

MINISTERE DE LA SANTE
oooooooo



BURKINA FASO
Unité – Progrès - Justice

PLAN DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE 2013-2020

Mars 2013

Table des matières

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	4
LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES.....	5
PREFACE	6
INTRODUCTION	8
I. CONTEXTE GENERAL	9
1-1 Généralités sur le Burkina Faso	9
1.1.1-Données géographiques et organisation administrative.....	9
1.1.2 Données démographiques	9
1-1-3. Données économiques	9
1.2 Situation sanitaire.....	10
1.2.1 Etat de santé de la population	10
1.2.2 Principaux déterminants de la santé	11
1.2.3 Principaux indicateurs de santé	11
1.3 Rappel du PNDS 2011-2020	12
II.PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE.....	13
2.1 L'analyse de la situation des ressources humaines	13
2.2 L'élaboration de l'avant-projet du plan de développement des ressources humaines	14
2.3 La validation du projet de plan de développement des ressources humaines pour la santé	14
2.4 Adoption du plan de développement des ressources humaines pour la santé	14
III. ANALYSE DE LA SITUATION DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE	15
3.1. Situation des ressources humaines pour la santé	15
3.1.1 Gouvernance, gestion administrative et motivation des personnels de santé	15
3.1.2 Normes et productivité.....	19
3.1.3 Formation	21
3.1.4 Financement des ressources humaines pour la santé	23
3.2. Analyse des parties prenantes.....	24
3.2.1 Connaissance de la stratégie.....	24
3.2.2 Domaines d'intérêt dans le développement du plan RHS	24
3.2.3 Degré d'adhésion à la stratégie	25
3.2.4 Alliances potentielles	25
3.2.5 Capacités à influencer la stratégie.....	25
3.3 Forces et faiblesses.....	26
3.3.1 Les forces	26
3.3.2 Les faiblesses	27
3.4. Problèmes prioritaires	29
3.4.1 La gouvernance en matière de gestion des ressources humaines en santé est peu satisfaisante	29
3.4.2 Les conditions de travail sont peu attrayantes pour permettre une fidélisation des personnels de santé	30
3.4.3 Les normes en personnel au sein des structures de santé sont caractérisées par leur inadéquation voire leur inexistence	30
3.4.4 Les ressources humaines pour la santé sont caractérisées par leur insuffisance quantitative et qualitative	31
IV. PLANNIFICATION STRATEGIQUE.....	31
4.1 But, objectifs du plan de développement des ressources humaines pour la santé	31
4.1.1 But du PDRH.....	31
4.1.2 Objectifs du PDRH	32
4.2 Axes Stratégiques	32
4.2.1 Renforcement du leadership du ministère dans la mise en œuvre de sa politique en matière de ressources humaines pour la santé	32

4.2.2 Développement de mécanismes de régulation régissant les ressources humaines pour la santé	33
4.2.3 Renforcement des capacités opérationnelles des services chargés des ressources humaines pour la santé.....	33
4.2.5 Amélioration du cadre de travail	34
4.2.6 Renforcement des mesures incitatives et de fidélisation.....	34
4.2.7 Renforcement des capacités des institutions de formation	35
4.2.8 Amélioration de la qualité de la formation.....	35
4.2.9 Mise en place d'un système de coordination de la formation continue	35
4.2.10 Mise à jour des normes en ressources humaines pour la santé.....	36
4.2.11 Renforcement des mesures d'application des normes	36
4.3 Actions prioritaires par axe stratégique	37
V. DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE.....	51
5.1 Cadre institutionnel, acteurs, responsabilités	51
5.2 Suivi et évaluation	52
5.3 Indicateurs de suivi	53
5.4 Conditions de réussite	57
VI. BUDGET PREVISIONNEL DU PDRHS	58
6.1. La revue documentaire.....	58
6.2. Méthode d'estimation des coûts.....	58
6.3. Résumé des coûts du plan de développement des ressources humaines pour la santé	59
6.3.1. Les coûts totaux	59
6.3.2. Coûts par objectif du plan stratégique	59
CONCLUSION.....	71
ANNEXES.....	72

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AMPS	Alliance mondiale des personnels de santé
CBMT	Cadre budgétaire à moyen terme
CDMT	Cadre des dépenses à moyen terme
CM	Centre médical
CMA	Centre médical avec antenne chirurgicale
CHR	Centre hospitalier régional
CHN	Centre hospitalier national
CHU	Centre hospitalier universitaire
COGES	Comité de gestion
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale
DC	Direction centrale
DES	Diplôme d'études spécialisées
DGISS	Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires
DRH	Direction des ressources humaines
DRS	Direction régionale de la santé
EDS	Enquête démographique et de santé
ENSP	Ecole nationale de santé publique
EPS	Etablissement public de santé
ESPS	Etablissement sanitaire privé de soins
GRH	Gestion des ressources humaines
HD	Hôpital de district
IDH	Indice de développement humain
INSSA	Institut national des sciences de la santé
INSD	Institut national des statistiques et de la démographie
ISF	Indice synthétique de fécondité
IST	Infection sexuellement transmissible
ONG	Organisation non gouvernementale
OMD	Objectif du millénaire pour le développement
PDRHS	Plan de développement des ressources humaines pour la santé
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PMA	Paquet minimum d'activités
RGPH	Recensement général des populations et de l'habitat
RHS	Ressources humaines pour la santé
SIGASPE	Système intégré de gestion administrative et salariale du personnel de l'Etat
SG	Secrétariat général
TOES	Textes d'organisation des emplois spécifiques
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

LISTE DES TABLEAUX ET

Tableau I: Indicateurs essentiels pour les périodes de 2007 à 2011

Tableau II: axes d'intervention et actions prioritaires de l'orientation stratégique 3 du PNDS 2011-2020

Tableau III : évolution des effectifs de certains emplois spécifiques de 2007 à 2011 dans le secteur public.

Tableau IV : Financement des ressources humaines de 2007 à 2012

Tableau V : Actions prioritaires par axe stratégique

Tableau VI : Cadre institutionnel, acteurs et responsabilités

Tableau VII : Indicateurs de suivi

Tableau VIII : Coût prévisionnel du Plan stratégique par objectif stratégique et par année

Tableau IX : Coûts du PDRHS par axes stratégiques

Tableau X : Indicateurs de suivi

Graphique 1 : Répartition du personnel du MS par région sanitaire

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE I : Liste des membres du comite technique d'élaboration du plan stratégique de développement des ressources humaines pour la sante 2013-2020

PREFACE

La crise des ressources humaines reste plus que jamais au centre des préoccupations de bon nombre de pays dont le nôtre. Cette crise constitue ainsi un obstacle fondamental au renforcement des systèmes de santé nationaux des pays affectés et y remédier représente un défi majeur. Cette situation a conduit l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à recommander une action soutenue afin de déboucher sur l'élaboration de politiques appropriées en matière de ressources humaines pour la santé.

Fort de tout cela et tenant compte de l'analyse de la situation et des conclusions de l'évaluation finale du plan national de développement sanitaire (PNDS) 2001-2010, le Burkina Faso a élaboré et adopté en 2011, un autre plan stratégique, le PNDS 2011-2020. Le PNDS qui découle d'un processus participatif et inclusif a prévu une orientation stratégique relative aux ressources humaines, centrée sur leur développement. Le présent plan de développement des ressources humaines pour la santé est l'opérationnalisation de cette orientation stratégique et a pour but de contribuer à l'amélioration de la performance du système de santé. Son objectif est de développer les ressources humaines pour la santé.

Je note avec satisfaction que ce Plan de développement des ressources humaines pour la santé (PDRHS) a été élaboré selon un processus participatif et a suivi plusieurs phases dont l'analyse de la situation, l'élaboration de l'avant projet, la validation, l'adoption du document.

Ce plan, en parfaite cohérence avec le PNDS 2011-2020 et la stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD) nécessite une pleine adhésion des travailleurs de la santé et une implication de tous les acteurs, surtout au niveau local, pour sa mise en œuvre qui doit faire l'objet de plans triennaux. Au regard de la place éminemment importante dévolue à la dimension « ressources humaines » dans tout processus de développement, j'invite tous les acteurs à s'investir pleinement dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation dudit plan qui doit être un référentiel en matière de renforcement de notre système national de santé

Le Ministre de la santé

Léné SEBGO
Officier de l'Ordre national

INTRODUCTION

Les ressources humaines constituent le levier le plus important dans l'atteinte des objectifs d'une organisation. Dans le domaine de la santé, la disponibilité d'un personnel de qualité, en nombre suffisant et au moment opportun est une des conditions de performance du système de santé. C'est pourquoi le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2001-2010 avait fait du développement des ressources humaines en santé, l'un de ses objectifs intermédiaires.

Il s'agissait, face à la crise mondiale des ressources humaines en santé, de trouver les voies et moyens pour une mise en œuvre réussie de ce plan. Cette crise est essentiellement caractérisée au Burkina Faso par une insuffisance en nombre et en qualité ainsi qu'une répartition inadéquate de ce personnel et une faible motivation des travailleurs de la santé. Des actions ont donc été mises en œuvre dans le cadre du PNDS 2001-2011 afin d'améliorer la gestion, la motivation et la disponibilité de ce personnel, notamment à travers la mise en œuvre des recommandations de l'étude sur la motivation des personnels de santé réalisée en 2003.

Ainsi, un plan d'action a été élaboré en 2005 et mis en œuvre afin d'améliorer la situation des ressources humaines en santé. Une décennie après, le constat est que, même si la situation des ressources humaines en santé s'est considérablement améliorée du point de vue des effectifs (médecins, infirmiers, pharmaciens, etc), des compétences, de la gestion et de la motivation, des efforts restent à faire encore dans ces domaines. En effet, le déficit de personnel reste important pour certaines catégories telles que les Sages femmes d'Etat (il y a une sage femme pour 13.138 habitants pour une norme OMS d'une Sage femme pour 5000 habitants), certains spécialistes (2 en néphrologie, 3 en oncologie, 1 en chirurgie cardiaque pour tout le pays, etc).

La répartition de ce personnel reste déséquilibrée, les grands centres concentrant la majorité des personnels. Par ailleurs, on note que la motivation des personnels demeure faible, la coordination de la formation insuffisante et les normes en personnel utilisées pour le niveau CSPS peu pertinentes.

Le PNDS 2011-2020 a donc prévu une orientation stratégique relative aux ressources humaines, centrée sur leur développement, ce qui passe par la fixation d'objectifs clairs et consensuels à atteindre dans ce domaine. Le présent plan de développement des ressources humaines pour la santé a pour but de contribuer à l'amélioration de la performance du système de santé avec pour objectif de développer les ressources humaines pour la santé.

Il s'articule autour des généralités sur le Burkina Faso et son système de santé, l'analyse de la situation des ressources humaines en santé, la planification stratégique, le dispositif de mise en œuvre et le budget prévisionnel.

I. CONTEXTE GENERAL

1-1 Généralités sur le Burkina Faso

1.1.1-Données géographiques et organisation administrative

Situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, le Burkina Faso, pays continental, s'étend sur une superficie de 274 200 km². Il est limité au nord et à l'ouest par le Mali, à l'est par le Niger et au sud par le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire.

Son climat est de type tropical avec une saison pluvieuse d'environ cinq mois (de mai à septembre) et une saison sèche d'environ 7 mois (d'octobre à avril).

Le Burkina Faso est subdivisé en 13 régions, 45 provinces, 350 départements, 351 communes (49 communes urbaines et 302 communes rurales) et 8228 villages. La région et la commune sont des collectivités territoriales dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Les circonscriptions administratives sont la région, la province, le département et le village.

1.1.2 Données démographiques

En 2006, selon le Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH), la population du Burkina Faso était de 14 017 262 habitants avec une densité d'environ 51,8 habitants au km² avec un taux de croissance de 3,1% l'an. Les femmes représentaient 51,7% contre 48,3% d'hommes de la population globale. Selon les projections du RGPH, la population sera de 21 510 180 habitants en 2020.

La majorité de la population (77,30%) vit en milieu rural de l'agriculture et de l'élevage. En 2010, la population est estimée à 15 730 977 habitants (INSD, 2008).

Le taux brut de natalité est de 46 pour mille. La population est essentiellement jeune. La tranche de 0 à 15 ans est de 46,4%. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est de 6,2 pour l'ensemble du pays.

1-1-3. Données économiques

Avec un revenu national brut par habitant estimé en 2008 à 1215 \$ U.S par an, le Burkina Faso fait partie des pays les moins avancés. Selon le rapport 2010 du Programme des nations unies pour le développement (PNUD) sur le développement humain, le pays occupe le 161ème rang sur 169 pays avec un Indice de développement humain de 0.305.

Les ambitions de croissance de l'économie burkinabè au cours de ces cinq dernières années ont été fortement contrariées par les sévères crises énergétique, alimentaire

et financière. L'économie du pays reste par ailleurs, marquée par son caractère faiblement diversifié et sa vulnérabilité aux chocs internes (aléas climatiques principalement) et externes (flambée du prix de l'énergie et volatilité des prix des produits alimentaires).

Le seuil de pauvreté était estimé à 108 454 FCFA par adulte et par an en 2009. Le pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté est de 43,9% au niveau national. Il existe des écarts importants de l'indice de pauvreté entre les différentes régions du pays (17,3% au Centre qui est la moins pauvre et 68,1% au Nord, 62,2% à l'Est et 56% dans la Boucle du Mouhoun qui sont les plus pauvres)¹.

Pour faciliter l'atteinte des OMD, le financement des secteurs sociaux a été priorisé. Ainsi, la part de l'ensemble des secteurs sociaux s'est établie à 38,66% en moyenne annuelle sur la période 2006-2010 avec un pic de 44,64% pour 2010. Les équilibres extérieurs sont restés fragiles en raison de l'instabilité de l'économie. Toutefois, du fait des efforts déployés pour la promotion des exportations, le déficit commercial est passé de 11,9% du PIB en 2000 à 5,8% en 2009.

Selon les projections de croissance attendues de la mise en œuvre de la Stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD), le taux de croissance du PIB passera de 8,5% en 2011 à 10,8% en 2015.

1.2 Situation sanitaire

1.2.1 Etat de santé de la population

La situation sanitaire du Burkina Faso, malgré une amélioration certaine, reste caractérisée par des taux de mortalité générale et spécifique élevés. Les enquêtes font apparaître un taux brut de mortalité élevé au sein de la population de l'ordre de 11,8‰ en 2006.

Le profil épidémiologique du pays est marqué par la persistance d'une forte charge de morbidité due aux endémo-épidémies y compris l'infection à VIH d'une part, et par l'augmentation progressive du fardeau des maladies non transmissibles d'autre part.

Les principales maladies d'importance en santé publique sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, la malnutrition, les maladies diarrhéiques, le VIH, le Sida, les IST, la tuberculose, la lèpre et les maladies tropicales négligées. En outre, le Burkina Faso est régulièrement confronté à des flambées épidémiques (méningite cérébro-spinale, rougeole,). Des efforts importants de prévention par la vaccination sont faits.

Les maladies non transmissibles sont en augmentation. Elles regroupent entre autres, les affections cardio-vasculaires, les troubles et maladies mentales, les maladies métaboliques comme le diabète, la malnutrition et autres carences nutritionnelles, les cancers, les maladies génétiques et les traumatismes dus aux accidents de la route. Cependant, les données collectées par le système national d'information sanitaire ne permettent pas d'apprécier l'ampleur de ces maladies.

¹ EICVM 2009-2010 INSD

Certaines d'entre elles font actuellement l'objet de programmes particuliers pour mieux les maîtriser.

Dans le domaine de la santé des groupes spécifiques, de nombreux programmes sont mis en œuvre au profit de la femme, de l'enfant, des adolescents et des jeunes ainsi que des personnes âgées. La santé des groupes vulnérables est influencée par les maladies transmissibles et non transmissibles et reste caractérisée par une morbidité et une mortalité élevées. La mère et l'enfant constituent les groupes les plus vulnérables. Le RGPH 2006 indique un taux brut de mortalité élevé au sein de la population de l'ordre de 11,8‰, un taux de mortalité infantile de 91,7 pour mille naissances et celui de la mortalité infanto-juvénile de 141,9 pour mille naissances vivantes. Le ratio de mortalité maternelle est de 307,3 pour 100 000 naissances vivantes (Il était de 484 pour 100 000 naissances vivantes selon l'EDS 1998). La mortalité intra hospitalière des mères est passée de 257 pour 100 000 parturientes en 2004, 212 pour 100 000 parturientes en 2007, à 120 pour 100 000 en 2011². L'espérance de vie à la naissance est passée de 36,7 ans en 1960 à 57 ans en 2008, soit une augmentation de 20,3 ans et un taux de croissance de 55,7%. En dépit des résultats obtenus, de nombreux défis restent à relever, notamment au niveau du renforcement des capacités des programmes de lutte contre ces maladies et de l'amélioration des prestations de soins en faveur de ces groupes spécifiques.

1.2.2 Principaux déterminants de la santé

Les déterminants de la santé constituent le fondement des stratégies d'amélioration de la santé. Les déterminants les plus importants sont entre autres, l'environnement (social, économique et physique), les facteurs biologiques, le niveau d'instruction, les habitudes de vie et capacités d'adaptation, les facteurs démographiques et le système de santé.

Dans la population générale et surtout en milieu urbain, les habitudes de vie sont caractérisées par une insuffisance des pratiques sportives, un déséquilibre alimentaire ainsi que la consommation de boissons alcoolisées souvent non contrôlées. Cela contribue à une augmentation de plus en plus notable des maladies cardiovasculaires.

1.2.3 Principaux indicateurs de santé

La mise en œuvre du PNDS 2001-2010 a contribué à l'amélioration de l'état de santé des populations comme l'indique le tableau ci-dessous.

² Annuaires statistiques Ministère de la santé 2011.

Tableau I: Indicateurs essentiels pour les périodes de 2007 à 2011.

Indicateurs	2007	2008	2009	2010	2011
Rayon moyen d'action théorique en Km	7,7	7,5	7,4	7,3	7,2
Proportion de CSPS remplissant les normes minimales en personnel	76,4	76,8	83,2	83,1	88,8
Nombre de nouveaux contacts par habitant au niveau district	0,43	0,50	0,56	0,63	0,70
Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié (%)	54,7	62,7	73,2	76	78,3
Ratio médecin /habitant (non compris le secteur privé)	1/32317	1/31144	1/31521	1/ 22063	1/ 22017
Ratio IDE/habitant (non compris le secteur privé)	1/6096	1/5721	1/5522	1/ 5151	1/ 5056
Ratio SFE-ME /habitant (non compris le secteur privé)	1/23340	1/21135	1/18277	1/ 14883	1/ 12754

Source : Recueil des indicateurs actualisés de la santé (1997-2008), Annuaire statistique 2009 et 2011

A la fin de ce plan, la politique de santé a été relue et un nouveau PNDS a été adopté pour la période 2011-2020.

1.3 Rappel de l'orientation stratégique 3 du PNDS 2011-2020

La vision de la PNS est d'assurer le meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population à travers un système de santé national performant ; son but est de contribuer au bien-être des populations. Parmi les orientations stratégiques retenues pour la période, figure le développement des ressources humaines pour la santé (orientation stratégique 3). Les actions prioritaires ci-dessous sont à mener dans le domaine pour la décennie du plan.

Tableau II: axes d'intervention et actions prioritaires de l'orientation stratégique 3 du PNDS 2011-2020

Orientation stratégique 3 : Développement des ressources humaines pour la santé		
Objectifs spécifiques	Axes d'intervention	Actions prioritaires
3.1 Assurer le respect des normes en personnels dans 80% des services de santé en milieu urbain et rural	3.1.1 Rationalisation de la gestion des ressources humaines pour la santé	✓ élaborer et mettre en œuvre une politique et un plan de gestion des ressources humaines pour la santé ✓ élaborer des plans spécifiques de recrutement, de répartition, d'utilisation et de carrière des ressources humaines pour la santé ✓ élaborer des outils de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre de ces plans ✓ rendre fonctionnel l'observatoire des ressources humaines pour la santé ✓ renforcer les capacités opérationnelles de la DRH et des structures déconcentrées de gestion des ressources humaines
3.2 Améliorer la qualité et la motivation des ressources humaines	3.2.1 Production de ressources humaines de qualité pour la	✓ redéfinir les profils pertinents des professionnels de santé selon les priorités du secteur de la santé ✓ adapter les curricula de formation aux besoins du système de santé

pour la santé	santé	✓ élaborer et mettre en œuvre un plan de formation ✓ élaborer une stratégie nationale de formation continue avec des plans consolidés de formation continue à tous les niveaux du système de santé ✓ renforcer les capacités institutionnelles des institutions de formation ✓ renforcer la coordination entre le ministère de la santé et les institutions de formation du personnel de santé ✓ mettre en œuvre un système de supervision formative adapté ✓ développer des mécanismes d'incitation et de motivation ✓ promouvoir de meilleures conditions de travail pour le personnel
---------------	-------	--

Ces actions prioritaires ont guidé l'élaboration du plan de développement des ressources humaines pour la santé et la cohérence de ce plan avec le PNDS a été vérifiée à plusieurs étapes.

II.PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE

L'élaboration du PDRHS a été participative et a suivi plusieurs phases : l'analyse de la situation, l'élaboration de l'avant projet du plan, la validation du plan, l'adoption du document.

2.1 L'analyse de la situation des ressources humaines

La première étape, débutée en 2010, a consisté à analyser la situation des ressources humaines pour la santé. A cet effet, une équipe constituée de deux (2) consultants a été recrutée grâce à l'appui financier de l'Alliance mondiale des personnels de santé (AMPS) et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

L'équipe a mené des enquêtes à travers des questionnaires qui ont été soumis à un échantillon de l'ensemble du personnel de santé dans les treize (13) régions du Burkina et des interviews avec certains acteurs clés du système de santé. Elle a achevé son analyse en 2011 par la rédaction du rapport de mission. Le document ainsi élaboré a été soumis à la Commission renforcement institutionnel/ Ressources humaines du Comité de suivi du PNDS 2001-2010.

La Commission Renforcement institutionnel/ Ressources humaines du Comité de suivi du PNDS 2001-2010 regroupe les représentants des principales parties prenantes dans la question des ressources humaines pour la santé (structures centrales du Ministère de la santé, partenaires techniques et financiers, ministères intéressés, partenaires sociaux, société civile et secteur privé de la santé). Cette

commission a validé le rapport des consultants en insistant sur la nécessité d'approfondir l'analyse dans certains domaines.

Cet approfondissement devait être fait par des sous commissions issues de la commission réunies autour de quatre (4) principales thématiques dégagées suite à l'analyse de la situation ; ces sous commissions, devaient ensuite rédiger le document de plan et le soumettre à la plénière pour amendement et validation. Cependant, suite à plusieurs difficultés ayant entraîné le non respect du chronogramme de travail établi et compte tenu du retard accusé, une autre stratégie a été adoptée pour l'élaboration du document.

Ainsi un comité de rédaction du plan a été créé par un arrêté du Ministre de la santé. Ce comité, composé de personnes ressources issues de différentes structures du département, a bénéficié de l'appui d'un consultant indépendant mis à disposition par l'AMPS.

2.2 L'élaboration de l'avant-projet du plan de développement des ressources humaines

Avant de commencer la rédaction de l'avant projet du plan, le comité a approfondi l'analyse de la situation à partir de plusieurs documents disponibles. Des ateliers d'élaboration ont permis au comité de produire une première version du plan.

Cette version a été soumise aux partenaires techniques et financiers, aux départements ministériels impliqués dans la gestion des ressources humaines, aux autres acteurs de la santé (syndicats et associations, société civile, ordres professionnels, directeurs régionaux de la santé, directeurs généraux des EPE du ministère de la santé) afin de recueillir leurs amendements.

2.3 La validation du projet de plan de développement des ressources humaines pour la santé

La version amendée a été présentée à la réunion de cabinet qui réunit autour du Ministre de la santé, le Secrétaire général, les responsables des structures centrales et les conseillers du ministre. Après appréciation par la réunion de cabinet, la version provisoire a été examinée et validée par le comité national de suivi du PNDS.

2.4 Adoption du plan de développement des ressources humaines pour la santé

Après validation, le PDRHS a été soumis à l'adoption du Conseil des Ministres. Le document ainsi adopté constitue le référentiel national en matière de management des ressources humaines pour la santé.

III. ANALYSE DE LA SITUATION DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE

L'analyse de la situation des ressources humaines pour la santé (RHS) se présente en quatre (4) parties : la synthèse de l'analyse de la situation sur les ressources humaines, l'analyse des parties prenantes sur la question, les forces et faiblesses et les problèmes prioritaires.

3.1. Situation des ressources humaines pour la santé

Comme indiqué auparavant, l'analyse initiale de la situation produite en vue de l'élaboration du PDRHS s'est révélée insuffisante lors de la validation. Par conséquent, il a été nécessaire d'approfondir certains aspects de l'analyse en s'appuyant sur des documents existants (productions diverses en vue de l'élaboration du PNDS, rapports d'études précédentes, plans de développement des ressources humaines d'autres pays, politiques et plans de l'OMS en matière de RH, etc).

Quatre (4) thématiques ont été retenues: la gouvernance, la gestion administrative et la motivation des personnels ; les normes et la productivité ; la formation et le financement. Ces thématiques ont donc fait l'objet d'analyse approfondie en s'appuyant sur la mise en œuvre du PNDS 2001-2010 dont les objectifs dans le domaine des ressources humaines pour la santé étaient de définir les orientations nationales pour le développement des ressources humaines pour la santé et de satisfaire les besoins du système de santé en ressources humaines.

3.1.1 Gouvernance, gestion administrative et motivation des personnels de santé

Au cours de la mise en œuvre du PNDS 2001-2010, le système de santé a enregistré des acquis notables tant sur le plan institutionnel qu'organisationnel. Ainsi, suite à la création de la Direction des ressources humaines en 1999 et à l'élaboration d'un plan de renforcement de cette structure en 2006, des instruments et des textes réglementaires nécessaires à la gestion des personnels de santé ont été mis en place.

Il s'agit par exemple du texte d'organisation des emplois spécifiques (TOES) du département qui fixe notamment les conditions exigées pour l'accès à ces emplois, leur classification hiérarchique, les liens entre eux et les modalités de progression catégorielle. Il s'agit aussi du statut des personnels des Etablissements publics de santé (EPS) et d'un manuel de procédures de gestion des ressources humaines mis à la disposition des gestionnaires du personnel de santé.

Des actions ont été entreprises en vue d'étendre et de stimuler la fonction ressources humaines dans les structures de santé à travers la création des DRH dans les EPS,

la responsabilisation d'un agent chargé de la GRH dans les autres structures (DRS, DC, Districts), la conception d'un logiciel de gestion informatisée des RHS, la formation et l'appui conseil de ces responsables,

Des cadres de concertation et des organes de veille sur l'éthique et la déontologie ont été créés (cadre de concertation avec le secteur privé, les ONG et Associations, cadre de concertation avec les institutions de formation dans le domaine de la santé, comité interministériel d'examen des questions transversales, observatoire national des ressources humaines en santé).

Dans le cadre de la contractualisation, certaines activités de santé ont été déléguées à des associations, des ONG et des structures du privé à travers des conventions, ce qui permet l'exécution de ces activités au profit de la communauté. Du reste, celle-ci est partie prenante dans le fonctionnement des formations sanitaires à travers les Comités de gestion (COGES).

Les transferts de compétences dans certains domaines de la santé aux collectivités territoriales ainsi que la déconcentration administrative et la délégation de compétence aux ministres et aux autorités déconcentrées, permettent une meilleure implication de la communauté et des autorités locales dans la gestion des ressources des formations sanitaires.

La régulation du secteur de la santé a été améliorée grâce au renforcement des structures de contrôle à tous les niveaux du système de santé et de la collaboration avec les ordres professionnels (contrôle des ordres avant l'exercice de la profession pour ce qui est des agents de santé recrutés par l'Etat, sanctions disciplinaires, participation aux principales instances du Ministère). Les conseils de discipline ont été mis en place dans les structures concernées et sont saisis des fautes graves commises par les agents de santé.

Dans le cadre de la motivation, on peut citer l'amélioration des conditions de travail des personnels de santé à travers l'octroi de nouvelles indemnités au personnel de santé et l'extension de l'indemnité de responsabilité à d'autres agents, la création de l'Ordre spécifique de la santé et de l'action sociale destiné à récompenser les agents de santé méritants, l'accroissement des médailles octroyées au département dans le cadre des décorations dans l'Ordre national et l'Ordre du mérite, la construction de forages, de logements, l'installation d'antennes paraboliques dans les CSPS les plus reculés, l'équipement des formations sanitaires.

Toutes ces actions ont entraîné le développement des infrastructures sanitaires et l'accroissement des ressources humaines. Ces actions ont permis :

- la réduction du rayon moyen d'action qui est passé de 9,18 km en 2001 à 7,2 km en 2011. En prenant en compte les structures du privé, le rayon moyen d'action s'établit à 6,5 km ;

- l'accroissement du nombre de CSPS remplissant les normes minimales en personnel (en 2011, 88,8% des CSPS remplissaient les normes minimales au niveau national contre 77% en 2002)³.

Malgré ces acquis, on note des insuffisances dans le domaine de la gouvernance, la gestion administrative et la motivation. En matière de gestion des ressources humaines, le ministère de la santé reste fortement tributaire des décisions émanant d'autres départements comme les ministères chargés de la fonction publique, des finances, de l'enseignement supérieur, de la formation professionnelle, de l'administration du territoire et de la défense.

Par ailleurs, il existe des faiblesses dans le fonctionnement des services de santé, notamment dans la prise de décision, l'affirmation de la responsabilité, de, l'application des textes et l'utilisation des outils de GRH. On note en particulier qu'il existe des insuffisances dans la description de postes, la définition de profils et de manuel de procédures dans la plupart des structures de santé. On constate en outre une faible capacité gestionnaire des équipes des districts, des directions régionales et des EPE santé, des insuffisances de transfert de compétences dans la gestion des RHS aux niveaux décentralisé et déconcentré.

On note en particulier, que la rémunération jugée insuffisante, la hantise de blocage administratif ou la non réalisation de plan de carrière favorisent les départs vers le secteur privé, les organismes internationaux, ONG et autres associations.

L'informatisation de la gestion des RHS n'est pas suffisante. Le Système intégré de gestion administrative et salariale des personnels de l'Etat (SIGASPE) traite des aspects généraux et ne prend pas en compte tous les besoins d'informations spécifiques du système de santé. Un logiciel a été conçu en 2010 par la DGISS à la suite du recensement des personnels pour permettre d'améliorer la maîtrise des effectifs par les structures de santé. Toutefois, ce logiciel n'a pu être déployé aux divers niveaux du système de santé pour des raisons liées essentiellement à une insuffisance d'équipements et de compétences. Chaque structure développe de ce fait ses propres outils de gestion, ce qui ne favorise pas la gestion standardisée des personnels.

En outre, il n'existe pas de gestion prévisionnelle des emplois et des effectifs permettant une estimation des besoins pour une période donnée afin d'identifier les déséquilibres et agir sur eux. L'utilisation des personnels n'est pas toujours rationnelle dans les structures de santé compte tenu de l'absence de gestionnaires et d'outils de GRH. C'est ainsi que, hormis dans les EPS, il n'existe pas de services de gestion des ressources humaines formalisés et fonctionnels dans les DRS. Le management des personnels par les responsables des structures de santé est insuffisant et inadéquat, ce qui démotive et entraîne parfois des conflits de plusieurs ordres. De plus, cette insuffisance ne favorise pas le travail d'équipe, gage d'une bonne performance.

En ce qui concerne la motivation et la fidélisation des personnels de santé, elles ont toujours été des préoccupations pour le gouvernement qui a perçu les nombreuses

³ Ces normes en personnel ont été définies en 1993 pour le 1^{er} échelon comme suit : un IDE ou IB, une accoucheuse auxiliaire et un agent itinérant de santé ou un manœuvre.

contraintes des professions de santé. C'est pour cette raison qu'une étude sur la motivation des personnels de santé a été menée en 2003, mais la mise en œuvre de ses recommandations, débutée en 2005, n'a pu être achevée pour insuffisance de financement. Des acquis ont été constatés dans cette mise en œuvre ; toutefois, les mesures incitatives mises en place apparaissent insuffisantes du fait du caractère général de la gestion des agents publics de l'Etat.

En effet, certaines préoccupations spécifiques aux personnels de santé dans la réglementation générale du régime indemnitaire n'ont pas été prises en compte car les textes en matière de gestion des ressources humaines sont assez rigides et généraux et ne prennent pas suffisamment en compte les spécificités des départements ministériels. La rémunération telle que prévue par la réglementation n'est ni motivante, ni attrayante, ce qui ne favorise pas le maintien dans la fonction publique des personnels surtout spécialistes.

Ainsi, malgré les efforts consentis telle que la mesure de régionalisation des postes de recrutement qui a contribué à résorber les déficits dans certaines régions, des difficultés de fidélisation des personnels de santé à leur poste de travail demeurent. Les nombreuses réflexions menées autour de cette thématique révèlent le faible engagement de l'Etat à apporter des solutions à la forte mobilité du personnel. Cette mobilité du personnel (les mouvements pour formation, convenance personnelle, disponibilité ou détachement), favorise entre autres la fuite des cerveaux.

La non application des mesures réglementaires⁴ relatives à la durée de séjour des agents dans leur poste d'affectation n'a pas permis de freiner la forte mobilité des personnels au détriment des régions éloignées de la capitale. En effet, on note une forte concentration de personnels dans les centres urbains au détriment des zones rurales et cette tendance est plus prononcée pour les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso. En 2008, celles-ci cumulent 55,5% des sages femmes et maïeuticiens d'Etat et 76,4% des médecins spécialistes. On peut également déplorer l'inexistence d'un mécanisme consensuel d'évaluation des performances.

Enfin, le plan de renforcement de la DRH élaboré en 2006, n'a pas été mis en œuvre de façon satisfaisante. La structure ne dispose toujours pas de certaines compétences professionnelles (sociologue, travailleurs sociaux, statisticiens, archivistes, etc.) et est toujours confrontée à une insuffisance de locaux, d'équipements, de fournitures, de moyens de communication, ce qui limite ses performances dans l'accomplissement de ses missions.

⁴ décret n° 2006-181/PRES/PM/MFPRE/MFB du 24 avril 2006 portant conditions et modalités d'affectation des agents de la fonction publique.

3.1.2 Normes et productivité

Dans le domaine des normes et de la productivité, la mise en œuvre du PNDS 2001-2010 a permis d'augmenter les effectifs des personnels de santé et d'améliorer leur répartition. Ainsi, il a été constaté une augmentation des quotas de recrutement pour certains emplois et l'effectif des personnels du ministère de la santé a plus que doublé en 10 ans passant de 9052 en 2000 à 19.035 agents en 2010⁵.

L'évolution des effectifs du personnel est assez sensible pour la plupart des emplois d'une année à l'autre comme indiqué ci-dessous.

Tableau III : Evolution des effectifs de quelques emplois de 2007 à 2011 dans le secteur public

Emplois	Structures	2007	2008	2009	2010	2011
Médecins y compris spécialistes	Structures de soins	441	473	483	539	620
	Autres	nd	nd	193	174	118
	Total	441	473	676	713	738
Pharmaciens	Structures de soins	65	78	88	87	155
	Autres	nd	nd	73	97	68
	Total	65	78	161	184	223
IDE	Structures de soins	2 338	2 575	2 757	2 968	3 179
	Autres	nd	nd	97	86	35
	Total	2 338	2 575	2 854	3 054	3 214
IB	Structures de soins	1 924	2 170	2 348	2 504	2 840
	Autres	nd	nd	62	54	12
	Total	1 924	2 170	2 410	2 558	2 852
SF/ME	Structures de soins	614	697	833	1 031	1 260
	Autres	nd	nd	27	26	14
	Total	614	697	860	1 057	1 274

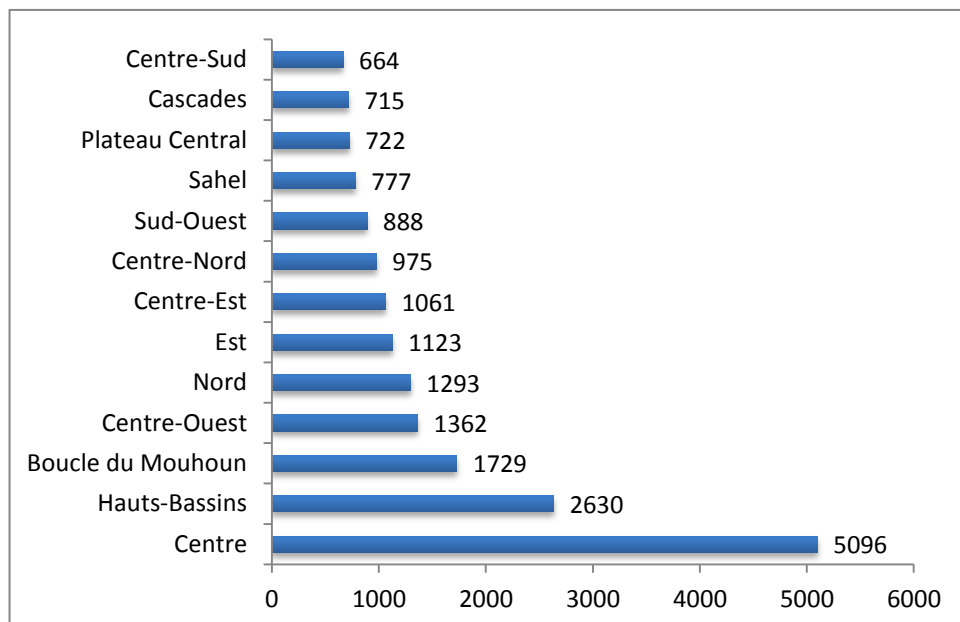
Source : Les annuaires statistiques 2011 du Ministère de la santé

Au plan de la répartition des personnels de santé, elle a été améliorée grâce à la mise en œuvre de plusieurs mesures notamment la priorité accordée aux régions déficitaires pour l'affectation des agents nouvellement recrutés. Ainsi, les sortants des écoles professionnelles engagés dans la fonction publique sont affectés en priorité dans ces régions. A cette priorisation, s'est ajoutée la mesure de recrutement d'agents de santé sur des postes régionaux.

Entre 2000 et 2010, le recrutement de plus de 11 051 agents de santé a permis d'accroître le taux de CSPA remplissant les normes minimales en personnel de 77%

⁵ Recensement général des personnels de santé, DGISS, 2010

en 2002 à 83,1% en 2010. Il faut cependant souligner que ces normes minimales qui avaient été adoptées en 1993 apparaissent actuellement dépassées au regard de la population couverte par le CSPS et au paquet minimum d'activités (PMA) qu'ils doivent offrir à la population.



Source : DGISS, RGPMS 2010

Graphique 1 : Répartition du personnel du MS par région sanitaire

Au niveau du sous secteur sanitaire privé qui comprend notamment les Etablissements sanitaires privés de soins (ESPS), les officines pharmaceutiques, les laboratoires privés d'analyse biomédicale, les laboratoires de radiologie, on note un développement considérable au niveau des deux catégories qui le composent. Il s'agit du privé à but lucratif et du privé à but non lucratif (type confessionnel, associatif ou privé, d'ONG).

Cet essor qui se traduit par l'accroissement du nombre de formations sanitaires privées disséminées sur tout le territoire a permis d'accroître l'offre de soins (prestations de soins infirmiers interventions chirurgicales, examens de laboratoires, etc.). On dénombre ainsi 372⁶ ESPS dont 340 sont fonctionnels et concentrés pour l'essentiel dans la région du Centre (54,6%) et dans la région des Hauts Bassins (22,4%), soit plus de 75% des ESPS du pays. Ces établissements emploient près de 1 800⁷ agents permanents et vacataires dont 8% de médecins, 37% d'infirmiers, 12% de sages femmes et accoucheuses, le reste étant composé de personnel peu qualifié. En outre, la problématique de l'utilisation du personnel de l'Etat par les ESPS constitue une véritable préoccupation, tout comme le contrôle de ces établissements.

Pour ce qui est de la productivité du personnel de santé, on note une amélioration des indicateurs de santé, en particulier ceux en rapport avec la mortalité maternelle.

⁶ Répertoire des ESPS, DGHSP/DSP, 2009.

⁷ Evaluation du secteur privé de santé au Burkina Faso, Ministère de la santé, septembre 2011.

Selon l'EDS de 2003, 31 nouveau-nés sur 1000 naissances vivantes meurent avant 01 mois de vie, (soit 54 décès de nouveau-nés chaque jour) ; 81 enfants meurent avant leur premier anniversaire (soit 140 décès d'enfants chaque jour) et 184 meurent avant leur cinquième anniversaire.

Parmi les indicateurs habituellement suivis, ceux en rapport avec la productivité ne sont pas expressément définis en raison de la complexité du système de santé où le travail en équipe prend le dessus sur le travail individuel.

Toutefois, des indicateurs indirects sont utilisés pour apprécier la productivité des ressources humaines pour la santé. C'est par exemple les indicateurs de morbidité et de mortalité, les taux de couverture en activités préventives et promotionnelles.

Il convient de définir par emploi, par poste, service, etc. des unités de mesure, un mécanisme de collecte d'informations et fixer des niveaux ou standards de productivité attendus.

Pour le Burkina Faso, les seuils fixés pour 2015 dans le cadre des OMD sont de 62,3 décès d'enfants pour 1000 pour la mortalité infanto juvénile et de 121 décès pour 100 000 naissances vivantes pour la mortalité maternelle. Mais en considérant les niveaux de 2006 et tenant compte du rythme de la baisse de la mortalité infanto juvénile qui est d'environ 2% par an, le Burkina Faso sera à 115,6 décès pour 1000, ce qui est assez élevé comparé aux seuils fixés pour 2015. Pour la mortalité maternelle dont la baisse annuelle est d'environ 3,5% par an, le niveau atteint sera de 275 décès pour 100 000 naissances vivantes, ce qui est loin de l'objectif fixé pour 2015.

3.1.3 Formation

Des acquis ont été relevés dans le domaine de la formation. Il s'agit par exemple de l'augmentation de la capacité de production des institutions de formation. En effet, on a assisté à l'ouverture de nouvelles institutions de formation des professionnels de la santé comme l'Institut national des sciences de la santé (INSSA) et l'Université Catholique de l'Afrique de l'Ouest (l'UCAO) à Bobo-Dioulasso, l'université Saint Thomas d'Aquin de Saaba, les écoles de médecine de Ouahigouya pour ce qui est de la formation des médecins; l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) de Tenkodogo pour la formation des Accoucheuses brevetées, les écoles privées de formation des paramédicaux (Ecole de Santé Sainte Edwige et Ecole privée de santé publique Wendpanga à Ouagadougou), l'Institut supérieur de technologie pour les techniciens de maintenance biomédicale, le Centre de formation des cadres de santé pour les vendeurs en pharmacie à Ouagadougou.

L'offre de formation a augmenté aussi du point de vue des spécialisations : des diplômes d'études spécialisées (DES) et des diplômes interuniversitaires ont été ouverts dans les universités nationales pour certaines spécialités ; de même, de nouvelles filières de formation ont été ouvertes à l'ENSP (génie sanitaire, cycle de spécialisation pour les sages-femmes et maïeuticiens d'Etat).

La formation de médecins en gestion des districts a contribué à l'opérationnalisation des districts sanitaires. Enfin, la formation en chirurgie essentielle, d'une durée de six (6) mois, entreprise pour pallier l'insuffisance de chirurgiens diplômés, a permis de

mettre à la disposition des districts sanitaires des médecins formés en chirurgie essentielle pour certaines urgences chirurgicales et obstétricales. Cependant, la mobilité des agents formés, le peu de motivation liée à cette formation ainsi que son coût élevé compromettent sa pérennité et l'atteinte des objectifs poursuivis.

D'autres insuffisances demeurent dans le domaine de la formation des personnels de santé. On constate ainsi que la DRH n'a pas le leadership sur les institutions de formation dans la définition des contenus, des profils et des effectifs à former. On note en outre une insuffisance des capacités d'accueil des institutions de formation et des terrains de stage, de matériel didactique et de laboratoires de travaux pratiques.

L'encadrement pédagogique des étudiants est confronté à l'absence de normes pour certaines filières de formation et au non-respect des normes existantes pour d'autres (par exemple à l'ENSP, le ratio moyen est de un enseignant pour 30 étudiants contre une norme de 01 enseignant pour 10 étudiants). En effet, les effectifs des élèves et étudiants dans les institutions de formation ont connu une augmentation significative (passant respectivement de 1136 à 1489 pour les IDE et de 516 à 625 pour les SFE/ME entre 2006/2007 et 2009/2010) pendant que l'offre de terrains de stage et le nombre d'encadreurs sont restés insuffisants.

En outre, il n'existe pas de définition de profil d'enseignant, de plan de carrière et de statut d'enseignant dans la plupart des institutions publiques et privées de formation des paramédicaux tout comme on note une insuffisance des terrains de stage qui entraîne une pléthore de stagiaires dans les services d'encadrement. Cela joue incontestablement sur la qualité de la formation et la performance du produit fini. Ainsi, les compétences requises sont incomplètes pour certains profils formés car l'exigence de polyvalence pour les personnels appelés à exercer dans les districts sanitaires n'est pas toujours prise en compte.

Les différents plans de formation des médecins spécialistes exécutés ont privilégié certaines disciplines prioritaires pour le fonctionnement des hôpitaux (chirurgie, gynécologie-obstétrique, pédiatrie). Par contre, certaines spécialisations concernant certains problèmes de santé publique à l'heure actuelle ne sont pas suffisamment prises en compte par les concours professionnels ouverts (la neurochirurgie, la cancérologie, la rhumatologie).

Un programme spécial de formation de personnels spécialistes a été mis en place pour palier à l'insuffisance dans le système de santé. En 2013, ce programme a démarré avec le recrutement de 100 médecins pour les spécialisations. La formation continue des personnels de santé dépend plus des programmes de santé et des financements disponibles que de besoins de formation identifiés, ce qui diminue son efficacité et ne permet pas de coordonner, d'évaluer et de capitaliser les formations dispensées. Cette situation est liée à l'absence d'une stratégie nationale de formation continue, chaque structure de santé ayant la responsabilité de la formation continue de ses agents. En outre, la diversité des sources de financements, la multitude des acteurs et l'absence de leadership dans la formation continue, ne permettent pas d'en assurer une coordination efficace.

3.1.4 Financement des ressources humaines pour la santé

Le financement consacré à la gestion des ressources humaines provient de plusieurs sources. Il s'agit de l'Etat, des partenaires techniques et financiers, des projets et programmes de santé ainsi que des ONG.

Le budget de l'Etat, outre le traitement salarial des agents de la fonction publique, octroie un fonds pour la formation continue et, depuis 2006, des bourses de spécialisation pour les médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes. La plus grosse partie du financement de l'Etat est consacrée aux salaires et indemnités diverses du personnel ; à titre d'exemple, les dépenses du Titre 2 (dépenses de personnel) du budget de l'Etat représentaient près de 32% du budget total alloué au Ministère de la santé en 2011⁸. Quant aux partenaires techniques et financiers, projets et programmes de santé, ONG, ils interviennent dans l'octroi de bourses de formation pour les spécialisations.

Le tableau ci dessous récapitule les financements des ressources humaines pour la période 2007 à 2012.

TableauIV: Financement des ressources humaines de 2007 à 2012 en millier de francs CFA.

IMPUTATIONS BUDGETAIRES	TITRE 2	TITRE 4	TITRE 3	TITRE 4	TITRE 4	TITRE 4	TOTAL
LIBELLES							
PERIODE	Salaire* SIGASPE	Salaire EPE	Organisation recrutements	Formation médecins spécialistes	Etudiant en médecine et en pharmacie	Internes des hôpitaux	
2007	17 067 435	8 841 829	-	50 000	436 200	160 000	26 555 464
2008	20 634 854	9 188 647	-	50 000	376 418	100 000	30 349 919
2009	20 788 821	9 802 654	5 000	50 000	609 990	60 000	31 316 465
2010	25 640 102	10 404 965	10 000	50 000	610 050	100 000	36 815 117
2011	27 483 765	10 696 879	13 000	150 000	610 050	100 000	39 053 694
2012	37 549 282	11 796 582	13 000	150 000	935 107	100 000	50 543 971

Sources: lois de finances 2007-2008-2009-2010-2011-2012.

* y compris formation continue du personnel à partir de 2009

NB : Au titre des années 2007 et 2008, les recrutements étaient centralisés au Ministère chargé de la fonction publique.

⁸ CDMT / Santé 2011-2013

On note un accroissement des financements pour la formation, ce qui a permis d'avoir un total cumulé pour la période 2001-2010 de plus de 3 milliards de francs CFA pour les formations de longue durée (Etat et ses partenaires). Pour la période 2009-2012, l'effectif de médecins spécialistes en formation est de 100 dont les plus importants sont de 17 pour la spécialisation en gynéco-obstétrique, 21 pour la chirurgie, 16 pour la pédiatrie et 11 pour la cardiologie.

Cela a permis le renforcement des plateaux techniques des hôpitaux. Il faut souligner que l'intensification de la formation des spécialistes a permis de mettre à la disposition du système de santé environ trois cent un (301) spécialistes sur la période de 2001 à 2010 ce qui fait que tous les CHR disposent au moins de deux (2) spécialistes dont un gynécologue et un chirurgien.

Des formations de courte durée (séminaires, ateliers et stages de perfectionnement) sont organisées par les différentes structures de santé dans le cadre de la formation continue de leur personnel. Les financements y afférents sont intégrés dans les différents budgets.

En ce qui concerne le financement des ressources humaines des structures du privé qui fonctionnent essentiellement sur des fonds propres et des subventions de partenaires, l'information n'a pu être dégagée.

3.2. Analyse des parties prenantes

Dans le domaine des ressources humaines pour la santé, on note la présence de divers types d'acteurs qui constituent les parties prenantes : il s'agit essentiellement du Gouvernement, des partenaires techniques et financiers et de la société civile dont l'apport dans le développement des ressources humaines a été analysée selon les aspects suivants : connaissance de la stratégie nationale de développement des ressources humaines, domaines d'intérêt, degré d'adhésion à la stratégie, alliances potentielles, capacité à influencer la stratégie.

3.2.1 Connaissance de la stratégie

Bien qu'il n'existe pas de stratégie RH formalisée, un plan d'action pour la motivation des ressources humaines pour la santé a été élaboré en 2004. Toutefois, sa mise en œuvre a connu des difficultés liées essentiellement à une faible implication des acteurs (PTF, Société civile ...), et une insuffisance dans la diffusion ; ce qui, entre autres, n'a pas permis une mobilisation conséquente des ressources pour son financement.

3.2.2 Domaines d'intérêt dans le développement du plan RHS

Les domaines d'intérêt des parties prenantes sont en rapport avec leurs mandats.

Pour le Ministère de l'économie et des finances son intérêt porte sur les conseils / propositions relatifs à la migration, à la rétention, à la régulation ainsi qu'à l'évaluation de l'incidence financière en rapport avec la masse salariale de la fonction publique.

Quant aux acteurs du privé, les syndicats et Ordres professionnels, il s'agira d'avoir l'information sur ce que prévoit le Ministère de la Santé, l'adoption d'une politique de planification pour résoudre la pénurie des RHS. La régulation est aussi un domaine d'intérêt (avec le souhait qu'il y ait les mêmes obligations pour le public et le privé), de même que le partenariat public / privé.

Pour les PTF, le plan offre un cadre de référence unique, un cadre d'organisation stratégique au domaine, une vision pour l'avenir des ressources humaines et pour les interventions de tous les partenaires. Il fournit une base pour un budget et facilite la mobilisation des ressources, des soutiens extérieurs éventuels pour sa mise en œuvre.

3.2.3 Degré d'adhésion à la stratégie

Les parties prenantes sont fortement intéressées par le développement du plan RHS. La disposition au dialogue est manifestée par l'ensemble des parties prenantes, à condition d'être réellement impliquées, et dès le début. Un changement de paradigme des structures techniques du MS par rapport aux structures associatives est souhaité pour faciliter leur implication réelle.

3.2.4 Alliances potentielles

Des possibilités d'actions conjointes peuvent être envisagées au-delà des oppositions. L'unanimité des parties prenantes devrait se faire sur la qualité de la formation, les normes et la régulation des professions de santé. Il y va de l'intérêt général (qualité des soins) et des intérêts particuliers des différentes parties.

La répartition du personnel peut être améliorée avec la contribution de l'ensemble des parties prenantes si l'équité est effectivement appliquée en matière d'application des textes régissant les affectations. Pour l'augmentation des effectifs, la synergie d'action des PTF, du MS, des départements chargés de la fonction publique et des finances peut améliorer la situation. Ainsi, les PTF pourraient soutenir l'Etat pour qu'il respecte ses engagements en matière de santé (engagements d'Abuja, OMD, ...). Le MEF pourrait aider le MS dans la préparation du budget de l'Etat pour mieux étayer les besoins en ressources humaines. Le MFPTSS interviendra en intégrant les besoins en recrutements du MS.

Les stratégies relatives à une augmentation des effectifs peuvent être soutenues par les associations et ordres professionnels qui sont concernés par les questions de démographie de leurs professions; l'accroissement des effectifs est aussi une revendication récurrente des syndicats. Les stratégies relatives à la motivation et à la fidélisation des personnels pourraient s'avérer plus difficiles à réaliser compte tenu des contraintes de l'Etat et des intérêts des parties en présence.

3.2.5 Capacités à influencer la stratégie

En tenant compte des positions des parties prenantes par rapport à la politique, le pouvoir / leadership est apprécié selon 3 niveaux comme suit :

➤ Groupe 1 : Pouvoir/leadership élevé

Ce groupe comprend les Ministères chargés de la Fonction publique, des Finances, les Syndicats, les Partenaires Techniques et Financiers et les Enseignants hospitalo-universitaires. Ce groupe peut influencer fortement les stratégies et la mise en œuvre du plan par le pouvoir et le leadership.

➤ Groupe 2 : Pouvoir/leadership moyen

Ce groupe comprend les Ministères chargés de la santé et de l'enseignement technique.

➤ Groupe 3 : Pas de leadership mais pouvoir

Ce groupe est composé de la DRH, des Directions générales et techniques du MS, les Ordres professionnels, les Institutions publiques de formation et le Secteur privé de la santé (soins, formation). Il peut influencer les stratégies et la mise en œuvre du plan par le pouvoir.

L'analyse des parties prenantes- clés a mis en évidence leur adhésion au processus du développement du plan national des RHS. Elle a aussi fourni des éléments pour un renforcement du processus de coordination. Ces résultats seront utilisés pour un meilleur fonctionnement de la Commission ressources humaines qui constitue le mécanisme de coordination et de facilitation des RHS dans le contexte actuel du Burkina Faso.

Le bilan de la situation des RHS qui vient d'être fait permet de relever des forces et des faiblesses au niveau des divers volets analysés

3.3 Forces et faiblesses

3.3.1 Les forces

- **Dans le domaine de la gouvernance, la gestion administrative et la motivation**

Les forces sont essentiellement :

- l'adoption des TOES ;
- l'existence d'organes et de cadres de concertation et de veille sur l'éthique et la déontologie ;
- la mise en place de certains outils de la GRH ;
-
- l'existence de mécanismes de gestion des ressources humaines à tous les niveaux ;

- l'existence de mesures incitatives au profit du personnel de santé
- l'existence de partenaires techniques et financiers ;
- l'appui en ressources humaines de certaines coopérations bilatérales (cubaine, japonaise, taiwanaise) ;
- le partenariat avec la société civile ;
- le partenariat avec le secteur privé ;
- l'existence d'un processus permanent de planification
- l'adoption du programme spécial de formation de spécialistes au profit du Ministère de la santé ;
- la dévolution par le ministère chargé de la fonction publique de certains actes de gestion aux autres ministères et institutions.

- **dans le domaine des normes et la productivité :**

On peut noter comme forces :

- l'existence de textes réglementaires
- la progression régulière et notable des effectifs des personnels de santé ;
- la poursuite des recrutements ;
- la régionalisation des postes à pourvoir dans les recrutements.

- **Dans le domaine de la formation**

Les forces sont notamment :

- l'augmentation du nombre d'institutions de formation publiques et privées ;
- l'augmentation des quotas de formation ;
- l'ouverture de filières de spécialisation au Burkina Faso ;
- l'accroissement des financements.

- **Dans le domaine du financement**

- l'accroissement du budget de l'Etat alloué aux ressources humaines ;
- la diversification des sources de financement des ressources humaines ;
- la disponibilité de budget pour la formation continue et spécialisée.

A côté de ces forces, des faiblesses demeurent.

3.3.2 Les faiblesses

- **Dans le domaine de la gouvernance, la gestion administrative et la motivation**

Les faiblesses sont essentiellement :

- l'insuffisance de leadership et de capacité managériale des responsables des structures ;
- l'inexistence de services formalisés de gestion des RHS au niveau DRS ;
- l'insuffisance de la mise en œuvre des transferts des compétences aux collectivités ;
- la faiblesse de la rémunération ;

- la mise en œuvre incomplète du plan de renforcement de la DRH ;
- la faible capacité opérationnelle de la DRH ;
- la mise en œuvre partielle des recommandations du plan de motivation ;
- l'insuffisance des mesures incitatives pour attirer le personnel vers les zones rurales et les y fidéliser ;
- l'insuffisance de sanction à l'encontre des fautifs à tous les niveaux du système ;
- le non-respect des profils et des compétences dans le choix des responsables
- l'insuffisance d'implication des partenaires dans le processus d'élaboration et de mise en œuvre du plan de motivation ;
- l'insuffisance de collaboration entre les ordres professionnels et le Ministère de la santé ;
- le faible niveau de leadership du ministère de la santé sur les institutions de formation ;
- le retard dans les affectations des professionnels en fin de formation ;
- l'absence de plan de développement des ressources humaines pour la santé.

- **Dans le domaine des normes et de la productivité**

On peut noter comme faiblesses :

- l'inapplication ou l'application insuffisante des textes ;
- l'existence de formations sanitaires ne remplissant pas les normes minimales en personnels ;
- l'insuffisance des personnels spécialistes ;
- la répartition inéquitable des personnels ;
- l'obsolescence des normes définies en personnel ;
- la faible motivation des agents ;
- la forte mobilité des agents ;
- la non maîtrise des effectifs ;
- l'absence de mesure de la productivité des agents.

- **Dans le domaine de la formation**

Les faiblesses sont notamment :

- la faible capacité d'accueil des institutions de formation face à l'augmentation du nombre d'étudiants recrutés ;
- l'insuffisance de matériel didactique, de laboratoires de travaux pratiques ;
- l'encadrement pédagogique inadéquat des étudiants par le non-respect des normes en vigueur ;
- L'insuffisance de terrain de stage ;
- la non production de tous les profils de personnels nécessaires au système de santé ;
- l'inadéquation entre la formation et certains besoins du système de santé ;
- la faible qualité de la formation ;
- l'absence d'une stratégie nationale de formation continue.

- **Dans le domaine du financement**

- l'insuffisance dans la prise en charge de l'incidence financière des avancements du personnel de santé par l'Etat ;
- l'insuffisance du budget alloué à la santé ;
- le non respect des engagements par certains partenaires.

L'approfondissement de l'analyse de la situation des ressources humaines pour la santé a permis de mettre en exergue les acquis et les insuffisances constatées dans le domaine. Il s'agit donc d'en tirer les problèmes prioritaires.

3.4. Problèmes prioritaires

L'analyse des forces, faiblesses et autres contraintes permet de dégager les problèmes prioritaires ci-après :

3.4.1 La gouvernance en matière de gestion des ressources humaines en santé est peu satisfaisante

Dans le secteur de la santé, plusieurs réformes ont été mises en œuvre depuis 1990 afin d'améliorer la gouvernance en matière de gestion des ressources humaines. Toutefois, en dépit de ces mesures et d'une meilleure régulation de l'exercice des professions de santé, des pratiques interdites et dévalorisantes font couramment l'objet de dénonciation à tous les niveaux du système national de santé. On note en particulier le non-respect des règles de l'éthique et de la déontologie, des actes de corruption, un laxisme voire un absentéisme des agents dans l'accomplissement de leurs tâches. En outre, on observe des litiges fréquents entre l'administration et les agents, des conflits avec les partenaires sociaux, une faible implication des agents dans le fonctionnement de leurs services.

Les causes de cette situation sont, entre autres, l'insuffisance de conscience professionnelle des agents de santé, l'insuffisance de leadership du ministère dans la mise en œuvre de sa vision en matière de ressources humaines pour la santé, la non formalisation des structures de gestion des RHS au niveau déconcentré, la faible capacité opérationnelle de la DRH, la faible capacité managériale des responsables hiérarchiques et la non application des textes régissant la gestion administrative des personnels de santé. En outre, le dialogue social entre les responsables administratifs et le personnel des services est soit inexistant, soit peu efficace.

Concernant la gestion administrative des agents, Il n'existe pas de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Il en résulte une faible efficience des services de santé, une insuffisance du fonctionnement des cadres de concertation et des organes de veille sur l'éthique et la déontologie. Tout ceci entraîne une perte de confiance des usagers des services de santé et une démotivation progressive des personnels de santé.

3.4.2 Les conditions de travail sont peu attrayantes pour permettre une fidélisation des personnels de santé

Le rapport de l'étude sur la motivation des personnels réalisée en 2004, a relevé que 75% des agents enquêtés n'ont pas été satisfaits dans certains domaines de motivation comme la prise en charge de la maladie, les procédures d'affectation des agents, l'allocation des ressources, les procédures d'avancement et de stages, les indemnités et le niveau de salaire ainsi que des conditions de travail (80 %).

Les causes de la démotivation et de la non fidélisation sont entre autres le manque de conscience professionnelle, l'insuffisance de mécanisme adéquat de motivation, la mise en œuvre incomplète du plan de motivation, l'insuffisance de volonté politique. De même, la rigidité du régime indemnitaire, la non valorisation de l'expertise nationale dans les services publics ainsi que les conditions matérielles et infrastructurelles non satisfaisantes contribuent à la démotivation des agents.

Il en résulte un trafic d'influence par les praticiens sur les malades, le détournement des ressources, l'absentéisme ou l'abandon de postes et l'altération de l'image des agents de santé. Certains agents de la santé désertent les structures publiques au profit du privé durant les heures de travail, tandis que d'autres recherchent une meilleure rémunération à l'étranger, auprès d'organismes et institutions ou des ONG/associations, mettant ainsi à mal la productivité des services publics de santé.

3.4.3 Les normes en personnel au sein des structures de santé sont caractérisées par leur inadéquation voire leur inexistence

En effet les normes minimales en personnel du niveau périphérique adoptées depuis 1993 sont devenues obsolètes au regard d'une part, de l'introduction de nouvelles interventions dans le PMA et de l'augmentation croissante de la demande des services et, d'autre part, en raison de l'exigence d'une plus grande qualité des soins par les populations. La proportion de CSPS remplissant les normes minimales en personnel est de 83 ,1% en 2010 ; toutefois, des disparités sont constatées dans l'application de ces normes.

Il n'existe pas officiellement de normes en personnel pour les directions centrales, les DRS, les CHR, les CHU, le sous secteur sanitaire privé et les CM.

Ceci a conduit à l'élaboration de normes pour les, CSPS, CM, HD et CHR mais elles n'ont pas encore été adoptées. On note également une faible application des normes existantes. Il en résulte une répartition inéquitable du personnel entre les structures et entre les localités, une démotivation du personnel surchargé par endroits, des pressions de toute nature en ce qui concerne les affectations ainsi qu'une faiblesse de la qualité des soins.

3.4.4 Les ressources humaines pour la santé sont caractérisées par leur insuffisance quantitative et qualitative

Sur le plan quantitatif, bien qu'il y ait eu ces dernières années une progression sensible des effectifs (35,5% entre 2000 et 2010⁹), la proportion de personnel de santé par rapport à la population totale du pays, qui est un indicateur révélateur de l'état de santé des populations reste toujours en deçà de la normale. A titre d'exemple, on compte en 2010 un médecin pour 22 063 habitants contre une norme OMS de 1 médecin pour 10 000 habitants, une sage-femme d'Etat pour 13 138 habitants contre une norme OMS de 1 Sage femme d'Etat pour 5000 habitants¹⁰.

Malgré leur nombre croissant et la diversification des filières, les institutions de formation n'arrivent pas à couvrir la totalité de la demande actuelle. Du point de vue qualitatif, les professionnels issus de ces institutions de formation présentent des lacunes dans la formation, ce qui a des conséquences dans les réponses apportées aux problèmes de santé.

Les quotas de recrutement des élèves et étudiants de même que les ratios en matière d'encadrement pédagogique présentent de nombreuses insuffisances dans ces institutions. La formation continue des professionnels de santé manque de coordination et d'efficacité. Par ailleurs, sur le plan du financement des formations, des efforts ont été consentis par l'Etat et ses partenaires mais les besoins ne sont pas tous couverts.

Cette situation est due entre autres, à la faible capacité des institutions de formation, à l'inadéquation entre les besoins du système de santé et les programmes de formation, à l'absence de leadership au sein du Ministère de la santé en matière de définition d'une orientation (et de profils de professionnels et projection d'effectifs) ainsi qu'à l'absence d'une stratégie nationale de formation continue. Ceci a pour conséquences une faible productivité des agents, une faible qualité des soins et une utilisation insuffisante des services de santé.

IV. PLANNIFICATION STRATEGIQUE

4.1 But, objectifs du plan de développement des ressources humaines pour la santé

4.1.1 But du PDRH

Contribuer à l'amélioration de la performance du système de santé.

⁹ Recensement général des personnels de santé, DGISS, 2010

¹⁰ Ces normes ne tiennent compte que du personnel des structures publiques de santé

4.1.2 Objectifs du PDRH

➤ **Objectif général :**

Développer les ressources humaines pour le système national de santé.

➤ **Objectifs spécifiques**

- Renforcer la régulation et le respect des textes régissant les ressources humaines pour la santé au sein des services de santé ;
- Améliorer la gestion des ressources humaines pour la santé à tous les niveaux du système de santé ;
- Assurer la définition et le respect des normes dans la répartition des personnels aux différents niveaux du système de santé ;
- Assurer une production suffisante et adéquate des RHS pour les besoins du système de santé ;
- Promouvoir de meilleures conditions de travail et la motivation pour les personnels de santé.

4.2 Axes Stratégiques

Les axes stratégiques ont été déterminés selon les objectifs spécifiques du PDRHS.

Objectif spécifique 1 : Renforcer la régulation et le respect des textes régissant les RHS au sein des services de santé

Axes stratégiques :

4.2.1 Renforcement du leadership du ministère de la santé dans la mise en œuvre de la politique en matière de ressources humaines pour la santé

L'importance stratégique des ressources humaines dans le développement des services de santé implique que le ministère de la santé renforce son leadership dans la production et le management de ces ressources (cas du statut des personnels de santé). Dans cette perspective, il apparaît nécessaire de définir et de mettre en œuvre une vision adaptée de développement des RHS.

En particulier, il s'agira de définir des profils nécessaires au système de santé, d'encadrer et de coordonner à travers la DRH les activités de formation dans les institutions publiques et privées, puis de renforcer la tutelle technique du MS sur les

institutions privées de santé, au regard de leur spécificité. Il faudra également déterminer les liens fonctionnels entre le Ministère de la santé et les institutions de formation, définir les obligations des différentes parties, mettre en place un système de suivi-contrôle des actions pédagogiques des institutions de formation, instaurer une certification nationale unique pour toutes les filières dans les institutions publiques et privées de formation des paramédicaux, définir les référentiels de compétences sur lesquelles se baseront les programmes de formation.

4.2.2 Développement de mécanismes de régulation régissant les ressources humaines pour la santé

En dépit des réformes et d'une meilleure régulation pour améliorer la gouvernance en matière de gestion des ressources humaines, des pratiques interdites et dévalorisantes sont courantes. Compte tenu de ces insuffisances, il est nécessaire d'améliorer non seulement le cadre législatif et réglementaire régissant les personnels de santé, l'éthique et la déontologie au sein des services de santé, mais aussi de renforcer le contrôle de leur application.

En outre, un renforcement des cadres de concertation et des organes de veille sur la régulation (ordres professionnels, ITSS...) est nécessaire pour motiver les personnels de santé et rétablir la confiance des usagers des services de santé ; il y a lieu aussi d'impliquer davantage les Ordres professionnels dans la régulation des pratiques professionnelles et d'engager une lutte efficace contre la corruption dans le secteur de la santé.

Objectif spécifique 2: Améliorer la gestion des ressources humaines à tous les niveaux du système de santé.

Axes stratégiques

4.2.3 Renforcement des capacités opérationnelles des services chargés des ressources humaines pour la santé

Cette stratégie consistera entre autres, à poursuivre la prise de mesures visant à accroître les capacités managériales de la Direction des ressources humaines, à formaliser les services déconcentrés chargés de gérer les personnels de santé, à renforcer les compétences des responsables de services en méthode et management. Par ailleurs, l'accent sera mis sur l'équité dans la répartition des personnels de santé en particulier entre le milieu rural et urbain ainsi que la consolidation de l'usage des manuels de procédures. Enfin, pour une planification rationnelle des besoins en personnels des services, il sera nécessaire de mettre en œuvre un système de gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

4.2.4 Renforcement du dialogue social dans le secteur de la santé

Dans un contexte marqué par des litiges fréquents entre l'administration et les agents, des conflits avec les partenaires sociaux et un désintéressement des agents par rapport à la vie de leurs services, il est devenu urgent de renforcer le dialogue social entre les différents acteurs du développement sanitaire.

A cet effet, Il s'agira de développer un système de communication en s'appuyant sur les cadres de concertation à tous les niveaux du système de santé, de renforcer le rôle et la place du secteur sanitaire privé dans l'organisation et le fonctionnement du système national de santé et d'améliorer la coordination des interventions dans le secteur de la santé. En outre, des actions seront entreprises afin d'améliorer les relations de travail entre les services d'une part et d'autre part, entre les responsables administratifs et le personnel des services. Ainsi, les cadres de concertation existants seront consolidés ou réorganisés afin d'intégrer la problématique des conflits sociaux et la recherche d'une bonne performance des personnels de santé.

Objectif spécifique 3: Promouvoir de meilleures conditions de travail et la motivation pour les personnels de santé

Axes stratégiques

4.2.5 Amélioration du cadre de travail

Le cadre de travail sera rendu plus confortable pour une meilleure performance des agents. Il s'agira particulièrement de renforcer la disponibilité des ressources nécessaires (matérielles, logistiques, équipement), de poursuivre la construction des logements et forages et l'installation de matériel audiovisuel dans les formations sanitaires périphériques reculées.

Le cadre de travail sera amélioré pour tenir compte des aspects ergonomiques afin de prévenir les maladies professionnelles.

4.2.6 Renforcement des mesures incitatives et de fidélisation

Il s'agira de réviser et de mettre en œuvre le plan de motivation de 2004 afin de motiver et fidéliser les agents à leur poste de travail. A cet effet, il est nécessaire de consolider les mesures incitatives mises en place en 2006. Les indemnités doivent être maintenues et revues à la hausse. En outre, la nécessité d'un statut des personnels de santé s'imposent.

Les plans de mobilité interne seront développés à travers la description et la hiérarchisation des postes de travail. En plus, la protection sociale des personnels et la prise en charge sanitaire des agents de santé seront améliorées. En outre, un plaidoyer auprès de l'autorité compétente doit être entrepris en vue d'augmenter le nombre de médailles pour les décorations et de rendre plus transparent le processus de désignation des récipiendaires. Par ailleurs, l'expertise nationale doit être

valorisée. Un plaidoyer sera développé pour la reconnaissance des diplômes acquis en cours de carrière.

Afin d'améliorer la fidélisation du personnel dans les structures de santé nationales, il sera nécessaire de procéder à une décentralisation des postes budgétaires pour les recrutements. Enfin, le système d'évaluation existant devra être adapté au domaine de la santé.

Objectif spécifique 4: Assurer une production suffisante et adéquate des RHS pour les besoins du système de santé

Axes stratégiques

4.2.7 Renforcement des capacités des institutions de formation

Les institutions de formation se caractérisent par la faiblesse de leurs capacités de production tant du point de vue des infrastructures que du personnel et du matériel d'encadrement, ce qui influe sur la qualité de la production de ressources humaines et le nombre. Il est nécessaire d'augmenter leurs capacités d'accueil par la construction et l'équipement de nouvelles salles de Travaux dirigés (TD) et de Travaux pratiques (TP).

Il convient aussi de réhabiliter certains bâtiments dans les institutions de formation des personnels de santé. Dans le but d'accompagner ce renforcement en infrastructures, il est également nécessaire d'accroître les capacités d'encadrement de ces institutions de formation. Ceci passe par l'acquisition des équipements pédagogiques et didactiques, l'amélioration des ratios d'encadrement des élèves, le recrutement et la formation du personnel enseignant, une redéfinition des modalités de stage pratique et une allocation conséquente des ressources.

4.2.8 Amélioration de la qualité de la formation

L'amélioration de la qualité de la formation doit guider la production de ressources humaines pour la santé. Cette amélioration passe par la disponibilité de programmes actualisés et pertinents. Il est donc nécessaire d'adapter les programmes et les profils formés aux exigences du système de santé. Par ailleurs, il est nécessaire d'intégrer l'approche par compétences dans la formation des personnels de santé.

4.2.9 Mise en place d'un système de coordination de la formation continue

La formation continue se caractérise par l'insuffisance de son organisation et son manque de coordination à l'échelle du département. Afin de remédier à ces difficultés, il est nécessaire d'élaborer une stratégie nationale de la formation continue prenant en compte le suivi-évaluation, la planification et la capitalisation de la formation continue dans les structures de santé.

Objectif spécifique 5: Assurer la définition et le respect des normes en personnels aux différents niveaux du système de santé

Axes stratégiques

4.2.10 Mise à jour des normes en ressources humaines pour la santé

Elle consistera à veiller à ce que chaque niveau de la pyramide sanitaire ait des normes en personnel. Il s'agira d'élaborer des normes pour les structures publiques et privées qui n'en disposent pas en s'appuyant sur des évidences scientifiques. Ces normes seront révisées périodiquement en fonction de l'évolution des besoins.

Un mécanisme de suivi/évaluation et un sous-système d'information sur les RHS seront mis en œuvre.

4.2.11 Renforcement des mesures d'application des normes

Pour assurer une meilleure productivité du personnel et une efficacité des services de santé, il faudra veiller au respect des normes. A ce titre, les structures de santé devront appliquer les normes élaborées et un mécanisme de suivi sera mis en œuvre par la Direction des ressources humaines. Des mesures seront prises pour que les besoins des structures soient documentés.

4.3 Actions prioritaires par axe stratégique

Tableau V : Actions prioritaires par axe stratégique

Objectif n°1 : Renforcer la régulation et le respect des textes régissant les RHS au sein des services de santé				
AXES STRATEGIQUES	ACTIONS PRIORITAIRES	RESPONSABLES	AUTRES CONCERNES	INDICATEURS
1.1 Renforcement du leadership du ministère dans la mise en œuvre de sa vision en matière de RHS	1.1.1 Définir les profils de postes dont a besoin le système national de santé	DRH	MFP ; MEF ; MESS Institutions de formation Ordres professionnels	Pourcentage de profils de postes définis
	1.1.2 Définir des référentiels de compétences sur lesquelles se baseront les formations des emplois spécifiques	DRH	MFP ; DC ; Institutions de formation Ordres professionnels	Pourcentage de référentiels de compétences existants par rapport aux emplois spécifiques
	1.1.3 Réviser périodiquement les référentiels de compétences	DRH	MFP ; DC ; Institutions de formation Ordres professionnels	Nombre de référentiels révisés
	1.1.4 Coordonner les activités de formation dans les institutions publiques et privées de formation	DRH	Institutions de formation ; MESS	Existence d'un mécanisme fonctionnel

	1.1.5 Renforcer la tutelle technique du MS sur les institutions privées de formation	SG	MESS; DC ; ITSS Institutions privées de formation	-
	1.1.6 Mettre en place un système de suivi contrôle des actions pédagogiques des institutions de formation	DRH	Promoteurs des institutions de formation ITSS	Nombre de rapports de suivi et de contrôle /an
	1.1.7 Instaurer une certification nationale unique pour toutes les filières de formation	SG	Promoteurs des institutions de formation	Pourcentage de filières de formation avec certification unique
	1.1.8 Rendre fonctionnel l'observatoire des RHS	DRH	Structures concernées	Nombre de rencontres statutaires tenues
	1.1.9 Adopter et mettre en application un statut particulier des personnels de santé	SG	MFP et MEF Partenaires sociaux	Existence d'un statut particulier des personnels de santé
	1.1.10 Rendre fonctionnel le Comité technique paritaire.	SG	DRH	Nombre de réunions tenues
	1.1.11 Renforcer le fonctionnement de tous les cadres de concertation dans les	SG	Toutes structures	

	structures du ministère			
	1.1.12 Renforcer le rôle et la place du secteur sanitaire privé dans les cadres de concertation	SG	Toutes structures ; secteur privé	
1.2 Développement de mécanismes de régulation régissant les ressources humaines pour la santé	1.2.1 Renforcer le cadre juridique régissant les personnels de sante, l'éthique professionnelle et la déontologie	DRH	MFP ; Cabinet MS ; Ordres professionnels de santé	Existence d'un cadre juridique adapté
	1.2.2 Renforcer le contrôle de l'application des textes régissant les personnels de santé,	ITSS	Ordres professionnels Toutes structures	Nombre de contrôles par an
Objectif n°2 : Améliorer la gestion des ressources humaines pour la santé à tous les niveaux du système de santé				
AXES STRATEGIQUES	ACTIONS PRIORITAIRES	RESPONSABLES	AUTRES CONCERNES	INDICATEURS
2.2 Renforcement	2.2.1 Mettre en place un plan de renforcement des compétences du personnel chargé de la gestion des RH	DRH	DAF	-Existence du plan -Taux d'exécution du plan

des capacités opérationnelles des services chargés des ressources humaines pour la santé.	2.2.2 Décrire des postes de travail pour chaque structure	DRH	Toutes structures	Nombre de structures disposant d'un document de description de postes
	2.2.3 Elaborer des manuels de procédures dans chaque structure	DRH	Toutes structures	Nombre de structures disposant d'un manuel de procédures
	2.2.4 Renforcer l'équipement, la logistique et les infrastructures de la DRH	DAF/Santé	DRH	Des locaux adaptés sont mis à la disposition de la DRH
	2.2.5 Mettre en réseau la DRH et les services déconcentrés chargés de la GRH	DGISS	MEF ; MFP ; DAF, DRH	Pourcentage de structures sanitaires disposant d'un logiciel standardisé de gestion des RHS
	2.2.6 Créer et Rendre fonctionnels les services de GRH au sein des DRS	SG	DRH ; DRS ; DC	Proportion de services de GRH fonctionnels
	2.2.7 Renforcer les compétences des responsables des structures en management	DRH	Toutes structures	Proportion de responsables ayant bénéficié d'un renforcement en

	des RH			management des RH
	2.2.8 Mettre en place un mécanisme de gestion prévisionnelle des emplois et compétences.	DRH	Toutes structures	Existence d'un tableau prévisionnel Taux de satisfaction des besoins des structures en RH par rapport aux normes
Objectif n°3 : Promouvoir de meilleures conditions de travail et la motivation pour les personnels de santé				
AXES STRATEGIQUES	ACTIONS PRIORITAIRES	RESPONSABLES	AUTRES CONCERNES	INDICATEURS
3.1 Amélioration du cadre de travail	3.1.1 Construire/réfectionner les infrastructures dans les FS en prenant en compte les aspects ergonomiques	DIEM	DAF /DRH	Pourcentage de structures sanitaires construites selon les normes ergonomiques

			OST, Collectivités, Secteur privé	
	3.1.2 Contrôler périodiquement les normes ergonomiques dans les lieux de travail	OST	Toutes les structures	Proportion des structures contrôlées Proportion des structures remplissant les normes
	3.2.3 Améliorer l'équipement et la logistique dans les structures sanitaires publiques	DIEM	DAF, Collectivités	Pourcentage des structures sanitaires publiques fonctionnelles remplissant les normes en équipement et en logistique
	3.2.4 Installer du matériel audiovisuel dans les zones sanitaires rurales enclavées et/ou éloignées	DAF	DRS, DS	Pourcentage des structures sanitaires en zones rurales couvertes en matériel audiovisuel fonctionnel
	3.2.5 Réviser et mettre en œuvre le plan de motivation	DRH		Existence d'un plan révisé Proportion des

3.2 Renforcement des mesures incitatives et de fidélisation			CABINET	mesures mises en œuvre
	3.2.6 Mettre en œuvre les profils de fonction des postes de responsabilité	Cabinet	SG DRH	Existence de plans de carrière horizontale à tous les niveaux du système de santé
	3.2 1 Renforcer la prise en charge socio-sanitaire des personnels de santé	DRH	SG	Existence d'un mécanisme fonctionnel de prise en charge socio-sanitaire
	3.2.2 Améliorer le système de récompenses des agents	SG	DRH	Nombre de médailles attribuées par an Existence de mesures novatrices de récompense
	3.2 3 Valoriser l'expertise nationale dans le domaine de la santé	Cabinet	DEP DGISS DRH	Existence d'une base de données sur les experts nationaux Nombre d'experts nationaux engagés

				dans les institutions internationales
	3.2.4 Faire un plaidoyer pour la reconnaissance des diplômes acquis en cours de carrière dans le domaine sanitaire	Cabinet	DRH SG	Existence de mesures en faveur de la reconnaissance des diplômes
	3.2.5 Décentraliser les postes budgétaires en matière de recrutement	Cabinet	MEF MATDS	Nombre d'agents de santé recrutés sur les budgets décentralisés
	3.2.6 Améliorer le système d'évaluation des performances dans le secteur de la santé	DRH	Toutes structures	Existence de mesures d'amélioration du système
Objectif n°4 : Assurer une production suffisante et adéquate des RHS pour les besoins du système de santé				
	4.1.1 Accroître le nombre de poste d'enseignants permanents pour l'ENSP	ENSP	MFPSS DAF PADS DRH	Nombre d'enseignants recrutés
	4.1.2 Renforcer la collaboration institutions de formation-terrains de stage	SG	DRH institutions de formation	Nombre d'institutions de formation disposant

				de conventions avec les terrains de stage Niveau de fonctionnalité des cadres de concertation entre MS et institutions de formation
	4.1.3 Assurer la formation diplômante des enseignants permanents de l'ENSP	ENSP	DAF DRH PADS	Nombre d'enseignants formés
	4.1.4 Augmenter les capacités d'accueil de l'ENSP de Koudougou	ENSP	DAF DIEM	
	4.1.5 Augmenter la capacité d'accueil des directions régionales/ENSP de Ouagadougou, et Bobo, de l'UFR/SDS	ENSP	DIEM DAF	
4.1 Amélioration de	4.1.6 Décrire le profil de compétences des enseignants permanents des institutions	DRH	DFP/MESS ENSP UFR/SDS Ordres professionnels	Existence d'un profil de compétence de l'enseignant

la qualité de la formation	publiques et privées de formation			permanent
	4.1.7 Réviser les programmes de formation des institutions publiques et privées de formation	SG	DRH Institutions de formation, Ordres professionnels	Nombre de programmes de formation révisés
	4.1.8 Renforcer les compétences des enseignants permanents des institutions de formation (APC, exigences LMD)	DRH	OOAS Institutions de formation	Nombre d'enseignants formés à l'APC
	4.1.9 Instaurer un système d'inspection pédagogique dans les institutions de formation publiques et privées	DRH	MESS ; ITSS	Nombre d'institutions inspectées par an
	4.1.10 Consolider la formation en chirurgie essentielle dans les curricula de formation en médecine.	SG	MESS ; DRH	Nombre de médecins nouvellement sortis qui maîtrisent les actes de chirurgie essentielle

4.2 Mise en place d'un système de coordination de la formation continue	4.2.1 Renforcer les compétences des GRH, sur le management de la formation	DRH	toutes structures	Nombre de GRH formés
	4.2.2 Accroître les financements en faveur de la formation continue	DAF	DRH	Taux d'accroissement des financements
	4.2.3 Réaliser une étude évaluative sur la formation continue	DRH	DIRES DEP ENSP UFR/SDS Ordres professionnels	Rapports d'étude
	4.2.4 Mettre en œuvre une stratégie nationale de formation continue	DRH	Toutes structures	Existence d'une stratégie nationale de formation continue Niveau de mise en œuvre de la stratégie
Objectif n°5 : Assurer la définition et le respect des normes en personnels aux différents niveaux du système de santé				
AXES STRATEGIQUES	ACTIONS PRIORITAIRES	RESPONSABLES	AUTRES CONCERNES	INDICATEURS

5.1 Mise à jour des normes en RHS	5.1.1 Adopter les normes en personnel des CSPS, CM, HD, CHR	DRH	toutes structures	Existence de normes
	5.1.2 Diffuser les normes en personnel des CSPS, CM, HD, , CHR	DRH	toutes structures	proportion des structures disposant du document des normes
	5.1.3 Adopter des normes en personnel pour les CHU et les FS privées	DRH	DGHSP, CHU, promoteurs du privé	Existence de normes
	5.1.4 Réaliser une étude évaluative sur la définition et la mise en œuvre des normes en personnel	DRH	DIRE DEP	Existence des résultats de l'étude
	5.1.5 Mettre en place une base de données sur les RHS	DRH	DGISS	Existence d'un sous-système
5.2 Renforcement des mesures d'application des normes	5.2.1 Mettre en place un mécanisme de suivi de l'application des normes	DRH		Existence d'un mécanisme
	5.2.2 Améliorer le fonctionnement des commissions d'affectation à tous les niveaux	SG	Commissions d'affectation	Proportion d'affectations conformes aux critères établis

5.3 Suivi de la productivité des ressources humaines pour la santé	5.3.1 Mettre en place des outils de collecte et de gestion de l'information sur la productivité des ressources humaines en santé	DRH	DGISS Toutes les structures	Existence des outils de collecte
	5.3.2 Produire périodiquement l'information sur la productivité des ressources humaines en santé	DRH	DGISS Toutes les structures	Existence des rapports sur la productivité des ressources humaines en santé
Objectif n°6 : Assurer le suivi évaluation du PDRHS				
6.1 Gestion de l'information du PDRHS	6.1.1 Développer des outils de collecte de l'information pour renseigner les indicateurs du PDRHS	DRH	DGISS Toutes les structures	Existence des outils de collecte
	6.1.2 Collecter les données de base du PDRHS	DRH	DGISS Toutes les structures	Proportion des indicateurs renseignés
	6.1.3 Renseigner la base de données du PDRHS	DRH	DGISS Toutes les structures	Taux de promptitude des rapports Taux de

				complétude des rapports Qualité du remplissage du rapport
	6.1.4 Réaliser une enquête de satisfaction du personnel en début à mis parcours et à la fin de la mise en œuvre du PDRHS	DRH	Toutes les structures	Existence des rapports d'enquête
6.2 Evaluation du PDRHS	6.2.1 Mener une évaluation externe à mis parcours et à la fin du PDRHS	DRH	Toutes les structures	Existence des rapports d'évaluation

V. DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE

L'organisation et le fonctionnement du dispositif de suivi et d'évaluation du PDRHS ainsi que les rôles et responsabilités des différents acteurs sont décrits par niveau du système de santé.

5.1 Cadre institutionnel, acteurs, responsabilités

Tableau 6 : Cadre institutionnel, acteurs et responsabilités

Acteurs concernés	Responsabilités
Niveau central	
Commission thématique « ressources humaines » du PNDS 2011-2020	- Analyser le cadre institutionnel et la situation des ressources humaines - Analyser l'état de mise en œuvre du PDRH ; - Valider les plans opérationnels de développement des ressources humaines pour la santé ; - Apporter des réponses à toute question à elle soumise par le comité national de suivi du PNDS.
Direction des ressources humaines	- Elaborer les plans opérationnels de développement des ressources humaines pour la santé ; - Coordonner et suivre la mise en œuvre du plan de développement des ressources humaines pour la santé.
Niveau intermédiaire	
Comité régional de suivi du	- Veiller à la mise en œuvre du PDRHS au

PNDS	niveau régional ; - Veiller à la prise en compte des préoccupations relatives aux ressources humaines dans les différents plans ; - Prendre toutes mesures correctives à la bonne mise en œuvre du PDRH
Niveau périphérique	
Equipe cadre de district	- Veiller à la prise en compte des directives relatives aux ressources humaines dans le processus de planification ; - Renseigner les différents indicateurs relatifs aux ressources humaines

5.2 Suivi et évaluation

Pour que le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du PDRH soient efficaces, le respect des principes énoncés dans le plan de suivi et d'évaluation du PNDS s'avère nécessaire (la fiabilité de l'information relative aux RH, l'implication effective de toutes les parties prenantes, la disponibilité des ressources pour le suivi/évaluation etc.).

Le suivi et l'évaluation du PSDRH se feront à travers les mécanismes existants pour le suivi du PNDS : sessions du comité de suivi, sorties conjointes de suivi, évaluations périodiques, les enquêtes et les supervisions etc. Les sessions du comité de suivi qui sont des instances de suivi au plan national et régional sont organisées et rendues fonctionnelles par voie réglementaire.

Les sorties conjointes de suivi dont l'objectif est de suivre le processus d'exécution du PNDS sur le terrain intégreront la dimension RHS. Participent à ces sorties, des techniciens du département de la santé, des partenaires au développement et d'autres acteurs (collectivités locales, autres départements ministériels, comités de gestion) en fonction des objectifs poursuivis.

Deux (02) évaluations seront réalisées, l'une à mi-parcours et l'autre à la fin de la mise en œuvre du PDRHS.

Les résultats des enquêtes (EDS, nutritionnelle, offre de soins, etc.), des recensements de la population, des recherches et des études en santé seront judicieusement mis à contribution pour le suivi de la mise en œuvre du PDRHS.

Les revues (à mi-parcours et annuelle) du secteur de la santé qui rassemblent les acteurs du système de santé, sont des instances appropriées de suivi de la problématique des RH qui analyseront les performances et identifieront les goulots d'étranglement à l'atteinte des objectifs du PDRHS.

5.3 Indicateurs de suivi

Pour assurer une cohérence entre le PDRHS et le PNDS, il a été tenu compte des indicateurs clés issus du plan de suivi évaluation même si certains indicateurs plus spécifiques ont été retenus. Un cadre logique et un cadre de résultats ont été élaborés. Les indicateurs serviront également à renseigner la matrice des indicateurs de la SCADD.

Une matrice donnera un certain nombre d'informations sur la définition de chaque indicateur retenu pour le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du PDRHS, le mode de calcul des indicateurs, la méthode de collecte des données, la périodicité de la collecte, les sources des informations produites.

Tableau VII : Indicateurs de suivi

Objectifs spécifiques	Indicateurs de suivi	Méthode de calcul
Objectif 1 : Renforcer la régulation et le respect des textes régissant les RHS au sein des services de santé	-Pourcentage de référentiels de compétences existants par rapport au nombre d'emplois spécifiques	Nombre de référentiels de compétences déjà élaborés par emploi sur le nombre total des emplois spécifiques
	-Proportion de réunions de l'observatoire des RHS tenues par an	Nombre de réunions de l'observatoire des RHS tenues par an sur le nombre de réunions prévues pour l'année en question

	-Pourcentage de filières de formation avec certification unique	Nombre de filières de formation ayant pris part à l'examen unique sur le nombre total de filières de formation
	- proportion de conseils de discipline ayant tenu au moins une session par an	Nombre de conseil de discipline ayant tenu au moins une session sur le nombre de conseil de discipline
	proportion de dossiers soumis aux conseils de discipline ayant été examinés et conclus	Nombre de dossiers examinés par chaque conseil de discipline par an sur le nombre de dossiers soumis à chaque conseil de discipline par an
	proportion de chambres de discipline des ordres professionnels ayant tenu au moins une session par an	Nombre de chambres de discipline des ordres professionnels ayant tenu au moins une session sur le nombre de chambres de discipline des ordres professionnels
	Proportion de dossiers soumis aux chambres de discipline et ayant été examinés et conclus	Nombre de dossiers examinés par chaque chambre de discipline des ordres professionnels par an sur le nombre de dossiers soumis à chaque chambre de discipline des ordres professionnels par an
	Pourcentage de structures disposant d'un manuel de procédures	Nombre de structures disposant d'un

		manuel de procédures sur le nombre total de structures
	Pourcentage de DRS disposant d'un service de RH fonctionnel (existence d'un service de GRH propre, présence d'un agent qualifié en GRH)	Nombre de DRS disposant d'un service de RH fonctionnel sur le nombre total de DRS
Objectif 2 : Améliorer la gestion des ressources humaines pour la santé à tous les niveaux du système de santé	Pourcentage de profils de postes définis	Nombre de profils de postes définis sur le nombre total de profil de postes à définir
	Pourcentage de structures sanitaires (districts, DRS, CHR, CHU, DC) disposant d'un logiciel standardisé de gestion des effectifs	nombre de structures sanitaires (districts, DRS, CHR, CHU, DC) disposant d'un logiciel standardisé de gestion des effectifs sur le nombre total de structures sanitaires
	proportion des agents ayant bénéficié de leur avancement à temps	Nombre d'agents ayant bénéficié de leur avancement à temps sur le nombre total d'agents devant bénéficier d'avancement au cours de l'année
	proportion d'agents ayant un dossier complet à la DRH	Nombre d'agents ayant un dossier individuel à jour à la DRH sur le nombre total d'agents du Ministère de la santé
	Proportion des agents ayant un dossier complet dans leur structure	Nombre d'agents ayant un dossier individuel à jour dans leur structure sur le nombre total d'agents de la

		structure
Objectif 3 : Promouvoir de meilleures conditions de travail et la motivation pour les personnels de santé	-Taux de satisfaction des agents lors des enquêtes de satisfaction du personnel	Nombre d'agents satisfaits de leurs conditions de travail sur le nombre d'agents enquêtés
	- Durée moyenne de service des agents en zone rurale	Somme des durées de service des agents qui ont quitté la zone sur le nombre d'agents ayant quitté la zone au cours de l'année
	- Durée moyenne de service des agents par structure (DRS, CHU/CHR, DC)	Somme des durées de service des agents qui ont quitté la structure sur le nombre d'agents ayant quitté la structure au cours de l'année
	- Taux des départs (disponibilité, détachement, démission, rupture de contrat) des médecins, pharmaciens, infirmiers, sages-femmes	Nombre de départs par emplois sur le nombre d'agents du même emploi présents en début de période
Objectif 4 : Assurer une production suffisante et adéquate des RHS pour les besoins du système de santé	-Taux d'adéquation profil/poste pour les médecins, pharmaciens, sages-femmes/maïeuticiens d'Etat, Infirmier diplômé d'Etat	Le nombre d'agents de chaque profil ayant les compétences exigées pour chaque poste de travail
	- taux de satisfaction des besoins en ressources humaines pour la santé (RHS) par les institutions de formation	Le nombre de RHS produit par les institutions de formation sur le besoin exprimé par les structures de santé
	-Pourcentage des institutions de formation satisfaisant à tous les critères de l'inspection pédagogique	Le nombre d'institutions de formation satisfaisant à tous les critères de l'inspection pédagogique sur le nombre

		d'institutions de formation inspectées
	-Taux de réussite aux examens uniques des élèves des écoles de formation en santé.	Le nombre d'élèves présentés par les écoles de formation en santé aux examens uniques qui sont déclarés admis sur Le nombre total d'élèves présentés par les écoles de formation en santé aux examens uniques
Objectif 5 : Assurer la définition et le respect des normes en personnels aux différents niveaux du système de santé	-Pourcentage des formations sanitaires (FS) disposant de personnels selon les normes	Le nombre de FS disposant de personnels selon les normes sur le nombre total de FS
	- Taux de satisfaction des besoins en personnel des 5 régions les plus déficitaires	Le nombre d'agents de santé affectés dans ces régions déficitaires sur les besoins exprimés par ces régions et qui sont conformes aux normes

Les indicateurs de suivi contribueront à l'atteinte des indicateurs d'impact du PNDS 2011-2020

5.4 Conditions de réussite

Le succès de la mise en œuvre du plan de développement des ressources humaines est tributaire d'un engagement fort de l'Etat, des partenaires et d'une adhésion de tous les acteurs du développement socio-sanitaire.

Par ailleurs, un tel succès passe par un meilleur fonctionnement des mécanismes de suivi et de coordination ci-dessus évoqués, et le renforcement du partenariat public privé.

VI. BUDGET PREVISIONNEL DU PDRHS

Le cadrage financier du plan stratégique a consisté à estimer le coût des activités pendant la période du Plan. Il s'est agit pour l'équipe de cadrage, d'identifier les activités rattachées à chaque objectif, axe stratégique et action prioritaire. Les coûts ont été ensuite consolidés par action prioritaire, par objectif et par axe stratégique. Pour la détermination des coûts des activités, l'équipe de cadrage financier a utilisé la méthodologie suivante :

6.1.La revue documentaire

Pour le calcul des coûts, les supports suivants ont été utilisés :

- le Plan triennal 2011-2013 ;
- le projet de loi de finances pour l'exécution du budget de l'Etat, gestion 2013;
- le plan stratégique de l'Ecole nationale de santé publique ;
- les plans d'action 2013 de certaines directions centrales.

6.2. Méthode d'estimation des coûts

En ce qui concerne l'estimation des salaires, elle a été faite sur la base du Cadre budgétaire à moyen terme (CBMT) pour la période 2013-2015.

Après 2015, une progression de 5% a été appliquée pour tenir compte des nouveaux recrutements et des différentes indemnités. Pour les autres rubriques, la budgétisation a concerné 2013 et après cette année, un taux d'inflation de 3% a été appliqué conformément aux critères de convergence de l'UEMOA.

6.3. Résumé des coûts du plan de développement des ressources humaines pour la santé

6.3.1. Les coûts totaux

Le coût total du plan de développement des ressources humaines pour la santé de 2013 à 2020 est estimé à 381 milliards de FCA, soit en moyenne 47 milliards de FCFA par an. Ce coût est particulièrement dominé par le coût de l'objectif 3 qui est de promouvoir de meilleures conditions de travail et la motivation pour les personnels de santé.

6.3.2. Coûts par objectif du plan stratégique

Sur toute la période de 2013 à 2020, l'orientation stratégique n°3 « Promouvoir de meilleures conditions de travail et la motivation pour les personnels de santé » occupe plus de 98% du montant total du plan stratégique comme présenté dans le tableau ci-dessous.

Tableau 8 : Coût prévisionnel du Plan stratégique par objectif stratégique et par année

Objectifs	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total	%
Objectif 1	467.92	336.21	193.89	50.46	39.70	64.28	68.91	43.20	1264.59	0.33%
Objectif 2	50.84	285.41	188.32	160.49	1.35	1.35	1.35	1.35	690.46	0.18%
Objectif 3	39274.69	41480.40	43594.27	45777.64	48039.07	50428.98	52938.03	55572.15	377105.24	98.97%
Objectif 4	897.09	785.18	43.52	7.02	7.02	7.02	22.02	7.02	1775.89	0.47%
Objectif 5	36.59	32.40	26.59	37.55	18.30	19.09	19.92	20.79	211.24	0.06%
TOTAL	40727.13	42919.61	44046.60	46033.16	48105.45	50520.73	53050.23	55644.52	381047.42	100.0%

La grande partie du budget accordée à l'objectif 3 s'explique par l'option prise dans le cadre du PND 2011-2020 de la réorganisation du système de santé par la création de centres médicaux dans toutes les communes rurales du pays, le relèvement des plateaux techniques des hôpitaux de districts (CMA) et des hôpitaux régionaux et nationaux. Des estimations ont été faites en terme de besoins en ressources humaines en santé dont les normes ont été redéfinies.

Les coûts relativement élevés qui en découlent, répondent à la vision politique d'opérer une véritable réforme du système national de santé pour non seulement viser l'atteinte des OMD en 2015, mais aussi produire le meilleur état de santé le plus

élevé possible pour l'ensemble de la population à travers un système de santé performant.

La planification des besoins par phase s'est donc fondée sur la réorganisation du système de santé envisagée qui prévoit une revisite des normes pour disposer de 7 agents dont 5 personnels de santé dans les CSPS ; 35 dont 24 personnels de santé dans les centres médicaux et 198 agents dont 192 personnels de santé dans les hôpitaux de districts.

Tenant compte des réformes en cours au niveau des hôpitaux de district, les normes actuelles en personnels des CHR semblent désuètes. Une détermination du nombre de médecins spécialistes au niveau CHR a été faite sur la base des critères suivants :

- le nombre de médecins spécialistes prévu dans les hôpitaux de district ;
- les missions confiées aux CHR ;
- la diversité des services spécialisés que l'on devra y développer.

Les coûts afférents au PDRHS ont ainsi pu être dégagés pour la période de référence comme ci-dessous.

Tableau 9 : Coûts du PDRHS par axes stratégiques

	DESIGNATION	2 013	2 014	2 015	2 016	2 017	2 018	2 019	2 020	Total
Objectif 1	Renforcer la régulation et le respect des textes régissant les RHS au sein des services de santé	467 921 313	336 212 600	193 894 099	50 459 595	39 704 545	64 282 331	68 914 137	43 200 774	1 264 589 395
Axe Stratégique 1.1	Renforcement du leadership du ministère dans la mise en œuvre de sa vision en matière de RHS	113 777 013	106 820 000	75 518 150	50 459 595	39 704 545	58 560 681	60 262 137	43 200 774	548 302 896
Actions prioritaires 1.1.1	Définir les profils de postes dont a besoin le système national de santé	21 902 013	18 120 000	0	0	0	0	15 450 000	0	55 472 013
Activité 1.1.1.1	Evaluer les formations spécialisées offertes à l'ENSP	0	15 000 000	0	0	0	0	15 450 000		30 450 000
Activité 1.1.1.2	Identifier les profils nouveaux et les besoins y afférents	0	3 120 000							3 120 000
Activité 1.1.1.3	Evaluer les formations des AIS, IB, AB, PEP	15 000 000								15 000 000
Activité 1.1.1.4	Définir le profil du médecin dans le contexte de la santé publique au Burkina Faso	6 902 013	0	0	0	0	0	0	0	6 902 013
Actions prioritaires 1.1.2	Mettre en œuvre des référentiels de compétences par niveau	25 000 000	42 720 000	37 978 000	9 123 740	0	10 000 000	0	0	124 821 740
Activité 1.1.2.1	Analyser les pratiques professionnelles	25 000 000	25 000 000	20 000 000	0	0	0	0	0	70 000 000
Activité 1.1.2.2	Identifier les exigences de compétence	0	9 120 000	9 120 000	0	0	0	0	0	18 240 000
Activité 1.1.2.3	Elaborer des référentiels de compétences	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Activité 1.1.2.4	Adopter les référentiels de compétences	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Activité 1.1.2.5	Diffuser les référentiels de compétences	0	8 600 000	8 858 000	9 123 740					26 581 740
Activité 1.1.2.6	Réviser périodiquement les référentiels de compétences	0	0	0	0	0	10 000 000	0	0	10 000 000
Actions prioritaires 1.1.3	Renforcer la tutelle technique du MS sur les institutions de formation	41 000 000	34 505 000	35 540 150	36 606 355	37 704 545	46 560 681	40 000 752	41 200 774	313 118 258
Activité 1.1.3.1	Créer un organe d'accréditation des ESPS et institutions de formations	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Activité 1.1.3.2	Accréditer les ESPS capables d'être des terrains de stage	7 500 000	0	0	0	0	7 725 000	0	0	15 225 000
Activité 1.1.3.3	Développer des conventions avec les ESPS accrédités	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Activité 1.1.3.4	Instaurer une certification nationale unique pour toutes les filières de formation	9 000 000	9 270 000	9 548 100	9 834 543	10 129 579	10 433 467	10 746 471	11 068 865	80 031 024
Activité 1.1.3.5	Organiser le concours de l'internat	12 000 000	12 360 000	12 730 800	13 112 724	13 506 106	13 911 289	14 328 628	14 758 486	106 708 033
Activité 1.1.3.6	Assurer le suivi de la formation des internes de médecine et de pharmacie	8 000 000	8 240 000	8 487 200	8 741 816	9 004 070	9 274 193	9 552 418	9 838 991	71 138 688
Activité 1.1.3.7	Coordonner les activités de formation dans les institutions publiques et privées de formation	3 000 000	3 090 000	3 182 700	3 278 181	3 376 526	3 477 822	3 582 157	3 689 622	26 677 008
Activité 1.1.3.8	Mettre en œuvre un système de suivi contrôle des actions pédagogiques des institutions de formation	1 500 000	1 545 000	1 591 350	1 639 091	1 688 263	1 738 911	1 791 078	1 844 811	13 338 504
Actions prioritaires 1.1.4	Rendre fonctionnel l'observatoire des RHS	21 070 000	2 000 000	2 000 000	4 729 500	2 000 000	2 000 000	4 811 385	2 000 000	40 610 885
Activité 1.1.4.1	Mettre à jour le profil pays de personnel de santé	2 650 000	0	0	2 729 500			2 811 385		8 190 885
Activité 1.1.4.2	Doter l'observatoire de ressources requises	12 000 000								12 000 000

Activité 1.1.4.3	Organiser une cérémonie de lancement des activités de l'observatoire	3 650 000								3 650 000
Activité 1.1.4.4	Créer et animer une page sur le site WEB du MS	770 000	0	0	0	0	0	0	0	770 000
Activité 1.1.4.5	Assurer le suivi et l'évaluation de l'observatoire	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	16 000 000
Actions prioritaires 1.1.5	Adopter un statut particulier des personnels de santé	4 805 000	9 475 000	0	0	0	0	0	0	14 280 000
Activité 1.1.5.1	Réviser les TOES	4 805 000								4 805 000
Activité 1.1.5.2	Elaborer un statut particulier	0	5 595 000							5 595 000
Activité 1.1.5.3	Valider le statut particulier	0	3 880 000							3 880 000
Axe Stratégique 1.2	Développement des mécanismes de régulation régissant les RHS	354 144 300	229 392 600	118 375 949	-	-	5 721 650	8 652 000	-	716 286 499
Actions prioritaires 1.2.1	Renforcer le cadre juridique régissant l'éthique professionnelle et la déontologie	354 144 300	229 392 600	118 375 949	0	0	5 721 650	8 652 000	0	716 286 499
Activité 1.2.1.1	Apporter un appui à l'élaboration/révision des différents codes de déontologie	5 555 000					5 721 650			11 276 650
Activité 1.2.1.2	Valider les différents codes de déontologie	0								0
Activité 1.2.1.3	Apporter un appui à la diffusion des différents codes de déontologie	8 400 000	0					8 652 000		17 052 000
Activité 1.2.1.4	Former les professionnels en matière d'éthique et de déontologie	334 579 300	223 614 300	112 424 300	0	0	0	0	0	670 617 900
Activité 1.2.1.5	Veiller à l'application des textes dans le domaine de l'éthique et de la déontologie	0								0
Activité 1.2.1.6	Améliorer les compétences des agents des DRS en techniques de contrôle	5 610 000	5 778 300	5 951 649	0	0	0	0	0	17 339 949

Objectif 2	Améliorer la gestion des ressources humaines pour la santé à tous les niveaux du système de santé	50 837 550	285 414 300	188 319 300	160 485 000	1 350 000	1 350 000	1 350 000	1 350 000	690 456 150
Axe Stratégique 2.1	Renforcement des capacités opérationnelles des services chargés des RHS.	49 487 550	273 064 300	186 969 300	159 135 000	-	-	-	-	668 656 150
Actions prioritaires 2.1.1	Mettre en place un plan de renforcement des compétences du personnel chargé de la gestion des RH	30 737 550	32 469 300	32 469 300	0	0	0	0	0	95 676 150
Activité 2.1.1.1	Elaborer un canevas de manuel de procédures	13 118 250	0	0	0	0	0	0	0	13 118 250
Activité 2.1.1.2	Appuyer les structures dans l'élaboration des manuels de procédures	4 695 000	0	0	0	0	0	0	0	4 695 000
Activité 2.1.1.3	Mettre en place un mécanisme de gestion prévisionnelle des emplois et compétences.	12 924 300	0	0	0	0	0	0	0	12 924 300
Activité 2.1.1.4	Renforcer les capacités institutionnelles et organisationnelles du service chargé de la formation	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Activité 2.1.1.5	Renforcer les compétences des responsables des structures en management des RH	0	32 469 300	32 469 300	0	0	0	0	0	64 938 600
Actions prioritaires 2.1.2	Renforcer l'équipement, la logistique et les infrastructures des services chargés de la gestion des ressources humaines	18 750 000	230 000 000	154 500 000	159 135 000	0	0	0	0	562 385 000
Activité 2.1.2.1	Construire des locaux adaptés pour la DRH	0								0
Activité 2.1.2.2	Equiper la DRH	0	150 000 000	154 500 000	159 135 000	0	0	0	0	463 635 000
Activité 2.1.2.3	Mettre en réseau la DRH et tous services chargés de la gestion des ressources humaines		80 000 000							80 000 000

Activité 2.1.2.4	Mettre en place un système d'information des RHS	18 750 000								18 750 000
Actions prioritaires 2.1.3	Créer et Rendre fonctionnels les services de GRH au sein des DRS	0	10 595 000	0	0	0	0	0	0	10 595 000
Activité 2.1.3.1	Réviser l'organigramme des DRS	0								0
Activité 2.1.3.2	Equiper les services déconcentrés de gestion des RHS	0	10 595 000							10 595 000
Activité 2.1.3.3	Affecter le personnel requis	0								0
Axe Stratégique 2.2	Renforcement du dialogue social dans le secteur de la santé	1 350 000	12 350 000	1 350 000	1 350 000	1 350 000	1 350 000	1 350 000	1 350 000	21 800 000
Actions prioritaires 2.2.1	Renforcer le fonctionnement de tous les cadres de concertation dans les structures du ministère	1 350 000	12 350 000	1 350 000	1 350 000	1 350 000	1 350 000	1 350 000	1 350 000	21 800 000
Activité 2.2.1.1	Rendre fonctionnel le Comité technique paritaire.	1 350 000	1 350 000	1 350 000	1 350 000	1 350 000	1 350 000	1 350 000	1 350 000	10 800 000
Activité 2.2.1.2	Réviser les textes sur les cadres de concertation	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Activité 2.2.1.3	Organiser des sessions régulières des cadres de concertation	0								0
Activité 2.2.1.4	Renforcer le rôle et la place du secteur sanitaire privé dans les cadres de concertation	0								0
Activité 2.2.1.5	Evaluer la situation du personnel au sein des structures privés du secteur de la santé	0	11 000 000	0						11 000 000
Objectif 3	Promouvoir de meilleures conditions de travail et la motivation pour les personnels de santé	39 274 688 324	41 480 402 707	43 594 270 465	45 777 643 887	48 039 071 797	50 428 982 443	52 938 027 332	55 572 152 339	377 105 239 295
Axe Stratégique 3.1	Amélioration du cadre de travail	535 000 000	551 050 000	567 581 500	584 608 945	602 147 213	620 211 630	638 817 979	657 982 518	4 757 399 785

Actions prioritaires 3.1.1	Améliorer les conditions de travail du personnel	535 000 000	551 050 000	567 581 500	584 608 945	602 147 213	620 211 630	638 817 979	657 982 518	4 757 399 785
Activité 3.1.1.1	Construire/réfectionner les infrastructures dans les services de santé en prenant en compte les aspects ergonomiques	535 000 000	551 050 000	567 581 500	584 608 945	602 147 213	620 211 630	638 817 979	657 982 518	4 757 399 785
Activité 3.1.1.2	Améliorer l'équipement et la logistique dans les services de santé	0								0
Axe Stratégique 3.2	Renforcement des mesures incitatives et de fidélisation	38 739 688 324	40 929 352 707	43 026 688 965	45 193 034 942	47 436 924 584	49 808 770 813	52 299 209 354	54 914 169 821	372 347 839 510
Actions prioritaires 3.2.1	Réviser et mettre en œuvre le plan de motivation	38 739 688 324	40 920 698 407	43 026 688 965	45 193 034 942	47 436 924 584	49 808 770 813	52 299 209 354	54 914 169 821	372 339 185 210
Activité 3.2.1.1	Mettre en œuvre le financement basé sur les résultats	0								0
Activité 3.2.1.2	Maintenir les initiatives actuelles de primes pour les acteurs méritants	0								0
Activité 3.2.1.3	Assurer le suivi de la carrière des agents	0								0
Activité 3.2.1.4	Assurer les salaires du personnel	38 725 114 024	40 906 348 407	43 026 688 965	45 178 023 413	47 436 924 584	49 808 770 813	52 299 209 354	54 914 169 821	372 295 249 381
Activité 3.2.1.5	Mettre en œuvre les profils de fonction des postes de responsabilité	0								0
Activité 3.2.1.6	Elaborer un plan de renforcement de la prise en charge socio-sanitaire des personnels de santé	0	14 350 000							14 350 000
Activité 3.2.1.7	Faire un plaidoyer pour la reconnaissance des diplômes acquis en cours de carrière dans le domaine sanitaire	0								0
Activité 3.2.1.8	Former les acteurs sur le système d'évaluation des performances dans le secteur de la santé	14 574 300			15 011 529					29 585 829
Activité 3.2.1.9	Améliorer le système de récompenses des agents	0								0

Actions prioritaires 3.2.2	Valoriser l'expertise nationale dans le domaine de la santé	0	8 654 300	0	0	0	0	0	0	8 654 300
Activité 3.2.2.1	Définir les critères d'expertise dans le domaine de la santé	0	8 654 300							8 654 300
Activité 3.2.2.2	Dresser le tableau des experts nationaux dans le domaine de la santé	0								0
Activité 3.2.2.3	Mettre en application les textes relatifs à l'expertise nationale	0								0
Objectif 4	Assurer une production suffisante et adéquate des RHS pour les besoins du système de santé	897 090 750	785 182 590	43 520 000	7 020 000	7 020 000	7 020 000	22 020 000	7 020 000	1 775 893 340
Axe Stratégique 4.1	Renforcement des capacités des institutions de formation	759 131 450	749 549 300	43 520 000	7 020 000	7 020 000	7 020 000	7 020 000	7 020 000	1 587 300 750
Actions prioritaires 4.1.1	Augmenter les capacités d'accueil des ENSP	672 375 000	672 375 000	0	0	0	0	0	0	1 344 750 000
Activité 4.1.1.1	Poursuivre la construction de la DR de l'ENSP de Tenkodogo	224 125 000	224 125 000							448 250 000
Activité 4.1.1.2	Construire la DR de l'ENSP de Koudougou	224 125 000	224 125 000							448 250 000
Activité 4.1.1.3	Réhabiliter ou réfectionner les infrastructures des DR de l'ENSP et du CFDS	224 125 000	224 125 000							448 250 000
Activité 4.1.1.4	Equiper le CFDS et les écoles nationales de santé publiques selon les normes pédagogiques	0								0
Activité 4.1.1.5	Appuyer l'organisation des stages pratiques des élèves de l'ENSP dans les formations sanitaires publiques	0								0
Activité 4.1.1.6	Développer des conventions entre l'ENSP et les structures publiques de soins	0								0

Actions prioritaires 4.1.2	Accroître le nombre de poste d'enseignants permanents pour l'ENSP	12 500 000	12 500 000	12 500 000	0	0	0	0	0	37 500 000
Activité 4.1.2.1	Recruter des enseignants permanents	0								0
Activité 4.1.2.2	Assurer la formation diplômante des enseignants permanents de l'ENSP	12 500 000	12 500 000	12 500 000						37 500 000
Activité 4.1.2.3	Elaborer un plan de formation des enseignants de l'ENSP	0								0
Actions prioritaires 4.1.3	Améliorer la collaboration entre les institutions de formation et les terrains de stage	9 854 300	0	0	0	0	0	0	0	9 854 300
Activité 4.1.3.1	Mettre en place un comité de coordination	0								0
Activité 4.1.3.2	Rendre fonctionnel le comité de coordination	1 200 000								1 200 000
Activité 4.1.3.3	Instituer un protocole d'encadrement standard par filière	8 654 300								8 654 300
Actions prioritaires 4.1.4	Améliorer la qualité de la formation	64 402 150	64 674 300	31 020 000	7 020 000	7 020 000	7 020 000	7 020 000	7 020 000	195 196 450
Activité 4.1.4.1	Décrire le profil de compétences des enseignants permanents des institutions publiques et privées de formation	0	8 654 300							8 654 300
Activité 4.1.4.2	Réviser les programmes de formation des institutions publiques et privées de formation	24 000 000	24 000 000	24 000 000						72 000 000
Activité 4.1.4.3	Adapter le profil des enseignants au système LMD	25 000 000	25 000 000							50 000 000

Activité 4.1.4.4	Instaurer un système d'inspection pédagogique dans les institutions de formation publiques et privées	7 020 000	7 020 000	7 020 000	7 020 000	7 020 000	7 020 000	7 020 000	7 020 000	56 160 000
Activité 4.1.4.5	Réorienter la formation des médecins en chirurgie essentielle	7 782 150								7 782 150
Activité 4.1.4.6	Assurer le suivi de la mise en œuvre des nouveaux curricula LMD	600 000	0	0	0	0	0	0	0	600 000
Axe Stratégique 4.2	Mise en place d'un système de coordination de la formation continue.	137 959 300	35 633 290	-	-	-	-	15 000 000	-	188 592 590
Actions prioritaires 4.2.1	Mettre en œuvre une stratégie nationale de formation continue	137 959 300	35 633 290	0	0	0	0	15 000 000	0	188 592 590
Activité 4.2.1.1	Mettre en place un système de télé-enseignement	125 000 000								125 000 000
Activité 4.2.1.2	Evaluer les besoins de formation continue	3 120 000								3 120 000
Activité 4.2.1.3	Elaborer une stratégie nationale de formation continue	9 839 300								9 839 300
Activité 4.2.1.4	Renforcer les compétences des GRH en management de la formation	0	20 633 290							20 633 290
Activité 4.2.1.5	Réaliser une étude évaluative de la formation continue	0	15 000 000					15 000 000		30 000 000
Objectif 5	Assurer la définition et le respect des normes en personnels aux différents niveaux du système de santé	36 594 300	32 400 000	26 592 500	37 549 125	18 301 581	19 091 660	19 921 243	20 792 305	211 242 715
Axe Stratégique 5.1	Renforcement des mesures d'application des normes	36 594 300	32 400 000	26 592 500	37 549 125	18 301 581	19 091 660	19 921 243	20 792 305	211 242 715

Actions prioritaires 5.1.1	Elaborer le document de normes en personnel	16 594 300	0	0	0	0	0	0	0	16 594 300
Activité 5.1.1.1	Valider les normes en personnel pour les CSPS, CM, HD, DRS, CHR,CHU,ESPS	9 484 300								9 484 300
Activité 5.1.1.2	Diffuser les normes en personnel pour les CSPS, CM, HD, DRS, CHR,CHU,ESPS	7 110 000								7 110 000
Actions prioritaires 5.2.2	Assurer le respect des normes en personnel dans les services de santé	20 000 000	32 400 000	26 592 500	37 549 125	18 301 581	19 091 660	19 921 243	20 792 305	194 648 415
Activité 5.2.1.1	Evaluer les besoins en RHS des structures de santé en rapport avec les normes	0	0	9 760 000						9 760 000
Activité 5.2.1.2	Mettre en place une base de données sur les RHS		18 750 000							18 750 000
Activité 5.2.1.3	Elaborer un plan de recrutement des RHS selon les besoins des structures de santé	7 000 000								7 000 000
Activité 5.2.1.4	Organiser le recrutement du personnel de santé	13 000 000	13 650 000	14 332 500	15 049 125	15 801 581	16 591 660	17 421 243	18 292 305	124 138 415
Activité 5.2.1.5	Elaborer un plan de déploiement des RHS	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Activité 5.2.1.6	Assurer le suivi de l'application des normes	0	0	2 500 000	2 500 000	2 500 000	2 500 000	2 500 000	2 500 000	15 000 000
Activité 5.2.1.7	Evaluer la mise en œuvre des normes	0	0	0	20 000 000	0	0	0	0	20 000 000
COÛT TOTAL 2013-2020		40 727 132 237	42 919 612 197	44 046 596 364	46 033 157 607	48 105 447 924	50 520 726 435	53 050 232 713	55 644 515 419	381 047 420 895

Sur un coût total de trois cent quatre-vingt un milliards quarante-sept millions quatre cent vingt mille huit cent quatre vingt quinze **(381 047 420 895)** francs CFA, les charges salariales assurées par l'Etat s'élèvent à trois cent soixante douze milliards deux cent quatre vingt quinze millions deux cent quarante neuf mille trois cent quatre vingt un **(372 295 249 381)** francs CFA, soit 97,70%.

CONCLUSION

La réussite du Plan national de développement sanitaire dépend en grande partie de la qualité des hommes qui le mettent en œuvre, de leur disponibilité dans les différentes structures de santé sur tout le territoire national, de leur implication dans le fonctionnement desdites structures et de leur mobilisation autour des objectifs assignés au système de santé.

C'est pourquoi le PDRHS, qui vise à contribuer à améliorer la performance du système de santé, doit être en parfaite cohérence avec le PNDS 2011-2020 et exécutée avec une extrême rigueur. Il nécessite une pleine adhésion des travailleurs de la santé et une implication de tous les acteurs, surtout au niveau local, pour sa mise en œuvre qui doit faire l'objet de plans triennaux. Ces plans triennaux, qui seront élaborés par la DRH avec la participation de l'ensemble des acteurs dans la gestion des ressources humaines, détailleront pour la période concernée, les activités à exécuter.

Les instances de mise en œuvre et de suivi de la mise en œuvre devront fonctionner de façon régulière, la communication au sein des différents intervenants et avec les populations bénéficiaires des prestations de santé doit être active. La coordination intersectorielle devra être développée et renforcée afin que chaque partie puisse jouer sa partition. C'est cette synergie d'action qui permettra de booster le développement des ressources humaines en santé pour une meilleure performance du système de santé.

ANNEXES

**ANNEXE I : LISTE DES MEMBRES DU COMITE TECHNIQUE D'ELABORATION
DU PLAN STRATEGIQUE DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES
HUMAINES POUR LA SANTE 2013-2020**

Equipe de coordination	
Madame RAMDE/NONGOMDE T. Charlotte R.	Directrice des ressources humaines
Dr NITIEMA P. Abdoulaye	Secrétaire permanent du Plan national de Développement Sanitaire ;
Monsieur SANON Benjamin	Conseiller technique du Ministre de la Santé.
Equipe de rédaction	
<u>Chef d'équipe</u> Dr DIPAMA Sylvain	Inspecteur général des services de santé
<u>Membres</u>	
Dr HIEN Maurice	Directeur général de la Protection Sanitaire ;
Dr SOMDA Paul	en service au SP/PNDS
Dr ZOUBGA Alain,	en service à la Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires (DGISS) ;
Dr SAWADOGO Romuald	en service à la direction régionale de la santé du Centre
Monsieur TIENDREBEOGO Ferdinand	Directeur des hôpitaux publics
Monsieur OUEDRAOGO Robert	chargé d'études au Bureau d'études du Secrétariat Général
Monsieur CONGO Hervé Claude	Conseiller en gestion des ressources humaines en service à la Direction des ressources humaines ;
Monsieur BAZIE Batia	Conseiller en gestion des ressources humaines en service à la direction des ressources humaines.