrière pour certaines catégories de personnels de santé, le gel des effets financiers des avancements automatiques des agents, la suppression des primes des médecins spécialistes, l'absence de statut d'enseignants pour le personnel d'encadrement de l'INFAS, sont autant de freins à la motivation des RHS.

L'insuffisance de valorisation des RHS constitue donc un facteur déterminant de démotivation avec pour conséquence une diminution de la productivité aggravée par les mauvaises conditions de travail et les grèves à répétition.

## **1.17. Résumé des constats et problématiques**

L'analyse de la situation des RHS met en évidence des avancées qu'il importe d'améliorer. En effet, les services opérationnels sont déjà créés tant au niveau de la gestion courante qu'au niveau de la formation des RHS. Il importe de renforcer leurs capacités. De plus, les instances de régulation des professions de santé (ordre, syndicats, conseils) fonctionnent également et les opportunités de recyclage et de perfectionnement existent.

Au niveau du système d'information et de gestion, la base de données sur les RHS existe et le processus d'informatisation de la Direction des Ressources Humaines en cours devrait être évalué. Un répertoire des professionnels de santé ayant bénéficié d'une formation en cours d'emploi dans les structures nationales et internationales existe. Sa mise à jour systématique et son exploitation permettront d'améliorer cet outil.

Dans le domaine de la programmation, de la planification et de la distribution des RHS, les premières évaluations des ressources humaines pour la santé ont été réalisées pour le secteur privé et le secteur public respectivement en 2005 et en 2006. Un plan opérationnel de formation continue prenant en compte toutes les catégories professionnelles est en préparation à la DFR. On note également une volonté politique de la part des plus hautes autorités de la Santé en faveur de l'élaboration du plan stratégique de développement des RHS. Cette volonté s'est affirmée lors du plaidoyer qui a permis de résoudre temporairement le chômage des cadres supérieurs de la santé. Cependant le projet d'élaboration des normes en personnel en cours de réalisation devrait être accéléré.

Ces acquis cachent des problèmes structurels qu'il faudra résoudre. En effet, s'agissant de la coordination des actions, la recherche de consensus entre les acteurs chargés du recrutement, du financement, de la formation et de la gestion des RHS est aujourd'hui insuffisante. Ceci a pour conséquence, l'apparition de disparités importantes dans la couverture des 19 régions sanitaires et dans la répartition des compétences, ainsi que l'inadéquation du profil des ressources humaines avec les exigences du paquet minimum d'activité (PMA)<sub>(19)</sub>. De plus, l'insuffisance de coordination des diverses sources de données, l'absence de processus d'identification des besoins en formation, l'absence de critères de certification et d'accréditation des structures de formation, la non mise à jour des profils de compétence des produits de la formation et enfin, l'insuffisance de formateurs pour la formation dans les écoles de base (INFAS, INFS) constituent des contraintes qu'il faut lever pour une formation de qualité.

Le système d'information et de gestion présente aussi des faiblesses du fait de l'absence de normes en ressources humaines auxquelles l'on pourrait se référer pour définir une bonne politique d'affectation des personnels de santé et d'équipements des structures sanitaires. L'insuffisance quantitative et qualitative des agents chargés de la gestion des ressources humaines et de la gestion du système d'information est préoccupante. A cela, s'ajoute la prise en compte insuffisante des profils dans l'attribution des postes de gestion. Il y a aussi l'absence des principaux outils de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences tels que la nomenclature des emplois, la cartographie des emplois types, les référentiels des métiers, les fiches postes, le répertoire des compétences, les emplois sensibles, les référentiels de compétences, les grilles d'analyse des compétences, le document global de description de postes, les outils d'entretien annuel fondé sur les compétences, et les portefeuilles de compétences. La mauvaise qualité de l'archivage des dossiers des agents doit être corrigée.

L'inexistence d'un manuel de procédure et des outils de gestion des RHS entraîne la méconnaissance des textes et des procédures administratives par les animateurs des structures de gestion et par les agents. La faiblesse dans la coordination de la gestion des ressources humaines de la santé, la méconnaissance des textes régissant les interactions entre la DRH et les autres structures de la santé (Directions centrales, Directions régionales, Districts, Programmes, Projets, etc.) et la méconnaissance des textes régissant certains aspects de la gestion des ressources humaines (affectations, mutations, etc.) sont des freins à l'efficacité de la gestion des RHS.

Au niveau de la formation des RHS, les contraintes majeures pour atteindre la qualité dans la formation ont pour nom : absence de critères d'accréditation des sites de stage, absence de critères de certification et d'accréditation des structures de formation, insuffisance des capacités d'accueil des établissements de formation des infirmiers et sages femmes et autres personnels techniques, insuffisance des équipements pédagogiques et didactiques, des centres de documentation et des équipements de TIC .

S'agissant de la formation des formateurs, on note l'insuffisance de formateurs à l'INFAS et à l'INFS. Cette insuffisance est liée à de faibles opportunités de formation continue et de formation pédagogique pour tous les enseignants. A cela, il faut ajouter l'inexistence de statut pour les enseignants et à l'absence d'un système d'évaluation pour eux. Ce qui constitue des facteurs limitants.

Par ailleurs, relativement à la formation de base des RHS, on relève que le profil de compétence des produits de la formation n'est pas mis à jour. La capacité d'accueil des structures de formation de base (INFAS et INFS) est dépassée et le matériel et les outils pédagogiques (modèles anatomiques, autres) sont insuffisants.

Les sites de stages pour la plupart des domaines spécifiques sont concentrés à Abidjan et environs ; d'où l'absence de stages en milieu rural pour les UFR. Il faut ajouter à cela, l'absence d'un système d'évaluation des programmes de formation. De ce fait, les enseignements dans les écoles de base sont souvent trop théoriques, les contenus des cours souvent trop spécialisés au regard du niveau recherché pour les produits. Les volumes horaires accordés aux nouveaux programmes de santé (VIH/ SIDA, Santé de la reproduction etc.) sont insuffisants. La faible place de la formation continue dans les établissements de formation, l'insuffisance de stages hors CHU, les curricula de formation des infirmiers spécialistes inadaptés pour être opérationnel sont autant de dysfonctionnements qu'il faut corriger pour une formation de qualité.

Pour ce qui est de la formation continue des RHS, on relève un faible niveau de coordination de ces formations, une insuffisance des ressources financières allouées pour organiser les formations continues à grande échelle.

Les RHS sont de plus en plus démotivés à cause entre autres, des conditions matérielles et financières difficiles mais aussi de l'absence de valorisation de la formation continue, de l'insuffisance du système de reconnaissance au travail et de l'insuffisance de valorisation des profils de carrières.

Enfin, pour la mobilisation des ressources, l'allocation budgétaire de l'Etat au secteur de la santé est encore loin des 15% recommandés par les chefs d'Etat à Abuja. De ce fait, les ressources financières allouées pour l'équipement et le fonctionnement des services en charge de la gestion des ressources humaines, les ressources financières pour la prise en charge des stages hors CHU sont insuffisantes. Par ailleurs, la mise en place tardive du budget et la complexité des procédures d'exécution budgétaire, les difficultés de mobilisation des ressources pour permettre aux RHS de prendre en charge les situations d'urgence ou de crise constituent des problèmes à résoudre.

En résumé, les principaux problèmes mis en relief par l'analyse de la situation portent sur (i) une faible capacité institutionnelle pour la gestion des RHS au niveau central et au niveau déconcentré ; (ii) une capacité insuffisante de production de RHS diplômées par les institutions de formation initiale en relation avec les besoins; (iii) une coordination insuffisante des activités de planification, de programmation pour la formation et la gestion des ressources humaines, (iv) des disparités importantes dans la répartition spatiale et la répartition des compétences des RHS, (v) une insuffisance de valorisation des RHS; (vi) des allocations budgétaires insuffisantes; et (vii) un système d'information stratégique des RHS embryonnaire avec l'absence d'un cadre de suivi et d'évaluation des RHS.

## **CHAPITRE 2**

### **CADRE STRATEGIQUE**

#### **2.1. Vision stratégique, approche politique, formulation des orientations**

##### **2.1.1. Vision stratégique**

Au-delà de la prise en compte des questions en rapport avec la pénurie des ressources humaines de santé, leur répartition, leur qualification et leur motivation, la résolution des problématiques des ressources humaines appelle des approches et des changements novateurs dépassant le seul cadre de la production et de l'utilisation des dites ressources.

Plus que par le passé, il s'agira de redonner toute leur importance aux questions des ressources humaines et de mettre celles-ci au centre de l'organisation du système de santé et du dispositif de production de soins. La promotion de changements profonds allant jusqu'à l'avènement de nouveaux paradigmes dans la chaîne de production de service de santé constituent des voies à scruter pour une résolution à long terme de la question des ressources humaines pour la santé en Côte d'Ivoire.

Il faudra repenser aussi bien la typologie, les emplois, que le statut des ressources humaines qui contribuent au secteur de santé dans l'organisation générale de la fonction publique. Il faudra également repenser les conditions d'exercice des agents de santé de toutes disciplines dans le sens d'une valorisation et d'une responsabilisation accrue desdits professionnels dans l'organisation du dispositif de santé et l'offre de service public ou privé. Il faudra par ailleurs, repenser le rôle et le statut des établissements de soins tout le long de la pyramide sanitaire dans le sens de la promotion de formes adaptées de partenariat public-privé et dans le sens de la promotion de formes de contractualisations ouvert aux différentes parties prenantes (professionnels, usagers, collectivités locales). Il faudra enfin repenser le rôle, le statut et les conditions d'ouverture ou de création des institutions de formation des personnels de santé. Cela devra se faire dans le sens d'un partage des initiatives et des responsabilités entre l'Etat, les professionnels du secteur public et privé, les bénéficiaires et les collectivités décentralisées. Il faudra aussi tenir compte de la législation actuelle et des nouvelles directives de l'UEMOA relatives au libre établissement des professionnels de santé.

D'une manière générale, la vision stratégique pour le développement des ressources humaines en Côte d'Ivoire se veut avant-gardiste et ambitieuse en considération des paramètres évolutifs que sont : (i) les changements sociopolitiques et les transformations de la société Ivoirienne en cours ; (ii) l'inéluctable redistribution perceptible des pôles et de jeux de pouvoirs et les formes d'expression des droits à la santé qui en découleront ; (iii) le développement des initiatives locales dans le cadre des avancées de la politique de décentralisation et la multi-sectoralité ; (iv) les paradigmes nouveaux qui s'installeront avec la promotion et l'expansion des formes nouvelles de couverture du risque maladie ; (v) l'accroissement du secteur privé lucratif et non lucratif et la réduction du rôle de l'Etat dans la production des biens et services publics ; (vi) les mutations à venir dans les besoins de santé en rapport avec l'émancipation progressive des populations ; (vii) les réorientations de l'offre de santé qui découleront des changements épidémiologiques et démographiques et (viii) la réforme progressive de système d'enseignement supérieur en cours en adéquation avec les besoins du système sanitaire et le développement du profil de carrière des agents du santé.

Telle est la vision stratégique qui se dégage pour le développement des ressources humaines en Côte d'Ivoire. Chantier tourné vers l'avenir et l'ajustement constant de l'offre de service, aussi bien aux transformations progressives du système de santé qu'aux besoins évolutifs de santé des populations, cette vision marque la volonté du Gouvernement de faire du secteur de la santé, le

moteur du développement du pays avec comme priorité la résolution durable de la problématique des ressources humaines pour la santé. Bien entendu, la vision stratégique du développement des ressources humaines telle que présentée, de même que les enjeux qu'elle véhicule, apparaît comme un véritable défi. Envisagé à court, moyen et long terme, ce défi est surmontable avec un minimum de ressources et d'engagement collectif.

Il s'agira dans la pratique d'entretenir un partenariat dynamique autour d'une approche multisectorielle de la problématique des RHS pour une meilleure santé de la population dans une perspective de développement durable.

Les réformes envisagées visent à produire en quantité et en qualité les RHS requises pour la réalisation des priorités nationales en vue de l'amélioration de la santé de la population.

Par la qualité des ressources humaines et la performance des établissements sanitaires, il s'agira d'assurer et de maintenir durablement le leadership dans la sous région Ouest africaine.

Ainsi des réformes sont envisagées, notamment : (i) La mise en place d'une structure interministérielle chargée de coordonner les questions fondamentales relatives au consensus sur les études et recherches nécessaires à la définition d'un profil de compétences pour chaque catégorie de RHS, la planification stratégique des besoins en vue de dimensionner les effectifs à former, la programmation annuelle des effectifs à former et à recruter en fonction des besoins, l'adoption d'une stratégie de répartition géographique des compétences dans un souci d'équité et d'efficacité (ii) la réalisation d'une réforme des institutions de formation des RHS qui prendra en compte le statut des institutions de base pour leur conférer un statut d'établissement d'enseignement supérieur.

Cette réforme débouchera à terme sur la création de « **l'Université des Sciences de la Santé et du Social** » sous une tutelle unique qui regroupera les UFR des Sciences Médicales, Pharmaceutiques, Odontostomatologie, l'INFAS et l'INFS. L'INFAS et l'INFS seront considérés comme des établissements professionnalisés de courte durée, conformément à la Loi de 1996 sur la réforme de l'Enseignement. Cette réforme devrait permettre une meilleure valorisation des agents de Santé, l'utilisation optimale des formateurs et la résolution du problème de statut des formateurs permanents de l'INFAS et de l'INFS par le recrutement des formateurs en conformité avec les normes de l'enseignement supérieur et les profils de carrière y afférents.

Une autre réforme clé envisagée est la mise en place de la « **Fonction publique hospitalière** » par la création d'un statut qui confère aux hôpitaux régionaux et aux hôpitaux généraux, une autonomie de gestion à l'instar des EPN, tout en gardant à l'esprit le caractère social des activités. Ainsi, des normes de prestations et des mesures d'incitation seront instituées permettant à chaque structure de travailler avec des objectifs de résultats sous la supervision d'un conseil d'administration dans lequel les responsables des collectivités décentralisées joueraient un rôle de premier plan dans la mobilisation des ressources et le suivi des activités. L'approche régionale et décentralisée peut contribuer à la mobilisation de ressources additionnelles auprès des partenaires locaux et extérieurs. Ce qui constitue une valeur ajoutée par rapport à l'existant dans la mesure où la loi sur la décentralisation concède aux structures décentralisées les missions relatives à la planification, la construction, l'équipement et la gestion des établissements sanitaires en fonction de leur place dans la hiérarchie des structures décentralisées.

Enfin, il faudra réaliser des enquêtes périodiques nationales sur la satisfaction des bénéficiaires (ménages, assurances et mutuelles de santé) et des acteurs (gestionnaires, prestataires, enseignants). Ces enquêtes doivent être significatives au niveau du département en vue de la comparaison des résultats dans l'espace et dans le temps pour en tirer les leçons et prendre des mesures idoines de redressement.

En définitive, pour l'ensemble des acteurs impliqués, une compréhension commune de la problématique des RHS s'impose en vue (i) de bâtir des relations intersectorielles sur le plan national; (ii) de maîtriser la politique des ressources humaines pour la santé; (iii) de planifier et de mener un plaidoyer pour la collaboration entre les différents secteurs nationaux impliqués mais aussi entre le Gouvernement et les partenaires au développement.

### **2.1.2. Approche politique du développement des ressources humaines pour la santé**

La présente stratégie des ressources humaines pour la santé s'inscrit dans une approche politique double. Celle du pragmatisme et celle plus profonde d'une approche progressive, soutenue et réformatrice. Afin de permettre la prise en compte de cette double approche, la stratégie des ressources humaines intègre le cadre plus général de développement du secteur de la santé qui est le plan national de développement sanitaire (PNDS) dont les axes stratégiques fédèrent les besoins de reconstruction post-conflit et les besoins de mutation en profondeur du secteur.

Aussi, tout en gardant sa spécificité, son caractère prioritaire et son importance, la stratégie des ressources humaines pour la santé devrait-elle s'accorder et s'harmoniser au mieux avec les autres domaines d'interventions du PNDS. Il en est de même pour les axes stratégiques des autres secteurs du développement du pays qui devraient permettre ou faciliter la réalisation des objectifs de développement des ressources humaines pour la santé.

### **2.1.3. Formulation des orientations pour le développement des ressources humaines pour la santé**

Les orientations du plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé correspondent d'une part, aux problématiques qui découlent de ladite analyse, et d'autre part, aux nécessaires réformes qu'implique l'adaptation des ressources humaines pour la santé aux mutations à venir.

Pour rappel, les principaux problèmes mis en exergue par l'analyse de la situation des ressources humaines pour la santé portent sur : (i) la faible capacité institutionnelle pour la gestion des RHS au niveau central et au niveau déconcentré, (ii) l'insuffisance de coordination, planification, programmation et de suivi-évaluation au niveau central et décentralisé, (iii) le déséquilibre entre la formation des professionnels de Santé et les besoins de RHS en terme quantitatif, (iv) le déséquilibre entre les profils et compétences des professionnels de santé et les besoins du système de santé, (v) les insuffisances des institutions de formation de RHS avec surtout le manque d'accréditation et d'évaluation, (vi) la baisse de la qualité de formation dans les institutions de formation, (vii), la faible valorisation des ressources humaines du point de vue de leur rémunération, leur profil de carrière et du renforcement continu de leur compétence, (viii); la faiblesse du système d'information stratégique et (ix) l'insuffisance des allocations budgétaires pour la satisfaction des besoins en ressources humaines. En plus de ces faiblesses et insuffisances identifiées, il convient d'associer les problématiques en rapport avec les besoins d'ajustement permanent des ressources humaines pour la santé aux évolutions et mutations du système de santé.

Au total, les problématiques du développement des ressources humaines pour la santé en Côte d'Ivoire se rapportent aux domaines que sont (i) le cadre de planification, de programmation et de suivi-évaluation, (ii) le cadre institutionnel de coordination des interventions en matière de ressources humaines pour la santé, (iii) les capacités de formation et de production des institutions de formation, (iv) les capacités techniques de gestion des ressources humaines, (v) les capacités opérationnelles d'utilisation optimum des ressources humaines, (vi) l'environnement institutionnel, réglementaire et professionnel de promotion et de valorisation des ressources humaines pour la santé.

Ces domaines déterminent dans une certaine mesure les axes d'intervention sur lesquels devront porter les efforts du Gouvernement et ceux des parties prenantes. Les objectifs et stratégies, de même que les interventions prioritaires qui en résultent traduisent la volonté du Gouvernement de parvenir rapidement à une satisfaction des besoins immédiats du système de santé. Ils traduisent également la volonté de créer et d'impulser les conditions d'un développement soutenu des ressources humaines pour la santé.

## **2.2. Objectifs, stratégies et actions prioritaires**

### **2.2.1. Objectif général de la stratégie des ressources humaines pour la santé**

L'objectif général de la Stratégie Nationale des Ressources Humaines 2009-2013 est **d'améliorer durablement, quantitativement et qualitativement, la disponibilité, l'utilisation efficiente et la répartition équitable des ressources humaines motivées, au service des différents niveaux de la pyramide sanitaire, des programmes prioritaires de santé ainsi que du dispositif de gestion du secteur de santé.**

Énoncé comme tel, l'objectif général de la stratégie de ressources humaines vise aussi bien la réduction des déficits en la matière que l'amélioration de la qualité et les performances des personnels de santé. Il s'inscrit dans la pérennité et tient compte des besoins du système de santé à tous les niveaux du dispositif de soins et dans toutes ses dimensions de l'action sanitaire.

### **2.2.2. Les objectifs spécifiques**

Les objectifs spécifiques poursuivis, les stratégies développées ainsi que les interventions prioritaires à mettre en œuvre traduisent la multiplicité des facteurs et des déterminants liés au développement des ressources humaines pour la santé. Poursuivis simultanément, suivant un axe prioritaire ou de manière séquentielle suivant les nécessités et opportunités, ces objectifs spécifiques expriment la convergence et la complémentarité des efforts à mettre en œuvre pour l'atteinte de l'objectif général ci-dessus énoncé.

Six (6) objectifs spécifiques ont été définis pour la réalisation de l'objectif général poursuivi à savoir :

- ✓ **Renforcer le cadre de planification et d'Information Stratégique des RHS ;**
- ✓ **Assurer l'adéquation quantitative et qualitative entre la formation des RHS et les besoins du système sanitaire ;**
- ✓ **Renforcer les capacités des RHS en cours d'activité ;**
- ✓ **Renforcer le système de gestion des RHS ;**
- ✓ **Améliorer l'utilisation des RHS ;**
- ✓ **Améliorer la valorisation des RHS ;**

### **2.2.3. Les stratégies prioritaires**

La poursuite de chacun des objectifs spécifiques requiert les stratégies les plus appropriées et à même de garantir le plus efficacement la finalité à atteindre.

Pour chacune des stratégies, les actions prioritaires à mettre en œuvre dans le court terme (1-2 ans) et moyen terme (3-5 ans) ont été identifiées et reprises dans le tableau 3.

Ces stratégies prioritaires sont les suivantes :

#### **Objectif Spécifique A : Renforcer le cadre de planification et d'Information Stratégique des RHS**

Stratégies :

- ✓ A1. La promotion et le renforcement du cadre de collaboration pour la planification des RHS
- ✓ A2. Le renforcement des capacités du système d'information stratégique pour la planification, suivi, évaluation et révision du Plan Stratégique du RHS

## **Objectif Spécifique B: Assurer l'adéquation quantitative et qualitative entre la production des RHS et les besoins du système sanitaire**

Stratégies :

- ✓ B1. L'accroissement de la production des RHS diplômées (y compris les spécialistes) en adéquation avec les besoins sur le terrain
- ✓ B2. La création d'une Université des Sciences de la Santé et du Social de la CI
- ✓ B3. La promotion de la formation des auxiliaires de santé (aides soignants, auxiliaires en pharmacie, assistants dentaires, agents de santé communautaire, etc.) et leur utilisation effective
- ✓ B4. L'adaptation des curricula de formation initiale aux besoins de santé des populations
- ✓ B5. L'amélioration des capacités institutionnelles des structures de formation initiale pour assurer une formation de qualité
- ✓ B6. La promotion des enseignants des institutions de formation initiale

## **Objectif Spécifique C: Renforcer les capacités des RHS en cours d'activité**

Stratégies :

- ✓ C1 L'amélioration de la qualité et la rationalisation (coût efficacité) de la formation continue
- ✓ C2 La promotion de la formation continue

## **Objectif Spécifique D: Renforcer le système de la gestion des RHS**

Stratégies :

- ✓ D1. Le renforcement du cadre institutionnel de planification, gestion et développement des RHS au niveau central, déconcentré et décentralisé
- ✓ D2. Le renforcement des capacités opérationnelles des structures en charge des RHS au niveau central, déconcentré et décentralisé

## **Objectif Spécifique E : Améliorer l'utilisation des RHS**

Stratégies :

- ✓ E1. La maîtrise des effectifs par une meilleure planification des RHS
- ✓ E2. L'amélioration de la distribution et de la fidélisation des RHS
- ✓ E3. L'amélioration de la performance des agents par la supervision

## **Objectif Spécifique F: Améliorer la valorisation des RHS**

Stratégies :

- ✓ F1. L'amélioration des conditions de travail
- ✓ F2. La promotion du profil de carrière des agents
- ✓ F3. L'amélioration de la protection sociale des RHS

**Tableau 3 : Les actions prioritaires à mettre en œuvre pour chacune des stratégies dans le court (1-2 ans) et moyen (3-5 ans) termes**

<b>Objectif Spécifique</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Activités - A court terme (1-2 ans)</b>	<b>Activités - A moyen terme (3-5 ans)</b>
A. Renforcer le cadre de planification et d'Information Stratégique des RHS	A1. La promotion et le renforcement du cadre de collaboration pour la planification des RHS	A.1.1 Vulgariser les informations et les textes législatifs et réglementaires incluant le texte relatif à l'instance politique et stratégique	A.1.5 Renforcer le cadre de concertation et de coordination entre le MSHP avec autres acteurs qui agissent dans le secteur de santé (hors secteur public) incluant les tradipraticiens, secteur privé, ONG, OBC, etc.)
		A.1.2 Développer et valider le Plan budgétisé annuel de mise en œuvre de la Stratégie Nationale des RHS 2009-2013	A.1.6 Elaborer un code de Santé publique
		A.1.3 Renforcer le cadre formel de concertation, planification et de coordination entre le MSHP et les autres Ministères en charge des RHS incluant le développement et la validation des plans budgétisés annuels de mise en œuvre	
		A.1.4 Renforcer le cadre formel de concertation, planification et de coordination entre les structures centrales et les structures déconcentrées d'une part et entre les structures centrales et les entités décentralisées d'autre part, incluant le secteur privé	
	A2. Le renforcement des capacités du système d'information stratégique pour la planification, suivi, évaluation et révision du Plan Stratégique du RHS	A.2.1 Développer et valider le Plan de Suivi et Evaluation (S&E) correspondant au Plan Stratégique RHS 2009-2013	A2.9 Réaliser, diffuser et utiliser les résultats d'études en vue de la compensation des gaps d'information stratégique pour la gestion et le développement des RHS
		A.2.2 Rendre fonctionnel le système informatisé de gestion de données des effectifs	A2.10 Réaliser, diffuser et utiliser les données des rapports annuels sur les ressources humaines
		A.2.3 Harmoniser et diffuser les outils de collecte de données sur les RHS	A2.11 mettre à jour annuellement le Plan national stratégique des RHS
		A.2.4 Améliorer la complétude et l'utilisation des bases de données de RHS en collaboration avec le Ministère de la Fonction Publique, le Ministère de l'Economie, et des Finances, les établissements utilisateurs, et le autres parties prenantes	

Objectif Spécifique	Stratégies	Activités – A court terme (1-2 ans)	Activités - A moyen terme (3-5 ans)
A. Renforcer le cadre de planification et d'Information Stratégique des RHS	A2. Le renforcement des capacités du système d'information stratégique pour la planification, suivi, évaluation et révision du Plan Stratégique du RHS	<p>A.2.5 Améliorer les circuits de collecte des informations sur les RHS (collecte de données et de supervision)</p> <p>A.2.6 Former les acteurs à l'utilisation des outils de collecte des données</p> <p>A.2.7 Améliorer l'utilisation des informations sur les RHS à tous les niveaux de déconcentration administrative et à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec le renforcement des capacités des gestionnaires à analyser les données sur les RHS pour la prise de décision</p> <p>A.2.8 Identifier les gaps d'information stratégique et les études cibles prioritaires et élaborer un programme d'études prioritaires (études sur les profils, études pour identifier les besoins en RHS, des enquêtes sur la satisfaction des bénéficiaires et des acteurs</p>	
B. Assurer l'adéquation quantitative et qualitative entre la production des RHS et les besoins du système sanitaire	B1: L'accroissement de la production des RHS diplômées (y compris les spécialistes) en adéquation avec les besoins sur le terrain	<p>B1.1 Elaborer un cadre juridique avec la définition et l'application des critères d'accréditation des institutions de formation de RHS qui couvrent les établissements publics et privés</p> <p>B1.2. Elaborer un cadre juridique avec la définition et application des critères d'évaluation des institutions de formation de RHS (publique et privé)</p> <p>B1.3. Actualiser les projections des besoins par catégorie de professionnels de santé en relation avec les objectifs et les priorités sanitaires</p> <p>B1.4. Augmenter de manière substantielle la capacité de production des diplômés des institutions de formation pour répondre de manière adéquate aux besoins du système sanitaire</p> <p>B1.5. Renforcer le plateau technique essentiel des institutions de formation des RHS: infrastructure, meubles, équipement, matériel etc.</p> <p>B1.6. Augmenter de manière substantielle la capacité de production des cadres diplômés de l'INFAS (infirmiers/es, sages femmes, techniciens, spécialistes etc.) par la poursuite de la déconcentration de l'INFAS avec la création d'au moins trois nouvelles antennes</p>	B1.7. Créer un cadre incitatif pour la formation des spécialistes en fonction des priorités du système (exemple : infirmiers spécialistes, médecins spécialistes, etc.)

<b>Objectif Spécifique</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Activités - A court terme (1-2 ans)</b>	<b>Activités - A moyen terme (3-5 ans)</b>	
B. Améliorer l'adéquation quantitative et qualitative entre la production des RHS et les besoins du système sanitaire	B2. La création d'une Université des Sciences de la Santé et du Social en CI	B2.1. Mettre en place un comité de réflexion et de pilotage du projet d'Université des Sciences de Santé et du Social	B2.2. Définir, adopter et faire valider par décret le statut de l'Université des Sciences de Santé et du Social de la CI et des autres entités	
			B2.3 Définir le plan de gestion incluant les aspects administratifs, logistiques et de coordination entre les différentes entités (ancien UFR santé, INFAS, INFS etc.)	
			B2.4. Définir le plan de gestion incluant les aspects techniques, pédagogiques et les possibilités de passerelles entre les institutions de formation	
			B2.5. Renforcer et/ou créer les partenariats avec les autres institutions sœurs au plan international	
			B2.6. Mettre en place un cadre de suivi et d'évaluation des réformes	
	B3. La promotion de la formation des auxiliaires de santé (aides soignants, auxiliaires en pharmacie, assistants dentaires, agents de santé communautaire, etc.) et leur utilisation effective	B3.1 Vulgariser l'information sur les profils de compétences des aides soignants	B3.2 Définir les profils de carrière des aides soignants	B3.5 Evaluer la possibilité de formation des aides soignants et des agents de santé communautaires dans les institutions d'enseignement de technique sanitaire et social en vue d'améliorer la qualité de formation (y compris dans les institutions privées)
			B3.3 Définir les profils et compétences des agents de santé communautaires avec possibilité de leur engagement par les collectivités décentralisées et les structures non- gouvernementales	B3.6 Renforcer les capacités des institutions cibles (en fonction des évaluations) de formation des aides soignants et des agents de santé communautaires en vue d'améliorer la qualité de formation
			B3.4 Recenser et définir les profils de compétences des autres auxiliaires de santé	B3.7 Renforcer les capacités des institutions de formation accréditées pour les autres auxiliaires
	B4. L'adaptation des curricula de formation initiale aux besoins de santé des populations	B 4.1 Identifier les besoins prioritaires en matière de santé	B4.2 Déterminer les profils de compétence des professionnels intervenant dans le secteur de Santé adaptés aux besoins nationaux	B4.5. Evaluer les curricula
			B4.3 Elaborer des curricula de formation en fonction des profils de compétences déterminés	
B4.4 Mettre en œuvre les nouveaux curricula de formation				

<b>Objectifs Spécifiques</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Activités - A court terme (1-2 ans)</b>	<b>Activités - A moyen terme (3-5 ans)</b>
B. Améliorer l'adéquation quantitative et qualitative entre la production des RHS et les besoins du système sanitaire	B5. L'amélioration des capacités institutionnelles des structures de formation initiale pour assurer une formation de qualité	B5.1. Définir les besoins des institutions de la formation initiale pour <u>promouvoir une formation de qualité</u> B5.2. Renforcer le plateau technique des institutions de la formation initiale: infrastructure, équipement en matériel pédagogique, TIC, documentation, Internet/communication etc., B5.3. Diversifier et accroître les capacités d'accueil des sites de stages pratiques (y compris ceux en rapport avec la formation initiale et la formation continue) B5.4 Renforcer l'encadrement rapproché des assistants/enseignants sur les sites des stages pratiques	
	B6. La promotion des enseignants des institutions de formation initiale	B6.1 Définir les statuts des enseignants de l'INFAS et INFS et créer et/ou promouvoir les profils de carrière des enseignants en relation avec le Ministère de la Fonction Publique et les Organisations Professionnelles	B6.2 Assurer la formation quantitative et qualitative des enseignants des INFAS et INFS selon les différents <u>niveaux des programmes de formation</u> B6.3 Accroître le nombre de bourses d'études pour la formation des formateurs des institutions de formation initiale des RHS y compris des bourses de stage de mise à niveau
C: Renforcer les capacités des RHS en cours d'activité	C1. L'amélioration de la qualité et la rationalisation (coût efficacité) de la formation continue	C1.1 Adapter les curricula de formation continue aux besoins en santé de la population	C1.6 Planifier les activités de formation continue
		C1.2 Elaborer le document de politique de formation continue	C1.7 Coordonner les activités de formation continue
		C1.3 Valider le document de politique de formation continue	C1.8 Améliorer les capacités institutionnelles des structures de formation continue pour promouvoir une formation de qualité
		C1.4 Elaborer un cadre juridique avec la définition et l'application des critères d'accréditation des institutions de formation de RHS qui couvrent les établissements publics et privés	
		C1.5. Elaborer un cadre juridique avec la définition et application des critères d'évaluation des institutions de formation de RHS publique et privé	

<b>Objectif Spécifique</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Activités - A court terme (1-2 ans)</b>	<b>Activités – A moyen terme (3-5 ans)</b>	
C: Renforcer les capacités des RHS en cours d'activité	C2. La promotion de la formation continue	C2.1 Evaluer les besoins en formation continue	C2.2 Prendre en compte la formation continue dans la définition des profils de carrière et de postes	
			C2.3 Conditionner le renouvellement de l'accréditation professionnelle à la participation aux formations continues	
			C2.4 Assujettir le renouvellement de l'accréditation des établissements privés à la participation des personnels aux formations continues	
D. Renforcer le système de gestion des RHS	D1. Le renforcement du cadre institutionnel de planification, gestion et développement des RHS au niveau central, déconcentré et décentralisé	D1.1 Vulgariser les informations et les textes législatifs et réglementaires existants	D1.2 Elaborer les textes législatifs et réglementaires manquants	
			D1.3 Vulgariser les nouveaux textes législatifs et réglementaires	
	D2. Le renforcement des capacités opérationnelles des structures en charge des RHS au niveau central, déconcentré et décentralisé	D2.1 Développer des manuels de procédure et des outils de gestion des RHS		
		D2.2 inventorier les besoins matériels et humains de la DRH, de la DFR et des autres structures en charge des RHS au niveau central, déconcentré et décentralisé		
		D2.3 Renforcer le plateau technique de la DRH et DFR et celles des autres structures en charge des RHS au niveau central, déconcentré et décentralisé en équipements et matériels informatiques, bureautiques et de communication		
		D2.4 Rendre fonctionnel le système informatisé de gestion de données du personnel		
		D2.5 Affecter du personnel (cadres, agents d'exécution) pour la gestion des RHS		
		D2.6 Recruter des cadres en complément pour la mise en œuvre du plan stratégique (en particulier pour la cellule technique et opérationnelle au sein de la DRH)		
D2.7 Former le personnel aux procédures de planification, de gestion et de contrôle en RHS ainsi qu'à l'utilisation des informations stratégiques pour la prise de décision				

<b>Objectif Spécifique</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Activités - A court terme (1-2 ans)</b>	<b>Activités - A moyen terme (3-5 ans)</b>		
E. Améliorer l'utilisation des RHS	E1. La maîtrise des effectifs par une meilleure planification des RHS	E1.1 Rendre fonctionnel le système informatisé de gestion de données des effectifs	E1.5. actualiser la base de donnée des RHS		
		E1.2 Recenser les RHS	E1.6 Elaborer un programme d'étude et de recherche sur les RHS		
		E1.3 Analyser les données	E1.7 Mettre en œuvre le programme d'étude et de recherche sur les RHS		
		E1.4 Réaliser la cartographie des RHS	E1.8 Faire des enquêtes sur les RHS tous les deux ans		
	E2. L'amélioration de la distribution et de la fidélisation des RHS	E2.1 Evaluer les résultats des initiatives de déploiement et rétention incluant les zones CNO	E2.2 Etablir la situation du redéploiement des personnels depuis 2003 et maîtriser les données de déplacés et réaffectés	E1.9 Développer des plans d'actions annuels pour la gestion des RHS	
				E1.10 Mettre en œuvre les plans d'actions	
				E2.3 Créer et/ou renforcer les projets pilotes d'incitation adaptés pour le recrutement et la rétention des RHS opérant dans les zones déshéritées	
		E3. L'amélioration de la performance des agents par la supervision	E3.1 Adapter et diffuser un guide et des outils de supervision basés sur la performance pour les différents niveaux de la pyramide sanitaire	E3.2 Améliorer l'orientation, la supervision et l'encadrement des RHS	E2.4 Faire un plaidoyer pour l'extension et institutionnalisation de mécanismes d'incitation adaptée pour le recrutement et rétention des RHS opérant dans les zones déshéritées
					E2.5 Expérimenter les approches innovatrices comme la contractualisation des RHS pour les programmes prioritaires, les partenariats avec le secteur privé (lucratif et/ou non lucratif), et l'utilisation effective des agents communautaires
					E2.6 Evaluer les approches innovatrices
F. Améliorer la valorisation des RHS	F1. L'amélioration des conditions de travail	F1.1 Evaluer les besoins en équipement des structures sanitaires	F1.3 Equiper des structures sanitaires en outils de travail indispensable en adéquation avec le PMA		
		F1.2 Renforcer les politiques et les pratiques de la santé et la sécurité au travail incluant les aspects liés au VIH/SIDA et aux maladies transmissibles et la gestion du «burn-out».	F1.4 Améliorer la planification et l'organisation du travail en incluant les aspects de distribution de charge du travail et la promotion de flexibilité du travail (en prenant en compte les préoccupations des travailleurs du secteur public)		
	F2. La promotion du profil de carrière des agents	F2.1 Valoriser les compétences des RHS basé sur la performance par la reconnaissance du mérite des agents (décoration, prix d'excellence, promotion, accès à la formation continue etc.)	F2.2 Définir un profil de carrière des agents tenant compte de la performance, la formation continue (y compris les spécialités) et les besoins du système		

<b>Objectif Spécifique</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Activités - A court terme (1-2 ans)</b>	<b>Activités - A moyen terme (3-5 ans)</b>
F. Améliorer la valorisation des RHS	F2. La promotion du profil de carrière des agents		F2.3 Plaidoyer pour la revalorisation des salaires et pour les avantages professionnels pour toutes les catégories de RHS
	F3. L'amélioration de la protection sociale des RHS	F3.1 Faire l'état des lieux sur la protection sociale des RHS	F3.2 Améliorer les avantages sociaux et sanitaires pour les RHS en collaboration avec les organisations professionnelles

### 2.3. Résumé des grandes interventions

Les grandes interventions proposées dans le cadre de ce Plan Stratégique de développement des RHS visent à faire face aux problématiques identifiées et à produire en quantité et en qualité les RHS requises pour la réalisation des priorités nationales du système sanitaire pour les cinq ans à venir. En raison des évolutions et des mutations possibles du système de santé, la mise en œuvre des grandes interventions devra être accompagnée par un suivi, une évaluation et une recherche opérationnelle qui serviront de base à la révision du plan par des ajustements appropriés.

Il convient de noter par ailleurs que les grandes interventions portant sur le secteur de santé sont définies de la manière la plus large possible. En effet, elles concernent : (i) toutes les catégories de personnel qui agissent dans le secteur de santé (personnel de soin, d'administration et de soutien); (ii) les acteurs informels tels que les agents de santé communautaire et les tradipraticiens, (iii) tous les secteurs de santé (public, privé à but lucratif et privé à but non lucratif).

Les grandes interventions correspondent aux stratégies jugées idoines pour faire face aux problèmes mis en exergue par l'analyse de la situation des ressources humaines pour la santé. Elles portent sur : (i) le renforcement de capacité institutionnelle pour la planification et l'utilisation de l'information stratégique des RHS au niveau central et au niveau déconcentré, (ii) le renforcement de coordination, planification, programmation et de gestion des RHS au niveau centrale et décentralisé en vue d'améliorer l'utilisation des RHS, (iii) le renforcement de planification et capacités institutionnelles en vue de promouvoir l'adéquation entre la production des professionnelles de Santé et les besoins de RHS en terme quantitatif, (iv) le renforcement de planification et capacités institutionnelles en vue de promouvoir la qualité de formation et l'équilibration, au façon progressive et dynamique, entre les profils et compétences des professionnels de santé et les besoins du système de santé, (v) le réalisation des reformes des institutions de formation des RHS avec la création de l'Université de Science des Santé et du Social, (vi) l'amélioration de la valorisation des ressources humaines pluridisciplinaires de santé du point de vue de leur rémunération, leur profil de carrière et du renforcement continue de leur compétence, (vii) le renforcement du système d'information stratégique avec un système de suivi et évaluation et la recherche opérationnelle adapte au besoins de system, et, (viii) le mobilisation des ressource financiers et autres entrants stratégiques pour la mise en œuvres effectif de dudit plan et la satisfaction des besoins en ressources humaines.

Les objectifs et stratégies, de même que les interventions prioritaires qui en résultent traduisent la volonté du Gouvernement de parvenir rapidement à une satisfaction des besoins immédiats du système de santé. Ils traduisent également la volonté de créer et d'impulser les conditions d'un développement soutenue des ressources humaines pour la santé.

## **CHAPITRE 3**

### **MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATEGIQUE DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE (2009-2013)**

La mise en œuvre du Plan Stratégique de développement des RHS 2009-2013 est un processus qui évoluera au cours des cinq (5) prochaines années.

Elle débutera véritablement après l'élaboration du plan opérationnel budgétisé, du plan de suivi/évaluation et du plan de communication. L'organisation d'une table ronde des partenaires pour la mobilisation des ressources et l'élaboration d'un cadre partenarial de mise en œuvre et de suivi/évaluation pour une meilleure visibilité dans le processus de mise en œuvre des interventions sont nécessaires.

La phase de mise en œuvre du plan commencera par la dissémination du plan à tous les acteurs concernés, puis par le renforcement des capacités opérationnelles des directions en charge de la gestion des RHS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Le suivi de la mise en œuvre des interventions se fera de façon périodique à chaque niveau déconcentré, sanctionné par l'élaboration de rapport périodique de performance. L'évaluation du plan se fera à mi parcours et à la fin de la période de mise œuvre.

#### **3.1. Développement du plan opérationnel et du plan de communication**

##### **3.1.1 Plan opérationnel**

Le plan opérationnel est un plan où les activités clés, issues des stratégies, sont budgétisées. Il précise le chronogramme de mise en œuvre des activités à court et moyen termes ainsi que les responsables de celles-ci. À partir de ce plan, un plan de suivi/évaluation peut être élaboré.

##### **3.1.2 Plan de communication**

Le plan de communication est élaboré afin d'accompagner et faciliter le processus de mise en œuvre du plan stratégique. Il permet de développer des actions de plaidoyer auprès des décideurs et partenaires afin d'obtenir leur engagement et leur soutien au processus. L'autre objectif visé par le plan de communication est de sensibiliser et informer les acteurs clés du processus pour emporter leur adhésion et les inciter à mener des activités nécessaires pour l'atteinte des objectifs fixés à court et moyen terme.

#### **3.2. Mobilisation des ressources**

Après l'élaboration les différents plans budgétisés, notamment le plan opérationnel, le plan de suivi/évaluation et le plan de communication, une Table Ronde des bailleurs de fonds devra être organisée pour mobiliser les ressources auprès des partenaires (Etat, organisations multilatérales et bilatérales, secteur privé, collectivités décentralisées, ONG de santé, et autres intéressées). À cette table ronde, il leur sera présenté un plan de mobilisation des ressources précisant les clés de répartition des ressources par domaine d'action.

#### **3.3. Dissémination du plan stratégie de développement des RHS 2009-2013**

La diffusion du Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du Secteur de la Santé 2009-2013 se fera sous la coordination du Comité Multisectoriel de Pilotage du Processus d'élaboration et de mise en œuvre de la Politique des Ressources Humaines pour la Santé (CMP),

Les cibles visées sont : les partenaires au développement du secteur de la santé, toutes les directions centrales et déconcentrées du Ministère de la santé, les Instituts et Ecoles de formation, les organisations professionnelles des RHS, la Fonction Publique, le Ministère de l'Economie et des Finances, Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du développement, Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, Ministère de la Famille, de la Femme, et des Affaires Sociales, Ministère de l'Enseignement Professionnel, Ministère de la Lutte contre le SIDA, les collectivités décentralisées, les syndicats et les ordres, et tous les acteurs potentiels qui sont concernés par la mise en œuvre de ce plan. La présentation du plan se fera par un lancement officiel en présence du Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique.

La diffusion sur Internet et le placement dans les sites web stratégiques comme celle de MSHP, du Plan d'Urgence Américain en Côte d'Ivoire, de l'OMS et des syndicats seront sollicités.

### **3.4. Renforcement des capacités des structures chargées de la mise en œuvre du plan stratégique**

L'ensemble des acteurs clés qui mettront en œuvre ce plan sont identifiés dans les trois niveaux (3) niveaux de la pyramide sanitaire du système de santé :

#### **Au niveau central on note :**

- ☞ les directions centrales du MSHP ;
- ☞ les directions des programmes de santé ;
- ☞ les EPN de santé ;
- ☞ les institutions de formation ;
- ☞ les organisations professionnelles ;
- ☞ les réseaux/collectivités des ONG/OBC actives dans le secteur de la santé.

#### **Au niveau intermédiaire :**

- ☞ Les directions régionales

#### **Au niveau périphérique :**

- ☞ Les directions départementales de la santé et leurs composantes opérationnelles.

Toutefois, la DRH, la DFR, la DIPE et la DEPS restent les quatre Directions clés du Ministère de la santé, chargées de mettre en œuvre et de coordonner les stratégies de ce plan, selon leur domaine d'intervention. Le renforcement des capacités de ces quatre directions est primordial pour assurer un pilotage efficace de la coordination et le suivi de la mise en œuvre des interventions du plan aux autres niveaux de la pyramide sanitaire.

Pour faciliter la mise en œuvre du plan, un cadre de collaboration et de concertation permanent devra exister entre le Ministère de la Santé et les différents Ministères clés que sont le Ministère de la Fonction Publique et de l'Emploi, le Ministère de l'Economie et des Finances, le Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du Développement, le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, le Ministère de la Femme, Famille et des Affaires Sociales et le Ministère de la lutte contre la SIDA.

## **CHAPITRE 4**

### **SUIVI ET EVALUATION DU PLAN**

#### **4.1. Cadre et principes**

##### **4.1.1 Cadre de suivi-évaluation**

Selon l'organisation du système de santé en Côte d'Ivoire, la responsabilité première du suivi et de l'évaluation de l'action sanitaire incombe à la Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation (DIPE). Cependant, en pratique, toutes les informations pertinentes incluant celle des RHS ne sont pas encore prises en compte dans le système d'information de la DIPE. Par conséquent, le cabinet du Ministère est obligé d'exercer un suivi non formalisé de la mise en œuvre des politiques à travers des demandes d'informations ponctuelles ou l'analyse des divers rapports émanant des services centraux et périphériques.

En ce qui concerne les ressources humaines, les sources d'informations potentielles comprennent (i) la Direction du Cabinet, la Direction Générale de la Santé, la Direction de l'Information, de l'Evaluation et de la Planification (DIPE), La Direction des Etablissements et des Professions de Santé (DEPS), la Direction des Ressources Humaine (DRH), la Direction de la Formation et de la Recherche (DFR), les Directions régionales, les Directions Départementales, les Services du Personnel des Hôpitaux, les Institutions de Formation et de Recherche, le secteur privé (lucratif et non lucratif). Il existe par ailleurs, en dehors du Ministère de la Santé, des services ou institutions potentiellement détenteurs (trices) d'informations pertinentes sur les RHS (Ministère de la Fonction Publique, Direction de la Solde, Mutuelles des Fonctionnaires et Agents de l'Etat, Ordres et Syndicats professionnels, etc.). Ce réseau disparate d'informations relatives aux RHS pourrait constituer un handicap pour un suivi adéquat du plan stratégique des ressources humaines pour la santé.

Pour assurer le suivi efficace de la mise en œuvre du plan en vue de contribuer à l'atteinte des objectifs poursuivis, un cadre formel de suivi évaluation du plan stratégique des ressources humaines sera développé.

##### **4.1.2 Principes**

Le principe premier du suivi évaluation du plan stratégique des ressources humaines est de garantir le leadership de la DRH. Elle est chargée de la gestion des RHS pour une meilleure coordination des interventions en matière de ressources humaines, au regard de la multiplicité des acteurs impliqués dans la problématique des ressources humaines.

Quant au second principe, il consiste à mettre en place une cellule technique qui sera chargé de recueillir toutes les données sur la gestion des RHS, de les compiler, de les analyser et de les partager avec l'ensemble des parties prenantes.

Le troisième principe est de produire les informations stratégiques qui aideront à la prise de décision et à la planification en matière de développement des RHS.

L'observance des voies hiérarchiques habituelles devrait être de mise pour assurer une bonne circulation des informations et une implication réelle des différents responsables concernés.

## **4.2 Mécanisme de suivi-évaluation**

Ce cadre fera intervenir deux instances. L'une à visée politique et stratégique, garante de l'intégrité et de la conformité de la mise en œuvre du plan stratégique. L'autre, de portée technique et opérationnelle. La mise en place de ces instances fera l'objet de textes réglementaires pris par le Ministre en charge de la Santé et largement diffusés auprès des parties prenantes.

### **➤ Instance de portée stratégique et politique**

L'instance de portée stratégique et politique assurera principalement le suivi de la conformité de la mise en œuvre du plan stratégique, avec les orientations adoptées par le Gouvernement et secondairement, la coordination d'ensemble du processus de développement des ressources humaines pour la santé. Elle exerce également les arbitrages s'il y a lieu. Elle se réunit périodiquement et en cas de besoins, et fait un rapport au Ministre de la santé. Elle a une composition multisectorielle, est ouverte notamment aux Départements Ministériels ayant un rôle déterminant dans la réalisation des objectifs du plan.

### **➤ Instance de portée technique et opérationnelle/cellule technique**

Les acteurs clés de cette cellule technique sont la Direction des Ressources Humaines assurant quotidiennement la gestion des RHS, la DFR chargée de coordonner les activités de formation du personnel en cours d'activité et la DIPE pour la gestion centralisée du système d'information sanitaire et les responsables des ressources humaines des programmes de santé et des EPN de santé. L'instance technique et opérationnelle pourra être renforcée par au plus deux experts.

Le suivi de la mise en œuvre du plan stratégique est assuré secondairement par les Directions régionales et Départementales de la santé auprès desquelles la cellule technique et opérationnelle recueille les informations nécessaires et anime un cadre de coordination locale.

La cellule technique établit de manière périodique un rapport d'avancement de la mise en œuvre du plan stratégique de ressources humaines y compris les rapports d'activités des Directions, des services ou des Institutions impliquées dans la réalisation des objectifs du plan. La Direction des Ressources Humaines tient informé le Cabinet du Ministre de la santé par la transmission dudit rapport auquel sont annexées des propositions visant la résolution des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du plan.

## **4.3 Outils de suivi-évaluation**

Les outils de suivi et d'évaluation du plan stratégique des ressources seront développés par la cellule technique et opérationnelle. Ces outils renseigneront périodiquement aussi bien sur la mobilisation des ressources et leur utilisation que sur les résultats obtenus en termes de performance et d'efficacité. Ils concerneront les différents domaines du plan et seront adaptés chaque fois que nécessaire pour tenir compte des évolutions dans la mise en œuvre du plan et la réalisation progressive des objectifs. Ce sont essentiellement :

### **➤ Plan de suivi et évaluation**

Ce plan dont l'élaboration constitue un enjeu pour la mise en œuvre efficace du plan stratégique, précisera d'une part, le cadre de suivi et le mécanisme de suivi et d'autre part, identifiera les indicateurs et leurs paramètres notamment, leurs formules, leurs méthodes et périodicité de collecte, leurs sources en collaboration avec tous les acteurs concernés pour la mise en œuvre.

➤ **Tableaux de bord pour le suivi des activités**

L'élaboration d'un tableau de bord prospectif permettra d'identifier des indicateurs de performance pour que la DRH puisse piloter efficacement la mise en œuvre de ce plan. Cet outil prendra en compte toutes les composantes à améliorer dans le plan stratégique afin de faciliter l'articulation quotidienne des activités de la DRH de façon cohérente avec les stratégies identifiées pour la mise en œuvre de ce plan.

Pour une gestion cohérente et harmonieuse des activités, des tableaux de bord seront élaborés pour les directions régionales, les directions départementales, les directions des programmes de santé, la DIPE et la DFR.

➤ **Outils de collecte et de restitutions des données**

Ils seront développés selon les besoins en informations en matière de RHS et cadreront avec chaque niveau de la pyramide sanitaire. Ils feront appel en cas de besoins aux outils existants, notamment ceux du SIG. Des études ou enquêtes ponctuelles compléteront au besoin les outils de suivi développés ou utilisés.

## CHAPITRE 5

### ANALYSE DES OPPORTUNITES, DES RISQUES ET DES MENACES

Cette étape est très importante pour la mise en œuvre du plan. En effet, elle permet d'être en veille constante pour saisir les opportunités et identifier les risques éventuels capables d'entraver la mise en œuvre du plan. Pour cela, une collaboration et une concertation permanente seront entreprises avec les partenaires qui apportent leurs appuis financiers ou techniques pour la mise en œuvre du plan. Cette approche permet de faire une analyse préalable à chaque étape du processus de la mise en œuvre, afin d'identifier les éventuels obstacles, capables d'entraver le processus, et d'anticiper sur les actions à entreprendre, pour minimiser ces obstacles éventuels.

#### 5.1 Analyse des opportunités

La première opportunité du plan stratégique des ressources humaines est la reconnaissance quasi unanime de la problématique des ressources humaines comme déterminant important du système de santé. Cette reconnaissance s'est traduite depuis quelques années par un engagement particulier des Institutions d'aide et au développement en faveur du relèvement du défi de la crise des ressources humaines pour la santé, notamment dans les pays en développement.

La Côte d'Ivoire est engagée dans un processus de reconstruction post-conflit du dispositif de santé au cours duquel les ressources humaines occupent une place primordiale en terme de réhabilitation, mais également en terme de redistribution. Les déséquilibres, mais également les besoins nouveaux nés de la crise sociopolitique ont, en effet, aggravé la situation déjà fort préoccupante des ressources humaines pour la santé.

Le Ministère de la santé s'est engagé récemment dans un processus de redéfinition d'une nouvelle vision stratégique de développement du secteur de la santé avec à terme l'élaboration d'un nouveau plan de développement sanitaire pour les cinq années à venir. Les stratégies développées pour les ressources humaines dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS 1996-2005 n'ayant pas permis d'obtenir les résultats escomptés, le présent plan stratégique de développement des ressources humaines offre l'occasion d'une prise en compte de la dimension des ressources humaines dans la stratégie globale de développement du secteur. L'articulation et l'intégration des deux démarches sont indispensables.

Par ailleurs, depuis quelques années, les principales Institutions de formation des ressources humaines de santé sont à la recherche d'une nouvelle impulsion aussi bien sur le plan pédagogique que sur le plan de la valorisation du statut des personnels enseignants desdites institutions. Ainsi, outre la révision des curricula de formation, des réformes plus profondes sont annoncées allant dans le sens de la mise en place d'une université des sciences de la santé et du social. Les orientations du plan stratégique des ressources humaines devraient contribuer grandement à accélérer cette dynamique de réforme dont les objectifs rencontrent ceux du PNDS.

Enfin, la question des RHS en Côte d'Ivoire est indissociable de la problématique de la réforme administrative et de la fonction publique ; les RHS étant essentiellement constituées de personnels fonctionnaires. Plusieurs initiatives sont en cours dans le cadre de la réforme administrative. Le plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé offre également l'opportunité de jeter les bases d'une fonction publique mieux adaptée aux exigences du secteur de la santé.

## **5.2 Analyse des risques**

Les risques encourus pour la réalisation des objectifs du plan stratégique de ressources humaines sont réels en raison de la complexité de la problématique des ressources humaines dans le secteur de la santé. Les tentatives antérieures d'intervention en vue d'une résolution de ces problèmes ont été entachées de discontinuité et d'absence de suivi. Une des explications a été l'instabilité institutionnelle qui avait prévalu au Ministère de la santé. Ce risque demeure réel en raison de l'évolution de la situation sociopolitique. Il en est de même pour les autres Ministères techniques partie prenantes du processus.

Un autre risque est celui en rapport avec le degré d'engagement du Gouvernement dans la réalisation des objectifs du plan stratégique des ressources humaines. Confronté à plusieurs défis dans le cadre de la reconstruction post-conflit et engagé essentiellement dans le processus de paix en cours, la problématique des ressources humaines pourrait être reléguée à un autre niveau d'appréciation. Il est également possible qu'au niveau du secteur de la santé lui-même, la nécessaire hiérarchisation des priorités fasse perdre de vue l'importance stratégique de la question des ressources humaines.

En termes de risque, il convient de noter également la question de l'efficacité du suivi et du pilotage du plan. Par le passé, il a souvent été observé une faible mobilisation des entités, des personnes ou des acteurs clés concernés. Une des explications, souvent évoquée, est l'absence de mécanisme de motivation des membres des équipes de direction ou tout simplement le faible engagement des promoteurs eux-mêmes et l'absence de leadership véritable.

Le risque consécutif à la faible mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du plan stratégique est un risque constant. Ce risque est d'autant plus réel que bon nombre de partenaires sont absents du pays. Leur retour dépend de l'évolution de la situation sociopolitique. Par ailleurs, leur absence au moment de l'élaboration du plan pourrait constituer un handicap. En effet, il n'est pas certain dans ces conditions qu'ils s'engagent pour le financement du plan des ressources humaines malgré sa pertinence.

Enfin, un risque important à trait à la capacité des équipes à conduire et à mener à terme avec efficacité la mise en œuvre du plan. Il s'agit d'un risque mineur qui pourrait toutefois devenir considérable à la suite de mouvement de personnel au sein des Directions et services potentiellement impliqués pour l'heure dans le processus de mise en œuvre du plan.

## **5.3 Analyse des menaces**

En raison de la situation particulière du pays, la menace la plus importante est celle d'une dégradation durable de la situation sociopolitique avec perturbation de l'activité des services centraux, notamment en matière de suivi des réformes. Une autre menace est celle que pourrait constituer une situation d'arrêt brusque de la coopération bilatérale avec les partenaires techniques et financiers privilégiés actuels. Enfin, les interventions dans le domaine des ressources humaines requièrent l'adhésion et l'acceptation des organisations professionnelles. Leur non adhésion pourrait constituer une menace potentielle.

## CONCLUSION

L'importance des ressources humaines pour la santé n'est plus à démontrer surtout dans le contexte actuel de post crise marquée par les enjeux de la reconstruction où chaque citoyen doit être en bonne santé pour une participation efficace au processus développement. Le cadre stratégique de ce plan qui part de la vision déclinée en objectif général, en objectifs spécifiques, puis en stratégies, et, enfin en activités, trace la voie pour régler les problématiques prioritaires issues de l'analyse situationnelle.

Les objectifs, les stratégies et les activités traduisent la volonté du Ministère de la santé à parvenir rapidement et progressivement à une satisfaction des besoins immédiats du système de santé en ressources humaines. Ils traduisent également la volonté de créer et d'impulser les conditions d'un développement soutenu des ressources humaines pour la santé à travers le développement de partenariat et de plan de communication pour accompagner le processus.

Les principales orientations stratégiques proposées dans le cadre de ce Plan Stratégique de développement des RHS 2009-2013 visent à faire face aux problématiques identifiées et à produire en quantité et en qualité les RHS requises pour la réalisation des priorités nationales du système sanitaire pour les cinq ans à venir.

En raison des évolutions et des mutations possibles du système de santé, la mise en œuvre des grandes interventions sera suivie régulièrement et une évaluation périodique se fera à mi parcours pour apporter des ajustements nécessaires et à terme.

Au regard de la multiplicité des acteurs, faisant intervenir plusieurs Ministères, les partenaires au développement, les organisations professionnelles dans la gestion des problématiques des RHS, il est souhaitable que ceux-ci s'engagent et s'approprient le processus de mise en œuvre selon une approche coordonnée et convergente pour gérer de façon efficace et soutenue la problématique des RHS.

Dans cette perspective, le comité multisectoriel de pilotage assisté des secrétariats permanent et technique devront pleinement jouer leur rôle pour un aboutissement efficace des prochaines étapes <sup>(annexe 1)</sup> ainsi que dans la mise en œuvre et le suivi/évaluation de ce plan.

## BIBLIOGRAPHIE

1. AKA K., La formation des Infirmiers en Côte d'Ivoire, Réunion sous-régionale des infirmiers dans l'espace CEDEAO, Cotonou, 11-13 septembre 2006.
2. Banque Mondiale, Pour une meilleure santé en Afrique, les leçons de l'expérience, septembre 1994, 283 pages
3. CHIFFOLEAU S. : Politiques de santé sous l'influence internationale Afrique, Moyen Orient, Collection Orient Méditerranée, 2005, 300 pages.
4. DAMASCENE B., FIENO J., DIARRA S., KOMBE G., DECKER C., OULAI S. : «Evaluation des ressources humaines pour la santé en Côte d'Ivoire », USAID (PHRplus), août 2005, 47 Pages.
5. DJEHA D. et al, « Evaluation des programmes de santé de 1999 à 2003, Juillet 2004, 205 pages.
6. Institut National de la Statistique (INS) : Enquête Démographique et de Santé (EDS) en Côte d'Ivoire, 1998, 297 pages.
7. Institut National de la Statistique (INS) : Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH, 1998), Abidjan.
8. Institut National de la Statistique/ Ministère de la lutte contre la SIDA/ORC-Macro/Projet RETRO-CI : Enquête sur les indicateurs du SIDA en Côte d'Ivoire, 2005. décembre 2006.
9. Institut National de la Statistique/ Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du Développement/ UNICEF : Enquête par grappes à indicateurs multiples Côte d'Ivoire, 2006. Mars 2007 (Rapport Final).
10. KEITA K. et TIEMBE I., Rapport final, Projet d'organisation et d'assainissement de la médecine privée à Abidjan, avril 2001, 25 pages.
11. KOMBE G., WON C., DIARRA S., DAMASCENE B. : «Evaluation des ressources humaines pour la santé dans le secteur privé : capacité, motivation et combinaison de compétences en Côte d'Ivoire», décembre 2006, 45 pages
12. LOUKOU D. NANDJI B. KOFFI C., BAMSSIE., TRAORE V. et KOUAME H. : Rapport d'analyse de la situation des ressources humaines pour la santé en Côte d'Ivoire, Abidjan 62 pages, 2006.
13. LOUKOU D. et KOUAME H, KRA A. : Rapport final du recensement du personnel médical au chômage, novembre 2006, 29 pages.
14. N'GUESSAN H., Consultant Formateur. Note technique sur la certification de la qualité des structures de formation, des curricula et diverses ressources engagées (RH, RL, RM, RF). 24/10/2006.
15. Ministère d'Etat, Ministère de la Santé et de la Population. Politique de formation des personnels du Ministère chargé de la santé. Mars 2005. Non publié.
16. Ministère d'Etat, Ministère de la Santé et de la Population, Stagiaire du Ministère chargé de la santé de 1992 à 2005, Direction de la Formation et de la Recherche.
17. Ministère de la Santé Publique, Plan National de Développement Sanitaire 1996-2005. Avril 1996, 49 pages.

18. Ministère de la Santé Publique, Direction des Ressources Humaines, Projet d'Appui à la gestion des Ressources Humaines, Rapport de la phase 1. EUREXCEL ASSOCIES, octobre 1995.
19. Ministère de la Santé Publique, « Manuel des Directives du Paquet Minimum d'Activités des établissements sanitaires de premier contact », Nouvelles Editions Ivoiriennes, 2000, 311 pages.
20. Ministère de la Santé Publique, « Guide de supervision du système national de santé publique », Nouvelles Editions Ivoiriennes, 2000, 95 pages.
21. Ministère du Plan et du Développement Industriel, Rapport de synthèse, Commission Nationale de Prospective, Côte d'Ivoire 2025, 230 pages.
22. Rapport final du séminaire de restitution des recommandations de l'atelier de Ouidah sur la politique et la gestion des RHS, Abidjan 29 juin 2006, 33 pages.
23. Rapport technique sur la collaboration avec la médecine traditionnelle, Direction des Etablissements et des professions sanitaires, sous direction de la médecine traditionnelle, Abidjan 3 avril 1998, 71 pages.
24. Management Sciences for Health/World Health Organization. Tools for Planning and Developing Human Resources for HIV/AIDS and other Health Services. 2006, 108 pages.
25. OMS : Health workforce development in post-conflict environments. 2006, 141 pages.
26. OMS : Les professionnels qui œuvrent pour notre santé, Bureau Régional de l'Afrique, Brazzaville, 2001, 42 pages.
27. OMS : Politiques et Plans des Ressources humaines pour la Santé. Directives à l'intention des pays membres de l'OMS, Région Afrique, Brazzaville 2006, 56 pages.
28. PNUD. Rapport sur le Développement Humain 2005.
29. UFR-SM/MES, MER, MEMSP. Plan Stratégique 2005-2009 UFR Science Médicales d'Abidjan, 2005. 47 pages.

## **Références : Textes organiques pertinents pour le RHS**

### *Autres politique*

- *Loi sur la décentralisation (projet de décret en cours pour la santé)*

### Gestion des RH

- Décret n° 70-365 du 26 mai 1970 *portant conditions de recrutement à une poste de Maître Assistant.*
- Décret n° 79-210 du 1979 *portant institution d'une indemnité de fonction en faveur du personnel paramédical.*
- Loi n° 92-570 du 11 septembre 1992 portant Statut Général de la Fonction Publique (révision de la loi n°64-488 du 21 décembre 1964) *(ainsi que ses décrets d'application constitue le cadre institutionnel global qui régit tout le personnel civil de l'Administration et guide les diverses politiques de développement des ressources humaines mises en œuvre par les Ministères Techniques)*
- Arrêté N°239 du 29 décembre 1995 *précisant les conditions de recrutement des Assistants de Facultés, Chefs de Cliniques et des Assistants de Facultés, Chefs de Bio clinique des CHU de Côte d'Ivoire*
- Loi N°95-696 du 7 septembre 1995 relative à l'enseignement supérieur obligeant les enseignants, en son article 4, alinéa 3, à suivre le recyclage, le perfectionnement et la formation permanente.
- Décret n° 2003-465 du 11 décembre 2003 *instituant une indemnité forfaitaire santé et différentielle santé.*
- Arrêté 398 MEMSP/CAB du 31 octobre 2005 portant création, organisation, attributions, et fonctionnement du Comité de suivi des recommandations sur la problématique du renforcement de capacités en Ressources Humaines pour la Santé en Cote d'Ivoire.
- Arrêté 082 MSHP/CAB du 23 mars 2007 portant création, attributions, organisation et fonctionnement du Comité Multisectoriel de Pilotage du Processus d'Elaboration et de Mise en Œuvre de la Politique Nationale des Ressources Humaines pour la Santé en Cote d'Ivoire.
- Arrêté n° 169 du 9 septembre 1971, .....*précisant le taux des émoluments hospitaliers des membres des personnels enseignants et hospitaliers du Centre Hospitaliers et Universitaire d'Abidjan.*
- Arrêté interministériel n°3552/FP/CAB du 5 mai 1975 *portant octroi d'une indemnité forfaitaire de fonction pour le personnel d'encadrement des écoles de formation paramédicale.*

### Formation

- Décret n° 91-655 du 9 octobre 1991, portant création et organisation d'un établissement public à caractère administratif dénommé institut national de formation des agents de santé (INFAS).
- Décret n° 93-609 du 02 juillet 1993 portant modalités particulières d'application du statut général de la fonction publique (et plus spécialement en son article 17, énonce que pour les besoins de leurs recherches, de leur formation et de leurs enseignements, les enseignants supérieurs universitaires, professionnels ou techniques peuvent participer à des stages, voyages d'études et/ou des missions d'enseignement ou d'examen auprès d'universités étrangères).

- Décret N° 97/25 du 15 janvier 1997 portant création de l'Ecole de Gestion Economique et Financière (EGEF)
- Arrêté n° 31/MSP/DFR du 18 février 2002 portant création, attributions, organisation et fonctionnement de la Commission des bourses d'études du secteur de la santé.

*Autre Secteur Santé (Publique)*

- Arrêté 741 MSP/CAB du 9 janvier 1996 *définit le Paquet Minimum d'Activités applicable aux établissements sanitaires.*
- Décret No 2007 – 507 du 13 Juin 2007 portant organisation du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

*Autre Secteur Santé (Privé)*

- Décret n° 96-877 du 25 octobre 1996, portant classification, définition et organisation des établissements sanitaires privés.
- Arrêté 041 MEMSP/CAB du 17 juillet 2003 portant création, attribution, organisation et fonctionnement du Projet Appui au Développement du secteur sanitaire privé (PADSSP).

## **ANNEXES**

### **Annexe 1. Prochaines étapes de la mise en œuvre**

La mise en œuvre du Plan stratégique nationale 2009-2013 demandera plusieurs étapes essentielles incluant : la diffusion de la stratégie, la création et le bon fonctionnement du cadre institutionnel de coordination, le développement des plans budgétisés et du suivi et évaluation, la mobilisation des ressources financières, le suivi, évaluation et la révision si nécessaire du plan lors de la mise en œuvre.

#### **Annexe 1. 1 Diffusion de la stratégie 2009-2013**

Sous la coordination du Comité Multisectoriel de Pilotage du Processus d'élaboration et de mise en œuvre de la Politique des Ressources Humaines pour la Santé (CMP), la diffusion du Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du Secteur de la Santé 2009-2013 est en train d'être planifiée et budgétisée en vue d'assurer que tous les acteurs clés sont sensibilisés sur son existence, son importance et son contenu.

Pour la diffusion, les actions suivantes sont prévues :

- La coordination effective de tous les aspects techniques et logistiques par le Secrétariat permanent du CMP en partenariat avec Abt Associates, OMS et autres partenaires technique et financier ;
- La restitution et le lancement officiel en présence du Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique et autres membres du Gouvernement, des partenaires de développement, les organisations professionnelles des RHS et tous les acteurs clés;
- La diffusion des documents (version papier et informatisé) conformément au plan de diffusion ciblant les responsables du MSHP, des autres Ministères (MFPE, MEF, METP, MESRS, MFFAS, MLS), les collectivités décentralisées, les syndicats et ordres, les partenaires au développement, et autres intéressés etc. ;
- La diffusion sur l'Internet et le placement dans les sites web stratégiques comme ceux de MSHP, du Plan d'Urgence Américain en Cote d'Ivoire, de l'OMS, des syndicats ou ordres et autres sites pertinents.

#### **Annexe 1. 2 Cadre institutionnel de coordination**

Au niveau national, comme définit par l'arrêté ministériel n°082 du MSHP du 23/07/07, le Comité Multisectoriel de Pilotage du Processus d'élaboration et de mise en œuvre de la Politique des Ressources Humaines pour la Santé (CMP) est responsable pour tous les aspects de la mise en œuvre du Plan Stratégique. Ce comité est présidé par le Directeur de Cabinet Adjoint de MSHP et regroupe les représentants compétents des ministères concernés incluant MSHP, MEF, MFPE, MEMPD et autres. Le CMP à travers ses organes techniques et opérationnels assure le secrétariat permanent et le secrétariat technique. Cette structuration est destinée à promouvoir la coordination politique et technique au niveau interministériel, au niveau du MSHP et au niveau du secteur de la Santé.

Cette nouvelle structure vient appuyer les autres cadres institutionnels de planification, coordination et suivi et évaluation déjà existants au sein du Gouvernement, du secteur de la Santé, de la Fonction Publique, et au niveau des institutions de formation. Au plan opérationnel, le CMP supervise globalement. Mais les Directions centrales du MSHP (comme DRH, DFR, DIPE, DGS, DAF etc.), les institutions de formation concernées (comme UFR-SM, INFAS, INFS etc.) seront responsables pour la mise en œuvre des parties du plan qui les concernent.

Les partenaires clés pour la mise en œuvre de Plan Stratégique sont :

Au niveau central :

- Les Ministères clés incluant le Ministère de l'Emploi et de la Fonction Publique, le Ministère de l'Economie et des Finances, le Ministère du Plan et du Développement, le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, le Ministère de la Femme, Famille et des Affaires Sociales et le Ministère de la lutte contre la SIDA ;
- les directions centrales de MSHP concernées ;
- les EPN de santé ;
- les institutions de formation ;
- les organisations professionnelles ;
- les réseaux/collectivités des ONG/OBC actives dans le secteur de la santé

Au niveau périphérique :

- Les directions de Santé aux niveaux régional et départemental,
- les établissements sanitaires publics,
- les établissements sanitaires privés (caractère lucratif et non lucratif),
- tous les établissements de formation de professionnels de santé.

Au niveau décentralisé :

- Les collectivités décentralisées
- tous les partenaires financiers et techniques

### **Annexe 1. 3 Développement des plans budgétisés et du suivi et évaluation**

Le développement d'un plan opérationnel avec un budget détaillé et un plan de suivi et évaluation est la prochaine étape critique pour la mise en œuvre effective de la Stratégie des RHS 2009-2013. A ce stade la quantification des activités (indicateurs et le budget) permettra la définition davantage des priorités, surtout pour la première période du plan. Il va aussi permettre le développement d'un plan de mobilisation des ressources additionnelles requises.

Au niveau national, le Comité Multisectoriel de Pilotage du Processus d'élaboration et de mise en œuvre de la Politique des Ressources Humaines pour la Santé (CMP) sera responsable de la mise en œuvre de Plan Stratégique. Le secrétariat permanent du CMP et le secrétariat technique du CMP assureront qu'une équipe avec les compétences requises développe un plan opérationnel budgétisé en relation de Plan Stratégique de RHS. Le plan opérationnel inclura un plan de suivi et évaluation. Seront inclus parmi les membres de cette équipe, les institutions suivantes : les directions responsables pour les RHS (incluant formation, finance, planification et gestion etc.) du MSHP et les autres ministères clés concernés (MFPE, MEF, MESRS, MFFAS, MEMPD). L'assistance technique et financière des partenaires va également être sollicitée.

### **Annexe 1. 4 Plaidoyer / Mobilisation des ressources**

La production des documents du Plan Stratégique de développement des RHS 2009-2013 et de son plan de mise en œuvre avec un budget détaillé et un plan opérationnel de suivi et évaluation va permettre l'identification des ressources déjà mobilisées et le gap des ressources requis. Sous la coordination du CMP ces éléments vont être utilisés pour créer un plan de mobilisation de ressources financières et autres ressources requis pour sa mise en œuvre. Leur diffusion auprès des décideurs nationaux et des partenaires financiers potentiels est également important en vue de leur appropriation et la mobilisation des ressources additionnelles requises. L'organisation d'une Table Ronde des bailleurs de fonds (Etat, organisations multilatérales et bilatérales, secteur privé, collectivités décentralisées, ONGs, et autres intéressées) sera indispensable.

La perspective d'une éventuelle admission du pays à l'Initiative de remise de la Dette en faveur des Pays Pauvres Très Endettés (PPTTE) peut être une opportunité importante dans cette mobilisation de ressources.

### Annexe 1. 5 Suivi et Evaluation du plan

Tableau 4 : Calendrier proposé du lancement de Plan de mise en œuvre de la stratégie des Ressources Humaines 2009-2013 et son cycle de révision

Mois	Tâche	Responsabilités
Septembre 2008	Validation du Plan Stratégique de développement RHS 2009-2013	Cabinet/MSHP
Octobre 2008	Diffusion du Plan Stratégique de développement RHS 2009-2013	Cabinet/MSHP
Nov-Déc 2008	Elaboration du plan de S/E	Secrétariat Technique de CMP
Dec. 2008	Validation et diffusion du plan de S/E	CMP
Déc. 2008	Planification annuelle avec budgétisation, revue de progrès et vérification des assomptions avec acteurs clés	Secrétariat Technique de CMP
Jan 2009	Mise en œuvre de Plan Annuel 2009	CMP, DRH et institutions visées
Juillet 2009	Soumission auprès le Plan d'Urgence Américain (PEPFAR) dans le cadre du Plan Opérationnel Pays) - Ajouter autres exigences liées aux opportunités des autres partenaires de développement (Banque Mondiale, Fonds Mondial, OMS etc.)	CMP/MSHP
Octobre - Novembre 2009	Revue de progrès de mise en œuvre de Stratégie; Modifications du Plan Stratégique si nécessaire.	CMP
Déc. 2009	Planification annuelle avec budgétisation, revue de progrès et vérification des assomptions avec acteurs clés	Secrétariat Technique de CMP
	Répétition du cycle chaque année	
Juillet-Aout 2011	Revue à mi-parcours/évaluation externe ou mixte Revue de progrès de mise en œuvre de Stratégie; Modifications du Plan Stratégique si nécessaire.	CMP, évaluateurs externes
2013	Revue à la fin du projet	CMP, évaluateurs externes

## Annexe 2. Les bases de la formation

### 1. Formation des médecins

- Jusqu'en 1992 les étudiants entrent directement à la Faculté de Médecine avec un baccalauréat série scientifique en majorité. Face à la demande croissante de la formation en médecine dépassant largement la capacité d'accueil, le Gouvernement Ivoirien instaure un numerus clausus et crée un tronc commun pour les Facultés de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie. A partir de 1992, l'entrée en médecine est exclusivement réservée aux étudiants ayant réussi le concours du tronc commun.
- La durée de la formation médicale est de huit ans et se déroule en trois cycles et sur un rythme semestriel. Les trois cycles sont organisés de la manière suivante:
  - le 1<sup>er</sup> cycle se compose de la 2<sup>e</sup> année uniquement depuis que la 1<sup>ère</sup> année est passée au tronc commun;
  - le 2<sup>e</sup> cycle est composé des 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> années;
  - le 3<sup>e</sup> cycle commence avec la 7<sup>e</sup> année qui correspond à l'année des cliniques, et la dernière année consacrée à la thèse. C'est la filière professionnelle longue.
  - Il existe également la filière académique hospitalo-universitaire accessible aux étudiants dès la fin de la 5<sup>e</sup> année d'études après le concours d'internat.
- La semestrialisation et le système des unités de valeur ont permis une répartition cohérente du programme avec une graduation dans les acquisitions théoriques. Des travaux pratiques (TP), des enseignements dirigés (ED) et des stages pratiques complètent la formation théorique. Les sites de stages sont essentiellement les centres hospitaliers et universitaires (CHU), à l'exception de la 6<sup>e</sup> année où il existe également des stages dans des structures périphériques de santé publique (psychiatrie, INHP, INSP). Depuis 1994, les stages ruraux ne figurent plus au programme.
- L'UFR/SMB a un curriculum de formation calqué sur celui de l'UFR/SMA. Jusqu'à l'année universitaire 2004-2005, l'UFR accueille les étudiants à partir de la 4<sup>e</sup> année, l'UFR/SMA assure alors la formation des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> années. L'accès à la 3<sup>e</sup> année à Bouaké pour les étudiants est effectif depuis la rentrée 2005-2006.
- La formation des médecins spécialistes est post-doctorale et sanctionnée par un certificat d'études spécialisés (CES) ou un diplôme universitaire (DU). Quel que soit le certificat ou le diplôme préparé, l'accès aux études est subordonné à la réussite d'un examen probatoire. L'obtention du diplôme est soumise à l'élaboration et à la soutenance préalable d'un mémoire. La durée de formation varie d'une à quatre années académiques.

### 2. Formation des pharmaciens

- L'accès aux études de pharmacie est subordonné à un concours au décours du tronc commun.
- La durée de la formation est de 7 ans. Les enseignements sont répartis par cycle : le premier cycle, 1<sup>ères</sup> et 2<sup>e</sup> année ; le deuxième cycle, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> année; le troisième cycle général, 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> année et une 7<sup>e</sup> année de thèse.
- Les enseignements sont organisés en UV et respectent la semestrialisation. Dans les premier et deuxième cycles sont dispensés des cours théoriques, des travaux pratiques et dirigés ponctués par des stages en officine, en santé rurale et dans les laboratoires d'analyse médicale des différentes formations sanitaires. Le 3<sup>e</sup> cycle comporte également un enseignement théorique, pratique et dirigé, un stage hospitalo-universitaire d'une durée de six mois au cours duquel l'étudiant en pharmacie intègre les services cliniques.
- Les étudiants effectuent six stages de mise en situation professionnelle, répartis en six périodes, à partir de la fin de la 2<sup>e</sup> année.

- La formation des spécialistes se fait à partir du 3<sup>e</sup> cycle spécialisé. Celui-ci conduit à l'obtention du doctorat d'université de spécialité après un diplôme d'études Appliquées (DEA), ou aux certificats d'études spécialisées requis pour l'ouverture et la direction de laboratoires d'analyses médicales.
- Ces formations spécialisées sont accessibles aux titulaires du diplôme d'état de docteur en pharmacie, médecine, odontostomatologie ou vétérinaire.
- La spécialisation peut se faire également par la voie de l'internat.

### **3. Formation des chirurgiens-dentistes**

- La durée de la formation est de 6 ans auxquels s'ajoute une année de thèse. La 1<sup>ère</sup> année est effectuée au tronc commun ; les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> années sont une initiation à la gestuelle et à la pratique en bouche. L'enseignement est théorique mais surtout pratique et dirigé pour permettre un apprentissage par simulation. En 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> année l'enseignement est surtout clinique.
- La formation se déroule dans le Centre de Consultations et de Traitements Odonto-Stomatologiques. Les étudiants s'initient à la prise en charge thérapeutique des patients de façon graduelle. La possibilité d'effectuer des stages en milieu hospitalier permet également au futur praticien de découvrir les réalités de l'exercice professionnel.
- Dans le cadre de la formation des spécialistes: pour obtenir le doctorat en sciences odontologiques, le docteur en chirurgie dentaire doit obtenir :
  - pour les spécialités cliniques:
    - un Certificat d'Etudes Spécialisées (CES) de groupe A: d'histologie embryologie ou des Biomatériaux employés en art dentaire.
    - Un CES de groupe B, il s'agit de tous les CES de spécialité.
  - La durée de formation est d'une année.
    - pour les disciplines fondamentales :
    - la maîtrise, préparée en deux ou trois ans
    - le Diplôme d'Etudes Approfondies (DEA) préparé en une année
    - la thèse de docteur en sciences odontologiques

### **4. Formation des infirmiers et sages-femmes**

- Le niveau de recrutement des étudiants infirmiers et sages-femmes est similaire à celui du supérieur et des grandes écoles.
- La durée de formation est 36 mois (trente six) soit trois années académiques consécutives. Les enseignements sont dispensés sous forme de cours magistraux, travaux dirigés et stages en milieu professionnel. Ils sont évalués de façon continue : chaque matière est évaluée par l'enseignant chargé du cours après une série de cours totalisant quinze heures d'enseignement, chaque stage faisant également l'objet d'une évaluation générale et d'une évaluation pratique. Seule la première année est commune.
- L'objectif poursuivi par la formation initiale de l'infirmier est de former des infirmiers polyvalents, capables de servir en milieu hospitalier comme en santé communautaire.
- L'objectif de la formation initiale des sages-femmes est l'étude de base des soins infirmiers, des soins à la mère et à l'enfant sain ou malade, caractérisé par la recherche d'une polyvalence professionnelle de la sage-femme remplaçant tour à tour l'infirmier ou le médecin selon le lieu d'exercice et en l'absence de ceux-ci.
- Les infirmiers et sages-femmes ont accès aux mêmes formations de spécialisation. La durée de ces formations est de deux années académiques.

## 5. Formation des autres personnels techniques

- Les techniciens de laboratoire de prothèse dentaire sont formés à l'université et préparent un Diplôme Universitaire de Technicien (DUT) d'une durée de trois ans. Les étudiants doivent être titulaires du baccalauréat ou être infirmiers diplômés d'état ou étudiants en chirurgie dentaire. Au cours de la dernière année, l'étudiant est tenu d'effectuer un stage dans un laboratoire de prothèse dentaire et produire un rapport de stage. Le diplôme est délivré après la soutenance d'un mémoire.
- La formation de tous les autres techniciens est dispensée à l'INFAS. Ce sont des formations paramédicales accessibles aux bacheliers; elles durent trois années. La première année est commune pour les infirmiers, sages-femmes et techniciens supérieurs pour certaines matières. Pour d'autres matières, les enseignements sont communs aux techniciens supérieurs. La dernière année de formation est spécifique à chaque filière. Dans la mesure du possible, les sites de stage sont communs aux différentes filières, favorisant ainsi l'initiation au travail d'équipe interdisciplinaire.

## 6. Formation des agents sociaux

- Le niveau de recrutement pour la formation à l'INFS diffère selon la filière de formation. Les assistants sociaux et les éducateurs préscolaires doivent être titulaires du baccalauréat; la durée de formation est de trois années. Dans ces deux filières de formation, la possibilité de formation d'assistants sociaux ou d'éducateurs préscolaires adjoints est offerte; le niveau de recrutement est le Brevet d'Etudes du Premier Cycle (BEPC), la durée de formation est de deux années.
- Le niveau de recrutement des éducateurs spécialisés est le niveau baccalauréat plus deux années d'université. Une formation universitaire préalable est obligatoire. La durée de formation est de deux années.
- Les sites de stages sont urbains, périurbains et ruraux, dans les structures de soins ou autres structures et hors structures au contact du milieu communautaire.

## 7. Formation des aides-soignants

- Recrutés auparavant sur la base du CAT sanitaire et social et formés pendant six mois avant leur affectation, les aides-soignants bénéficient actuellement d'une formation qui comprend 3 mois d'enseignement théorique au cours desquels l'élève découvre les réalités professionnelles et 4 mois de stage pendant lequel il s'exerce à son futur emploi. Les cours allient différentes techniques pédagogiques: cours magistraux, travaux pratiques et de groupe, séances de travaux dirigés et de démonstration.
- Les stages ont lieu dans les services de médecine générale, de chirurgie générale, gynéco obstétrique et santé publique. Les méthodes d'évaluations regroupent l'évaluation continue des connaissances sous forme d'épreuves écrites, l'acquisition des compétences sous forme de mises en situation professionnelles en fin de chaque stage, les évaluations formatives et sommatives avec les épreuves finales de certification.

## 8. Formation des administrateurs des services de santé

Le nouveau profil du dirigeant de structure sanitaire est celui d'«un manager garant des missions d'accueil et de soins de la population, doté d'une bonne culture médicale et de santé publique, ayant la capacité et la volonté de conduire le changement et de faire preuve d'innovation face aux difficultés ».

La formation initiée au CESAMES est une formation de 3<sup>e</sup> cycle d'une durée de dix-huit mois. Les méthodes pédagogiques actives sont privilégiées avec des études de thèmes, des études de cas, des travaux sur dossiers, des simulations, etc. Elle vise à responsabiliser les étudiants en leur conférant une large autonomie. Le niveau de recrutement est la maîtrise.