

REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple-Un But-Une Foi
MINISTERE DE LA SANTE
ET DE LA PREVENTION



DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

**PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT DES
RESSOURCES HUMAINES EN SANTE
(PNDRHS)**

DOCUMENT ELABORE EN 2010 AVEC L'APPUI DE

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTE (OMS)

JAPAN INTERNATIONAL
COOPERATION AGENCY

FONDS MONDIAL



SOMMAIRE

PREFACE	iv
REMERCIEMENTS	vi
RESUME	viii
LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES	xii
ABREVIATIONS ET SIGLES	xiii

INTRODUCTION	01
---------------------------	----

1^{ère} PARTIE : GENERALITES SUR LE SENEGAL

CHAPITRE 1 : ELEMENTS DE CONTEXTE	03
1.1. CONTEXTE HISTORIQUE ET GEO POLITIQUE	03
1.2. SITUATION SOCIODEMOGRAPHIQUE	04
1.3. SITUATION SOCIOECONOMIQUE	05

CHAPITRE 2 : POLITIQUE ET PROFIL SANITAIRES	06
2.1. POLITIQUE DE SANTE	06
2.2. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE	07
2.3. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE	08
2.4. OFFRE ET DEMANDE DE SERVICES DE SANTE	09
2.5. FINANCEMENT DE LA SANTE	10
2.6. SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE	11

2^{ème} PARTIE : PROBLEMATIQUE DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTE

CHAPITRE 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE	13
1.1. EFFECTIFS ET STRUCTURE DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTE	13
1.2. SPECIFICITES DANS LES ZONES DIFFICILES	26
1.3. SYSTEME ACTUEL DE GRH	28
1.4. INTERVENTION SOCIALE DANS LE SECTEUR DE LA SANTE	29
1.5. PRODUCTION ET UTILISATION DES RESSOURCES HUMAINES	33

CHAPITRE 2 : ANALYSE DES BESOINS EN RESSOURCES HUMAINES	39
--	----

2.1. SITUATION DES BESOINS EN 2010	39
2.2. PROJECTION DES BESOINS POUR 2011-2018	44
CHAPITRE 3 : ENJEUX ET DEFIS	47
3^{ème} PARTIE : ORIENTATIONS STRATEGIQUES	
CHAPITRE 1 : VISION HORIZON 2018	51
CHAPITRE 2 : OBJECTIFS DU PNDRHS	52
CHAPITRE 3 : AXES STRATEGIQUES	52
4^{ème} PARTIE : CADRE DE MISE EN ŒUVRE	
CHAPITRE 1 : GOUVERNANCE DE LA GRH	60
CHAPITRE 2 : INSTANCES DE COORDINATION	61
CHAPITRE 3 : MECANISMES DE SUIVI EVALUATION	63
CHAPITRE 4 : CADRE LOGIQUE	65
5^{ème} PARTIE : FINANCEMENT DU PNDRHS	
CHAPITRE 1 : EVALUATION DU BUDGET PREVISIONNEL	66
CHAPITRE 2 : STRATEGIES DE MOBILISATION DES RESSOURCES	66
CONCLUSION	67
ANNEXES	
ANNEXE 1 : Eléments de motivation non financière	
ANNEXE 2 : Cadre logique	
ANNEXE 3 : Références bibliographiques	

PREFACE

La Santé est un levier déterminant pour tout développement économique et social. Les personnels de santé constituent le cœur et l'âme des systèmes de santé mais font l'objet d'une pénurie chronique au niveau mondial.

Selon les estimations, il en faudrait 4,2 millions de plus pour combler le déficit, dont 1,5 million pour la région Afrique¹. Cette grave pénurie est l'un des obstacles majeurs au progrès sanitaire et à la réalisation des objectifs de santé et de développement.

En 1989, le Sénégal a, pour la première fois, adopté un texte portant sur la déclaration de politique nationale de santé et d'action sociale après dix neuf ans d'indépendance.

Dés lors, sa mise en œuvre est devenue une composante essentielle qui doit accompagner le processus de développement économique et social durable dans lequel s'est engagé notre pays.

C'est dans ce cadre que s'inscrit le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) dont les priorités sont la réduction de la mortalité maternelle, infanto juvénile, la maîtrise de la fécondité et la lutte contre la maladie et le SIDA surtout au niveau des groupes vulnérables.

L'efficacité du système de santé qui nous permettra d'atteindre ces objectifs repose sur une bonne qualité des prestations dont les facteurs déterminants sont entre autres :

- une bonne couverture nationale en infrastructures sanitaires ;
- le relèvement et le maintien de la qualité du plateau technique ;
- la disponibilité et l'accessibilité des médicaments ;
- la qualité, la disponibilité et la performance des ressources humaines.

De tous ces facteurs, le dernier est de loin le plus déterminant. En effet, les ressources humaines sont difficilement comparables aux autres, notamment dans un contexte de rareté chronique des professionnels de la santé.

Malgré les recrutements de la Fonction Publique et une contractualisation du personnel de santé par le Ministère de la Santé et de la Prévention (MSP), un important déficit est noté en professionnels de la santé qui s'est traduit par :

¹ AMPS : 1^{er} Forum mondial sur les ressources humaines en santé – Kampala – Mars 2008

- une carence quantitative et qualitative;
- une mauvaise distribution spatiale au détriment des zones dites difficiles ;
- la fuite des cerveaux...

C'est sous cet éclairage, et compte tenu des recommandations du PNDS, que la Direction des Ressources Humaines (DRH), s'est engagée dans l'élaboration d'un Plan National de Développement des Ressources Humaines dans le Secteur de la Santé (PNDRHS) qui sera un outil d'aide à la décision.

Il s'agit de concevoir et de mettre en œuvre des stratégies susceptibles de garantir une bonne couverture en personnels qualifiés sur toute l'étendue du territoire, plus particulièrement dans les zones dites « difficiles ».

Je compte sur l'esprit civique de toutes les parties prenantes pour faire de ces « **zones dites difficiles** », des « **zones de solidarité nationale** » et non des zones déshéritées. Malgré un contexte et un environnement socio-économique quasi hostiles, je demeure convaincu que des solutions existent.

Ce plan a été réalisé par le Ministère de la Santé et de la Prévention à travers la Direction des Ressources Humaines qui a bénéficié de l'appui technique et financier de l'OMS, de la JICA, de l'USAID, du Fonds Mondial et de l'OOAS. Je voudrais leur adresser mes sincères remerciements.

Mes remerciements s'adressent aussi à l'ensemble des acteurs et partenaires sociaux du MSP qui ont contribué à l'élaboration de ce plan.

J'invite tous les acteurs de la santé à utiliser ce document de référence et à le rendre opérationnel pour la planification de sa mise en œuvre.

Le Ministre de la Santé et de la Prévention
Monsieur Modou Diagne FADA

REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé et de la Prévention (MSP) du Sénégal, à travers la Direction des Ressources Humaines (DRH) a engagé, le processus d'élaboration du Plan

National de Développement des Ressources Humaines dans le secteur de la Santé (PNDRHS).

Des séances de travail, des enquêtes de terrain et des ateliers de partage ont été organisés dans le cadre des activités des différentes composantes prévues à cet effet.

Ces activités ont nécessité la mobilisation d'importantes ressources matérielles, techniques, humaines et financières.

Je voudrais donc, au terme des travaux sanctionnés par la production de ce précieux document, adresser mes sincères remerciements à tous les partenaires techniques et financiers qui ne cessent d'accompagner le département de la santé.

Qu'il me soit permis de citer certains d'entre eux :

- Madame le Représentant résident de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et son équipe locale pour leur contribution à l'élaboration de ce plan;
- Monsieur le Représentant résident de l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA) qui, non seulement a accepté de financer une bonne partie des activités, mais aussi, a apporté un appui technique considérable et soutenu tout au long de ce processus ;
- Monsieur le Représentant du Fonds Mondial qui, à travers le renforcement du système de santé, a accordé un financement soutenu à la Direction des Ressources humaines pour la rédaction du document ;
- Monsieur le Directeur de l'USAID qui à travers son agence d'exécution INTRA HEALTH a beaucoup contribué à la production de ce document stratégique ;
- Madame la Coordinatrice de l'ONG « Enfermeras Para el Mundo (EPM)» qui appuie la DRH depuis 2006 dans le cadre de la décentralisation de la formation initiale ;
- Monsieur le Directeur Général de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) pour les multiples opportunités que celle-ci a pu offrir aux techniciens du département ;

- les Directeurs et chefs de Services nationaux et les Chefs de Programme pour l'intérêt constant qu'ils ont manifesté pour l'élaboration de ce plan.

J'associe à ces remerciements :

- les partenaires sociaux, dont les éclairages ont permis de mieux cerner des stratégies ;
- les Médecins chefs de région et de district et les Directeurs d'établissements publics de santé pour leur précieuse collaboration.

Le défi de la DRH était de fournir, dans des délais raisonnables, un document de planification stratégique pour la gestion efficiente des ressources humaines dans le département de la santé. Le dévouement des uns et des autres nous a permis d'atteindre cet objectif.

Si ce document peut contribuer modestement à la compréhension des difficultés inhérentes au développement et à la gestion des ressources humaines du secteur de la santé, s'il parvient à ouvrir des axes de réflexion et de recherche, alors nous aurons l'impression d'avoir fait œuvre utile.

**Le Directeur des Ressources Humaines
Monsieur Gallo BA**

RESUME

Le développement des ressources humaines pour la santé est une condition incontournable à l'amélioration du système de santé. Il constitue ainsi une préoccupation nationale et internationale.

A l'instar de certains pays de la sous-région, le Sénégal vient d'élaborer son Plan National de Développement des Ressources Humaines pour la Santé (PNDRHS) qui

couvre la période 2011-2018. A travers ce plan stratégique, il affirme sa volonté de mobiliser tous les moyens nécessaires à sa mise en œuvre.

Le document comporte cinq grandes parties.

Dans la première partie, les généralités sur le Sénégal sont présentées avec des éléments relatifs au contexte historique, géo politique et économique. La politique de santé, le profil épidémiologique ainsi que les autres fondamentaux du système de santé y sont décrits.

La deuxième partie traite de la problématique des ressources humaines en santé. Elle renseigne que le personnel de santé au Sénégal, toutes catégories socio professionnelles, tous employeurs et tous statuts confondus, est estimé à quatorze mille quatre cent soixante trois (14 463) agents².

L'analyse situationnelle des effectifs et de leur structure laisse apparaître des disparités qui sont à l'origine d'un dysfonctionnement qui ne favorise pas l'équité dans l'offre de soins.

La répartition des RHS par catégorie socio professionnelle, par région et par sexe renseigne que plus de la moitié des personnels de santé exercent dans la région de Dakar qui abrite moins du quart de la population.

L'Etat du Sénégal reste le plus grand employeur avec :

- Fonction publique 48%
- Etablissements Publics de Santé (28%)
- Ministère de la Santé et de la Prévention (7%)

Le reste, soit 17%, est réparti entre le secteur privé, les collectivités locales, les comités de santé et les organisations non gouvernementales.

La répartition des RHS par catégorie socio professionnelle, par sexe et par région renseigne que le rapport de masculinité³ est assez équilibré au niveau national (1,14), mais présente des disparités régionales. C'est ainsi qu'au niveau des régions éloignées (Kédougou, Matam, Ziguinchor, Sédhiou), les hommes sont presque trois fois plus nombreux que les femmes. Ceci constitue un facteur bloquant pour l'offre de soins en gynéco obstétrique.

² MSP/DRH : Recensement des personnels de santé au Sénégal-Juin 2009

³ Cet indicateur exprime le rapport entre l'effectif des hommes et celui des femmes.

La répartition du personnel par âge et par sexe montre un vieillissement du personnel médical surtout spécialisé. Par contre, le personnel para médical est relativement jeune.

La pénurie des ressources humaines en santé qualifiées se fait surtout sentir dans les zones dites difficiles du fait des mauvaises conditions de vie et de travail.

La gestion des ressources humaines est assurée par plusieurs départements ministériels, occasionnant ainsi des difficultés récurrentes particulièrement dans le traitement des dossiers des agents.

L'informatisation de la gestion des ressources humaines en santé, le système d'archivage et le système d'information sanitaire sont encore embryonnaires.

Par ailleurs, des difficultés sont également notées dans le système de mobilité des ressources humaines en santé entraînant de ce fait de multiples problèmes sociaux.

La politique sociale en milieu de santé fait partie des missions essentielles de la Direction des Ressources humaines. Seulement, elle se trouve confrontée à des difficultés majeures du fait :

- d'une timidité de l'intervention sociale axée sur les personnels de santé ;
- d'une non harmonisation de l'intervention sociale axée sur le patient.

Ces questions trouveront des réponses dans l'adaptation des curricula de formation.

La production des ressources humaines en santé est assurée par soixante seize (76) institutions dont dix sept (17) dans le secteur public et cinquante neuf (59) dans le secteur privé.

La formation continue, quant à elle, est confrontée à des problèmes d'encadrement et de coordination.

Seulement, ces efforts de production ne sont pas toujours suivis d'une utilisation proportionnelle. C'est ainsi que, parmi les ressources humaines en santé produites entre 2006 et 2009, cinq cent cinquante neuf (559) médecins et trois mille cent cinquante cinq (3155) agents para médicaux (infirmiers, assistants infirmiers et sages

femmes) diplômés d'Etat sont toujours à la recherche de leur premier emploi, notamment dans la Fonction publique.

Pour satisfaire la demande en personnel jusqu' à 2018, il faudra six cent soixante treize (673) médecins spécialistes, deux cent quatre (204) médecins généralistes, mille cent soixante dix huit (1178) techniciens supérieurs en santé, dix mille trois cent trente sept (10 337) infirmiers et quatre mille sept cent quatre vingt et un (4781) sages femmes d'Etat. Ceci suppose un réel engagement.

La troisième partie traite des orientations stratégiques basées sur la vision à l'horizon 2018, d'un Sénégal où tous les services de santé sont dotés en personnels qualifiés et en nombre suffisant. Cette vision est traduite par l'objectif général du PNDRHS qui s'énonce comme suit :

Contribuer à la réalisation de l'accès universel à des services de santé par une bonne dotation en ressources humaines qualifiées sur toute l'étendue du territoire.

Les seize (16) axes stratégiques identifiés et développés autour de cette vision, constituent des instruments d'orientation en vue d'atteindre les objectifs fixés.

La quatrième partie traite du cadre de mise en œuvre qui constitue une base solide pour un système de santé adapté aux défis actuels et futurs.

Il s'agit notamment d'instaurer une gouvernance concertée, des instances de coordination adaptées, des mécanismes de suivi-évaluation fonctionnels et un cadre logique.

Le financement du plan stratégique est traité dans la cinquième partie qui renseigne que les besoins sont estimés à environ cent cinquante quatre milliards sept cent quatre vingt deux millions huit cent cinquante huit mille francs CFA (154 782 858 000 f CFA) sur une période de huit ans. Ce plan sera conjointement financé par l'Etat et ses partenaires.

La lecture du plan de financement laisse apparaître que, les rubriques liées aux salaires (traditionnellement supportés par l'Etat), s'élèvent à cent trente sept milliards cinq cent cinquante six millions cent vingt mille francs CFA (137 556 120 000 f CFA) soit 89% du budget. Dans le cadre du transfert de certaines

compétences de la santé aux collectivités locales, 6% de ce budget seront supportés par elles.

Une annualisation des prévisions budgétaires est présentée dans le plan de financement étalé sur les huit prochaines années.

LISTE DE TABLEAUX ET GRAPHIQUES

TABLEAU N° 01 : Répartition des personnels de santé par région et par catégorie socioprofessionnelle	14
GRAPHIQUE N° 01: Répartition des personnels de santé par CSP	16
TABLEAU N° 02: Répartition des personnels de soins par catégorie Socioprofessionnelle, par région et par sexe	17
GRAPHIQUE N° 2 : Répartition des personnels de soins par catégorie socioprofessionnelle, par région et par sexe	18
TABLEAU N° 03 : Répartition des RHS par région et par statut	18
GRAPHIQUE N° 03 : Répartition des RHS par région et par statut	19
TABLEAU N° 04 : Répartition des RHS par CSP et par tranche d'âge	20
GRAPHIQUE N° 04 : Répartition du personnel médical par CSP et par âge	20
GRAPHIQUE N° 05 : Répartition du personnel para médical par CSP et par âge..	21

TABLEAU N° 05 : Caractéristiques de valeur centrale de l'âge des personnels de soins	21
TABLEAU N° 06 : Vieillessement des personnels de soins et Simulation de relève	22
GRAPHIQUE N° 06 : Vieillessement des personnels de soins et Simulation de relève	23
GRAPHIQUE N° 07 : Pyramide des âges du personnel médical	24
GRAPHIQUE N° 08 : Pyramide des âges du personnel para médical	25
TABLEAU N° 07 : Répartition des types d'institution de formation	34
TABLEAU N° 08 : Nombre d'inscrits et nombre de sortants des écoles de formation professionnelle de 2006 à 2009	35
TABLEAU N° 09 : Répartition des médicaux et para médicaux non utilisés de 2006 à 2009	38
TABLEAU N° 10 : Besoins en personnels de soins par catégorie socioprofessionnelle et par région	40
TABLEAU N° 11 : Situation des RHS des structures privées, militaires et para militaires	43
TABLEAU N° 12 : Projection des besoins en RHS 2011-2018	46

ABREVIATIONS ET SIGLES

ANSD	:	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
CAFSP	:	Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat
CAS-PNDS	:	Cellule d'Appui et de Suivi du PNDS
CNS	:	Comptes Nationaux de la Santé
CPC	:	Consultation Primaire Curative
CPN	:	Consultation Pré Natale
CPoN	:	Consultation Post Natale
CRHS	:	Conseil sur les Ressources Humaines en Santé
CC	:	Comité de Coordination
CRC	:	Comité Restreint de Coordination
CCR	:	Cellule de Coordination Régionale
CSP	:	Catégorie Socio Professionnelle
CS	:	Centre de Santé

CSR	:	Centre de Santé de Référence
DM	:	Décès Maternel
DEM	:	Direction des Equipements Médicaux
DPM	:	Direction de la Prévention Médicale
DES	:	Direction des Etablissements de Santé
DRH	:	Direction des Ressources Humaines
DS	:	Direction de la Santé
DSRP	:	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DSR	:	Division Santé de la Reproduction
DSSP	:	Division des Soins de Santé Primaires
DTP 3	:	Diphtérie Tétanos Poliomyélite 3
ECD	:	Equipe Cadre District
ECR	:	Equipe Cadre Région
EDS	:	Enquête Démographique et de Santé
ENDSS	:	Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social
EPS	:	Etablissement Public de Santé
FAR	:	Femmes en Age de Reproduction
ISF	:	Indice Synthétique de Fécondité
IST	:	Infection Sexuellement Transmissible
JICA	:	Agence Japonaise pour la Coopération Internationale
MCD	:	Médecin Chef de District
MCR	:	Médecin Chef de Région
MII	:	Moustiquaire Imprégnée à l'Insecticide
MSP	:	Ministère de la Santé et de la Prévention
NV	:	Naissances vivantes
OMD	:	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
PDIS	:	Plan de Développement Intégré de la Santé
PEV	:	Programme Elargi de Vaccination
PF	:	Planification Familiale
PIB	:	Produit Intérieur Brut
PNDRHS	:	Plan National de Développement des Ressources Humaines en Santé
PNDS	:	Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	:	Programme National de Lutte contre le Paludisme

PS	:	Poste de Santé
PTME	:	Prévention de la Transmission Mère Enfant
RGPH	:	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RHS	:	Ressources humaines en Santé
SFE	:	Sage Femme d'Etat
SIDA	:	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SONU	:	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SNEIPS	:	Service National d'Education et d'Information pour la Santé
SNIS	:	Service National d'Information Sanitaire
SR	:	Santé de la Reproduction
TDR	:	Termes De Référence
UAEL	:	Union des Associations des Elus Locaux
UNFPA	:	Fonds des Nations Unies pour les Activités de Population
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	:	Agence des Nations Unies pour le Développement International
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

La dynamique démographique de l'Afrique de l'Ouest est génératrice de besoins supplémentaires en ressources humaines en santé, éléments fondamentaux pour améliorer l'offre et la qualité des soins de santé destinés aux populations.

Seulement, le système de gestion des ressources humaines dans la sous région fait face à certains facteurs bloquants avec comme conséquences un personnel de santé déficitaire, peu motivé, mal réparti et vieillissant, ce qui affecte négativement sa performance.

Les migrations internationales (fuite des cerveaux), la mobilité des personnels de la Fonction publique vers le secteur privé et les difficultés d'assurer la rétention des agents de santé qualifiés dans les zones déshéritées, viennent perturber la disponibilité des ressources humaines en santé.

C'est compte tenu de ces considérations, que l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) a exhorté l'ensemble des pays de la sous région CEDEAO à élaborer leur Plan stratégique pour le développement des ressources humaines en santé.

Ce faisant, l'OOAS suscite une approche communautaire dans l'élaboration des outils de mise en œuvre des plans stratégiques. C'est pourquoi, le PNDRHS du Sénégal s'inscrit dans les grandes orientations stratégiques de cette organisation sous régionale.

Le droit à la santé consacré par la Constitution du Sénégal⁴ exige, de la part de l'Etat, la mise en œuvre d'une politique volontariste qui permet à toutes les populations, où qu'elles se trouvent sur l'étendue du territoire national, de bénéficier de manière équitable, d'une couverture en soins de santé de qualité.

Le développement des ressources humaines occupe une place prépondérante dans la réalisation des politiques de santé⁵, lesquelles ont été longtemps inhibées par des programmes de correction de notre équilibre macro-économique (ajustement structurel, dévaluation de la monnaie CFA...).

Ces différentes mesures ont influé négativement sur la dimension sociale de la gestion du personnel entraînant ainsi un important déficit dans la couverture sanitaire du pays.

Le Plan National de Développement des Ressources Humaines en Santé (PNDRHS) 2011-2018, constitue un élément de mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018) dont les priorités majeures sont :

- la réduction de la mortalité maternelle ;
- la réduction de la mortalité infantile et juvénile ;
- la maîtrise de la fécondité.

L'efficacité du système de santé qui permettra d'atteindre ces objectifs repose sur une bonne qualité des prestations dont les facteurs déterminants sont:

- la qualité, la disponibilité et la performance des ressources humaines.
- une bonne couverture nationale en infrastructures sanitaires ;

⁴ L'article 8 de la Constitution sénégalaise du 22 janvier 2001 consacre le droit à la santé à l'ensemble de la population. Elle dispose en son article 17 que : « L'Etat et les collectivités publiques ont le devoir social de veiller à la santé physique, morale et mentale de la famille ».

⁵ Le gouvernement du Sénégal a adopté en 1989 un document de politique nationale de santé

- le relèvement et le maintien de la qualité du plateau technique ;
- la disponibilité et l'accessibilité des médicaments ;
- la lutte contre les principales maladies et les IST/SIDA;
- les prestations de services de l'action sociale.

De tous ces facteurs, le premier est de loin le plus déterminant. En effet, les ressources humaines sont difficilement comparables aux autres ressources mobilisées à qui elles apportent de la valeur ajoutée.

Les ressources humaines en santé sont multiples et variées. L'ensemble des corps de métiers qui travaillent à l'atteinte des objectifs assignés au système de santé sont pris en compte par les différents plans opérationnels qui vont accompagner la mise en œuvre du PNDRHS.

Une liste assez exhaustive est donnée en ANNEXE 4. Seulement, pour les besoins de l'étude, un accent particulier est mis sur les corps médicaux et para médicaux⁶.

La gestion des Ressources humaines a été, pendant longtemps, reléguée au second plan dans le système organisationnel du Ministère chargé de la Santé. La planification stratégique des ressources humaines a été sous la responsabilité de deux entités directionnelles différentes.

Cette situation a entraîné des difficultés d'adaptabilité entre la formation et l'emploi. Eu égard à ces considérations et, compte tenu des engagements pris par ailleurs au niveau de la sous-région et au niveau international, l'Etat du Sénégal doit nécessairement procéder en permanence à des réadaptations.

L'Etat, conscient de la nécessité d'impulser et d'orienter de manière efficiente la politique de santé, position réaffirmée lors des Assises nationales de la Santé, a décidé de mettre en place une dynamique organisationnelle en matière de Gestion des Ressources Humaines (GRH).

⁶ Les études sous régionales et internationales traitant de cette question se sont toujours limitées à l'examen de ces catégories socio professionnelles par soucis d'harmonisation et de comparaison.

Cette option s'est traduite par la création en 2003 d'une Direction des Ressources Humaines (DRH) suite à la réorganisation du Ministère de la Santé et de la Prévention⁷.

Sa mise en place constitue une opportunité permettant de développer des mécanismes fiables en vue :

- d'assurer une meilleure articulation des fonctions RH ;
- de mettre en place un système de GPEC;
- de relever le niveau de responsabilité des gestionnaires des RHS.

1^{ère} PARTIE : GENERALITES SUR LE SENEGAL

CHAPITRE 1 : ELEMENTS DE CONTEXTE

1.1. CONTEXTE HISTORIQUE ET GEO POLITIQUE

Le Sénégal, qui couvre une superficie de 196722 km², est un pays de l'Afrique de l'Ouest située dans la zone soudano sahélienne. Elle est limitée au Nord par la Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud par la Guinée et la Guinée Bissau. A l'Ouest, le Sénégal est ouvert sur l'Océan Atlantique avec 700 km de côte.

Le Sénégal est un pays plat dont l'altitude dépasse rarement 100 mètres hormis le mont Assirik qui se situe au sud-est du pays avec une altitude de 381 mètres. Le réseau hydrographique est constitué de quatre fleuves : le Sénégal, la Gambie, la

⁷ Décret N° 2003-466 du 24 Juin 2003 portant réorganisation du Ministère de la Santé et de la Prévention

Casamance, le Saloum et par des affluents auxquels s'ajoutent quelques cours d'eau temporaires.

Le climat est tropical et se caractérise par une longue saison sèche de novembre à juin et une saison humide de juillet à octobre. Celle-ci est plus longue au sud et à l'est du pays. A l'instar des autres pays du Sahel, le Sénégal connaît le phénomène de la désertification.

L'histoire du peuplement du Sénégal est très peu connue. Cependant, de nombreuses fouilles ont révélé une présence humaine très ancienne (environ 150 000 ans). Les premières traces écrites⁸ précisent que jusqu'à la conquête coloniale, l'histoire du Sénégal est marquée par une succession de royaumes.

Après la deuxième guerre mondiale, deux dates assez importantes sont à retenir :

- en 1946, le Sénégal devient territoire d'outre-mer et fait partie de la République au sein de l'Union française ;
- en 1956, l'Assemblée Constituante vote la loi-cadre, début du processus de l'indépendance qui fut proclamée le 04 avril 1960.

Du point de vue politique, le Sénégal est doté d'un régime de type présidentiel. Il compte 14 régions administratives subdivisées en 45 départements, 151 communes, 118 arrondissements et 363 communautés rurales.

La loi 96-06 du 22 mars 1996 sur la régionalisation a accordé des pouvoirs significatifs aux collectivités locales, en leur transférant des compétences, notamment dans le domaine de la santé.

1.2. SITUATION SOCIO DEMOGRAPHIQUE

Selon les projections issues du dernier Recensement général de la Population et de l'Habitat (RGPH 2002)⁹, la population du Sénégal est estimée en 2009 à près de 12 171 264 habitants soit une densité moyenne de 62 habitants au km², très inégalement répartie entre les régions.

⁸ Historien arabe El Bekri en 1068; les premiers contacts avec l'Europe datent de 1415.

⁹ Estimation de la population du Sénégal de 2005 à 2015 – Direction de la Prévision et de la Statistique (DPS).
Dakar - Janvier 2006.

La population urbaine est de 5 073 531 hts contre 7 097 733 hts en zone rurale. Le Sénégal a l'un des taux d'urbanisation les plus élevés d'Afrique noire (41,7%).

Le Sénégal a adopté sa politique de population en 1998. La stratégie utilisée est la maîtrise de la croissance démographique.

Il convient de noter que la population sénégalaise a plus que doublé en trente ans passant de 5 millions en 1975 à 8,5 millions en 1995 et plus de 12 millions en 2009. Cette expansion démographique est principalement due à l'accroissement naturel de la population (2,46 % en 2009)¹⁰.

Dakar qui occupe 0,3 % de la superficie abrite près de 21 % de cette population soit une densité de 4 613 hts/km², contre Kolda qui, avec 11 % de la superficie n'abrite que 5 % soit une densité de 28 hts/km².

Il convient également de souligner la particularité des villes de Guédiawaye et de Pikine dans la région de Dakar, et celle de Touba dans la région de Diourbel, qui sont plus peuplées que certaines régions.

En outre, la population sénégalaise se caractérise par sa jeunesse : en 2009, les personnes âgées de moins de 20 ans représentent 54,9 % et celles de plus de 65 ans 5,2 %.

A l'heure actuelle, le nombre de **femmes en âge de reproduction** (15-49 ans) est estimé à 2 907 583 et celui **des enfants de moins de 5 ans** à 1 755 800.

Les principaux groupes ethniques sont : les Wolofs (43%), les Poulars (24%), les Sérers (15%), les Diolas (5%) et les Mandingues (4%). La population du Sénégal est essentiellement musulmane (94%) ; on y trouve 4% de chrétiens et les autres religions représentent 2%.

1.3. SITUATION SOCIO ECONOMIQUE

A l'instar des pays africains et en dépit de la courte durée de la saison des pluies, l'économie sénégalaise est essentiellement basée sur l'agriculture (arachide, mil, riz,

¹⁰ Estimation de la population du Sénégal de 2005 à 2015 – Direction de la Prévision et de la Statistique (DPS).
Dakar - Janvier 2006.

maïs, coton, manioc, canne à sucre ...). L'explosion démographique, malgré l'apport considérable en bras, n'a pas pu apporter au secteur le développement attendu.

L'élevage, bien qu'important, a souffert lui aussi du cycle de sécheresse. La pêche, aussi bien artisanale qu'industrielle, connaît une forte expansion. Le secteur industriel joue un rôle non négligeable dans l'économie nationale. L'industrie touristique connaît des perturbations au Sud.

Afin de lever ces obstacles, le Sénégal a mis en œuvre des stratégies de croissance et de réduction de la pauvreté (DSRP 1 et 2) depuis 2001 avec un objectif de taux de croissance de 7 à 8% pour réduire de moitié la pauvreté en 2015.

D'importants résultats au plan économique et financier ont été enregistrés au cours de ces dernières années. La croissance économique réelle se situe en moyenne autour de 3,5% par an dans un contexte d'inflation.

Toutefois, l'économie reste vulnérable aux chocs exogènes. C'est ainsi que depuis 2006, l'économie a fait face tour à tour :

- à la hausse des prix du pétrole et des produits alimentaires ;
- aux effets de la crise financière internationale survenue en 2008.

C'est le lieu de noter que santé et développement sont étroitement liés : la santé est à la fois une conséquence et une condition du développement et de la réduction de la pauvreté. Dès lors, l'impact de l'état de santé sur le développement humain en général, sur la productivité du travail et sur la pauvreté en particulier, est une donnée importante dans la mesure de la performance d'une économie.

En effet, les maladies affectent sérieusement la production et les revenus des ménages. Ce n'est donc pas un hasard si, au niveau de l'axe stratégique N° 3 du DSRP, « Protection sociale, prévention et gestion des risques et catastrophes », il est demandé d'initier des mesures pour réduire les risques de basculement des travailleurs dans la pauvreté du fait de la maladie ou de la vieillesse¹¹.

¹¹ « Dans les pays en voie de développement, les gens tombent malades parce qu'ils sont pauvres, ils s'appauvrissent d'avantage parce qu'ils sont malades et voient leur état de mal empirer du fait de la misère accrue » (Sir Edwin, Médecin économiste).

CHAPITRE 2 : POLITIQUE ET PROFILS SANITAIRES

2.1. POLITIQUE DE SANTE

La Santé est un levier pour tout développement économique et social. C'est dans ce cadre que s'inscrit le Plan National de Développement Sanitaire (PNDSII : 2009-2018) qui sert de cadre de mise en œuvre de la politique du gouvernement du Sénégal en matière de santé.

L'évaluation du PDIS a permis de faire la situation sur les progrès réalisés et les nouveaux défis en relation avec la lutte contre la pauvreté, le contenu du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Le Sénégal s'est engagé, à l'instar des autres pays du continent, dans l'atteinte des OMD¹² d'ici à 2015. Cet engagement suppose une action soutenue de l'Etat et de ses partenaires en faveur de la santé.

Il doit se traduire par la mise en place d'un système de santé adéquat répondant aux besoins de plus en plus croissants des individus, des ménages et des communautés en matière de santé, et ce, dans un esprit d'équité et de justice sociale.

La deuxième phase du PNDS, dans un souci de consolider les acquis et de promouvoir la prévention, est surtout marquée par le renforcement de l'approche programme notamment par l'adoption du Cadre de Dépenses Sectoriels à Moyen Terme (CDSMT).

La politique nationale de santé met un accent particulier sur les groupes vulnérables. Dans ce cadre, le processus de réforme et de réorientation des interventions est poursuivi afin de rendre le système beaucoup plus performant et capable de produire des services de santé répondant aux attentes des populations.

Depuis 2005, le Ministère chargé de la santé fait partie des départements pilotes pour l'implantation des CDSMT. Le système de planification du secteur de la santé est articulé autour :

¹² Parmi les huit objectifs essentiels des OMD figurent la réduction de la mortalité maternelle et infantile, la maîtrise de la fécondité et la lutte contre le VIH/SIDA et les autres maladies.

- d'un plan stratégique décennal (PNDS) qui constitue le document d'orientation de la politique sanitaire,
- d'un plan triennal glissant (CDSMT) qui constitue le document de mise en œuvre du PNDS,
- d'un plan de travail annuel (PTA).

2.2. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE

Au Sénégal, le profil épidémiologique se caractérise par la prédominance de certaines affections dont le paludisme. Il occupe la première place pour les causes de morbidité et de mortalité malgré une baisse sensible au cours des dix dernières années.

En effet, le taux de morbidité est passé de 38% en 2001 à moins de 20% en 2008. Ceci a été possible grâce à l'élaboration et à la mise en œuvre, en 2001, d'un plan stratégique national de lutte contre le paludisme (PNLP) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec l'appui technique et financier des partenaires au développement.

Les autres affections les plus importantes sont les maladies respiratoires (12,3%) des cas de morbidité, les maladies diarrhéiques (7,9%), les maladies de la peau (7,5%), les maladies émergentes comme l'hypertension et l'hypotension artérielle (4,5%).

Dans la lutte contre le SIDA, le Sénégal est cité comme un pays de référence en Afrique. En effet, la séroprévalence au sein de la population générale est estimée à 0,7% par l'EDS IV (2005)¹³. Il convient de noter qu'il s'agit d'une maladie de type concentré ; la prévalence est élevée au niveau des cibles comme les professionnelles du sexe (23%).

Certaines cibles, du fait de leur mobilité et de leur vulnérabilité constituent des passerelles (camionneurs, pêcheurs, hommes en tenue, vendeuses ambulantes et élèves).

Dans le cadre de la lutte contre la Tuberculose, on note une lente évolution des indicateurs malgré les efforts consentis pour assurer la gratuité du traitement. Par

¹³ Le plan stratégique de lutte contre le SIDA 2007-2011 a pour objectif de maintenir la prévalence du VIH à moins de 2%.

ailleurs, nous assistons à un accroissement des cas multi résistants aux antituberculeux majeurs.

Au cours des trois dernières années du PNDS 1998-2007, une attention particulière a été accordée aux maladies non transmissibles surtout sur celles dont la prise en charge pose des problèmes en termes de coûts.

C'est ainsi qu'est née la notion de maladie chronique à soins coûteux (cancer, insuffisance rénale, maladies cardiovasculaires, diabète). Il importe alors de renforcer la surveillance épidémiologique surtout celle à base communautaire.

2.3. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE

Le système de santé du Sénégal est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux : central, stratégique et opérationnel.

Le niveau central regroupe, outre le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, des Directions et Services rattachés et les programmes verticaux.

Le niveau stratégique est représenté par la Région médicale dont l'aire d'intervention correspond à celle de la région administrative ; le Sénégal en compte quatorze (14).

Le niveau opérationnel est représenté par le District sanitaire qui comprend au minimum un Centre de santé polarisant un réseau de Postes de santé qui, à leur tour supervisent des cases de santé et des maternités rurales.

Ce niveau représente le premier point de contact des populations avec le système de soins. Il s'y applique la médecine dans ses aspects : préventif, curatif et promotionnel.

Le système de santé est animé par des hommes et des femmes dont la gestion relève de la compétence d'une Direction des Ressources humaines.

La Direction des Ressources Humaines comprend quatre divisions et un bureau :

- la Division de la Gestion du Personnel ;
- la Division de la Gestion Prévisionnelle des Personnels et des Emplois ;

- la Division de la Promotion et des Relations Sociales;
- la Division de la Formation;
- le Bureau de Gestion.

Sont rattachés à la Direction des Ressources Humaines :

- l'Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social (ENDSS) ;
- le Centre National de Formation des Techniciens en Maintenance Hospitalière de Diourbel (CNFTMH) ;
- les Centres Régionaux de Formation en Santé (CRFS).

2.4. OFFRE ET DEMANDE DE SERVICES DE SANTE

Au sommet, l'hôpital constitue la dernière référence avec les services spécialisés (spécialités chirurgicales et médicales) qui sont disponibles au niveau des EPS 3, tous implantés à Dakar sauf un dans la région de Diourbel. La médecine générale, la chirurgie générale et la césarienne sont disponibles au niveau des EPS 2 implantés au niveau des chefs lieux de région.

Le rôle important de l'hôpital en tant que structure de référence, a amené les pouvoirs publics à initier une réforme en 1998 afin d'améliorer la qualité des services hospitaliers.

A l'échelon stratégique et opérationnel, les soins de santé de base, y compris la maternité et les soins dentaires, sont disponibles au niveau des centres de santé et de quelques postes de santé. C'est également le lieu privilégié des activités préventives et promotionnelles.

Le Sénégal possède un système opérationnel de référence / contre référence matérialisé par une articulation depuis le poste de santé jusqu'à l'hôpital de niveau 3.

Le secteur privé n'est pas suffisamment impliqué dans le processus d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation des politiques et programmes de santé.

En outre, il a été démontré que la solution aux différents problèmes liés au financement de la santé passera, entre autres, par le développement du partenariat public-privé (PPP).

Par ailleurs, la médecine traditionnelle constitue une composante particulière de la santé et est l'une des priorités du PNDS. Elle mérite d'être valorisée.

La demande de soins ne suit pas toujours la disponibilité des structures sanitaires et ce, du fait de facteurs bloquants dont la nature varie entre les aspects socio culturels et les contraintes financières.

2.5. FINANCEMENT DE LA SANTE

Le système de santé, a pour finalité la production de soins de qualité en quantité suffisante et de façon équitable à l'ensemble de la population.

Le financement du secteur de la santé est estimé à 197 milliards pour 2010 dont 35 milliards par les populations, 4 milliards par les collectivités locales, 118 milliards par l'Etat et 40 milliards par les partenaires au développement.

2.6. SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE

Les organisations, publiques comme privées, dépendent des données : aujourd'hui, pour accroître leur rendement et à l'avenir, pour améliorer leur mode de planification. L'utilisation de données de mauvaise qualité se traduit par une perte de temps et d'argent mais aussi une perte de confiance de la part des partenaires.

Au Sénégal, le système d'information sanitaire à des fins de gestion (SIG) est en cours de construction. Dans le cadre du PNDS 1998-2007, l'informatisation du Système d'Information Sanitaire (SIS), initiée à travers le logiciel « Application Santé » n'a pas donné de résultats probants.

Des avancées notoires ont été constatées par la suite avec la standardisation des outils de gestion et l'harmonisation des procédures de collecte des données au niveau des districts sanitaires.

En 2004, le Service National de l'Information Sanitaire (SNIS) a été créé suite à l'éclatement de la Direction des Etudes, de la Recherche et de la Formation (DERF).

Rôles du SNIS

Il convient de noter que le SNIS n'est pas utilisateur des données mais est plutôt fournisseur de données aux directions, aux programmes et autres services du Ministère. A cet effet, il procède à :

- l'évaluation du système de santé par la fourniture des informations aux acteurs du système;
- la diffusion des informations à l'attention des populations à travers des points de presse avec les journalistes ;
- l'alimentation d'une bibliothèque pour appuyer les chercheurs.

Les principales réalisations du SNIS sont :

- la sortie régulière de l'annuaire statistique dont la qualité est améliorée;
- l'élaboration et la validation en 2008, de la Carte sanitaire¹⁴;
- le développement, depuis 2009, d'un logiciel dénommé SYSNIS à partir du rapport global de zone.

L'outil SYSNIS a permis la remontée des données depuis les districts où il est logé au niveau du centre de santé. Les postes de santé enregistrent leurs données sur les registres et élaborent un rapport mensuel qu'ils acheminent au niveau du centre de santé où se fait la saisie.

Pour assurer la sécurisation du logiciel, les précautions suivantes sont prises :

- trois personnes seulement travaillent sur les données (le médecin chef de district, le superviseur des soins de santé primaires et les points focaux des programmes) ;
- des niveaux d'accès avec mot de passe ont été installés ; après avoir saisi et envoyé les données au MCD, les opérateurs de saisie ne peuvent plus procéder à des modifications.

Difficultés rencontrées

Les principales difficultés que rencontre le SNIS sont :

- des problèmes d'ordre institutionnel et organisationnel ;

¹⁴ La carte sanitaire est fixée par le décret N° 2009-521 du 4 juin 2009.

- une non clarification des relations entre le SNIS, les programmes, les autres directions et services rattachés ;
- la gestion de la bibliothèque qui nécessite un spécialiste ;
- l'absence d'un plan stratégique ;
- le management des ressources humaines disponibles ;
- le manque de logistique.

2^{ème} PARTIE : PROBLEMATIQUE DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTE

Les ressources humaines constituent la pierre angulaire du système de santé au Sénégal. Pour cette raison, la nécessité de décrire la problématique des ressources humaines existantes est primordiale.

Ainsi, dans cette partie seront présentés : l'état des lieux des ressources humaines en santé, la description du système actuel de gestion, la politique sociale en milieu de santé, la production et l'utilisation des ressources humaines et l'analyse des besoins.

CHAPITRE 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE

L'analyse situationnelle comporte cinq aspects :

- L'effectif et la structure des ressources humaines en santé ;
- Les spécificités des zones difficiles ;
- La description du système actuel de gestion des ressources humaines ;
- La politique sociale en milieu de Santé ;
- La production et l'utilisation des ressources humaines.

1.1. EFFECTIF ET STRUCTURE DES RHS

Selon les résultats du recensement réalisé en juin 2009¹⁵ et de l'atelier de partage et de validation des données effectué en 2010, les ressources humaines, tous statuts et toutes catégories socioprofessionnelles confondues, sont estimées à environ quatorze mille quatre cent soixante trois agents (14 463).

Les médecins généralistes font 2,3%, les médecins spécialistes 4,7%, les TSS 5,9%, les infirmiers 19,3%, les SFE 6,4%, les pharmaciens 0,9%, les chirurgiens dentistes 1% et les autres catégories 59,5%.

L'analyse de la structure de ces ressources humaines a porté sur les variables suivantes : la catégorie socioprofessionnelle, la région, le statut, le type d'employeur, l'âge et le sexe.

TABLEAU N° 01: REPARTITION DES PERSONNELS DE SANTE PAR REGION ET PAR CSP

Région		DK	DL	FK	KF	KL	KG	KD	MT	LG	SL	SD	TC	TH	ZG	Total
Médecins généralistes	Nbre	129	30	5	2	28	3	8	8	18	26	3	14	41	20	335
	%	39	9	1	1	8	1	2	2	5	8	1	4	12	6	100
Médecins spécialistes	Nbre	476	24	5	2	18	5	7	6	16	21	1	8	71	21	681
	%	70	4	1	0	3	1	1	1	2	3	0	1	10	3	100
TSS	Nbre	445	64	18	10	38	7	21	18	37	37	8	32	85	30	850
	%	52	8	2	1	4	1	2	2	4	4	1	4	10	4	100
Infirmiers	Nbre	1121	161	101	61	163	37	81	72	112	167	39	153	343	178	2789

¹⁵ MSP/DRH Recensement des personnels de santé au Sénégal – Juin 2009.

	%	40	6	4	2	6	1	3	3	4	6	1	5	12	6	100
SFE	Nbre	418	64	29	13	45	7	18	16	45	43	13	34	145	40	930
	%	45	7	3	1	5	1	2	2	5	5	1	4	16	4	100
Pharmaciens	Nbre	90	8	2	0	3	0	2	3	4	5	0	3	6	4	130
	%	69	6	2	0	2	0	2	2	3	4	0	2	5	3	100
Chirurgiens dentistes	Nbre	63	6	3	2	6	1	4	2	7	9	1	6	22	7	139
	%	45	4	2	1	4	1	3	1	5	6	1	4	16	5	100
Autres	Nbre	4845	381	77	36	646	57	205	152	410	618	25	307	539	311	8609
	%	56	4	1	0	8	1	2	2	5	7	0	4	6	4	100
Total	Nbre	7587	738	240	126	947	117	346	277	649	926	90	557	1252	611	14463
	%	52	5	2	1	7	1	2	2	4	6	1	4	9	4	100

Source : MSP/DRH Recensement des personnels de santé au Sénégal – Juin 2009

La lecture du tableau n°1 fait constater que, pour un poids démographique de 22.48%¹⁶ de la population nationale, la région de Dakar dispose d'un peu plus de la moitié des personnels de santé (52.46%) toutes catégories confondues.

Elle est suivie de la région de Thiès qui, avec un poids démographique de 12.63 %, dispose de 13.22% des ressources humaines en santé. Les régions de Fatick, Kaffrine, Kédougou et Sédhiou, pour un poids démographique global de 14,68% de la population totale ne comptent que 376 agents, soit 6,6% du personnel de soins.

La distribution du personnel laisse apparaître des disparités plus aiguës au niveau des CSP. Ainsi, chez les médecins, Dakar et Thiès comptent à elles seules 71% des effectifs (Dakar 60% et Thiès 11%). Le reste , soit 29% est réparti entre les douze autres régions du Sénégal. Les régions de Fatick, Kaffrine, Kédougou et Sédhiou ne comptent que 2,6% du personnel médical.

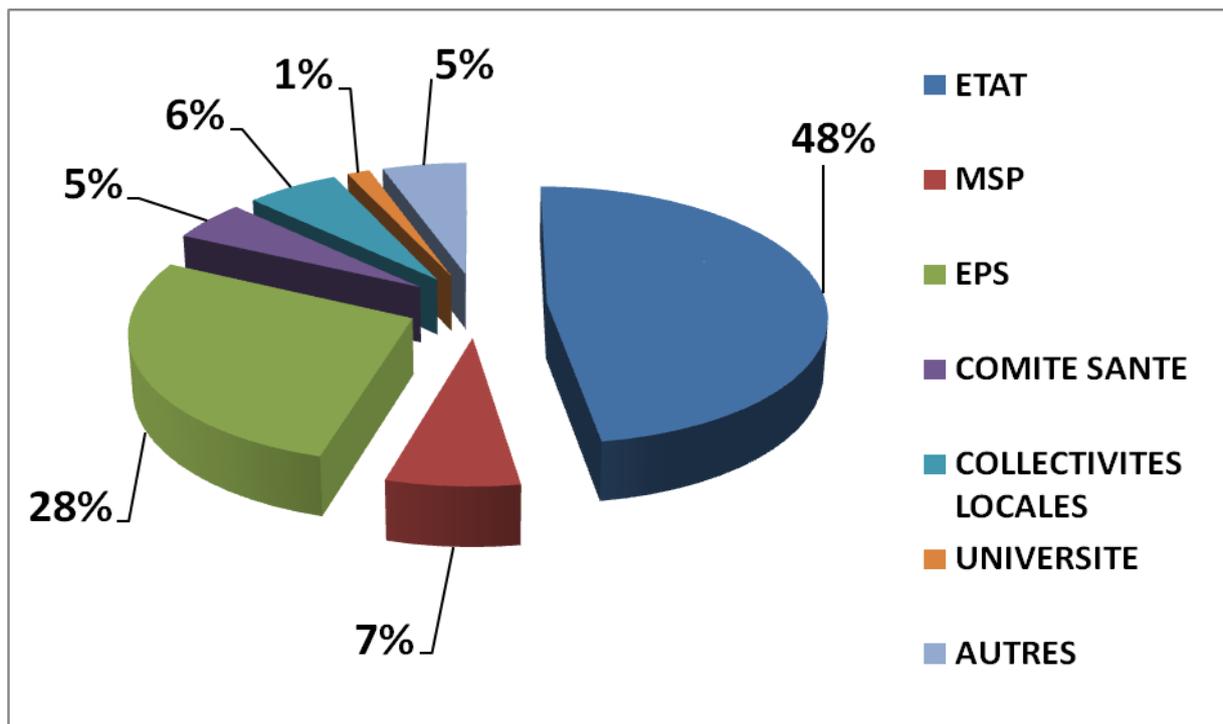
Concernant le personnel paramédical (Techniciens supérieurs en Santé, Infirmiers et Sages-femmes), Dakar compte 43,5% et Thiès 12,6% d'agents, soit 56,1% de ce personnel contre 43,9% pour les douze autres régions du Sénégal. Les régions de Fatick, Kaffrine, Kédougou et Sédhiou en comptent seulement 7,4%.

¹⁶ Estimation de la population du Sénégal de 2005 à 2015 – Direction de la Prévision et de la Statistique (DPS). Dakar Janvier 2006.

Cet important déséquilibre entre Dakar et les autres régions s'explique par le poids des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et des Etablissements Publics de Santé (EPS) de Dakar qui sont pour l'essentiel de niveau 3. En effet, dans ces structures de santé, le plateau technique est plus relevé que dans les autres formations sanitaires.

Il s'y ajoute les multiples opportunités liées à sa position de capitale nationale (structures scolaires disponibles, accès à l'information plus développé, possibilités accrues en matière de formation continue.)

GRAPHIQUE N° 01 : RÉPARTITION DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ PAR TYPE D'EMPLOYEUR



Source : MSP/DRH Recensement des personnels de santé au Sénégal – Juin 2009

L'Etat du Sénégal reste le principal employeur des ressources humaines en santé. En effet, plus de la moitié (54,45%) sont des agents de l'État (47.54% sont des agents de la Fonction Publique et les 6.91%, des contractuels du MSP). Après l'Etat, viennent les EPS qui contractualisent 27.65% des agents de santé.

La participation des collectivités locales dans le recrutement des ressources humaines reste encore très faible (6.01%). Elle est presque équivalente à celle des comités de santé.

Le reste des agents (5,42%) est employé par le secteur privé, les ONG et les autres partenaires.

La répartition du personnel par région, par CSP et par sexe laisse apparaître un équilibre du rapport de masculinité au niveau global avec une valeur de 1,14. Cependant, il y a des disparités régionales notamment au niveau des nouvelles créations et des zones dites difficiles. La prédominance masculine est très nette au niveau des catégories professionnelles spécialisées.

En effet, plus des trois quarts (78.60%) des médecins spécialistes de sexe féminin, exercent à Dakar au détriment de Kédougou, Kolda, Matam, Sédhiou et Kaffrine, où aucune spécialiste n'exerce.

C'est ainsi qu' à Dakar et à Thiès, il y a un peu plus de femmes que d'hommes¹⁷. Par contre, au niveau des régions de Ziguinchor, Kaffrine, Kédougou et Matam il y a deux fois plus d'agents de sexe masculin que féminin¹⁸.

Ce déficit de femmes au niveau de ces régions d'accès difficile constitue un obstacle pour la santé du couple mère enfant surtout du fait des contraintes socio culturelles.

TABLEAU N° 02 : REPARTITION DES PERSONNELS DE SOINS PAR REGION, CSP ET PAR SEXE

Région	Médecin		TSS		Infirmier		Sage Femme		Chirurgien Dentiste		TOTAL		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	T
Dakar	404	201	283	162	552	569	0	418	29	34	1268	1384	2652
Diourbel	47	7	48	16	107	54	0	64	5	1	207	142	349

¹⁷ Les rapports de masculinité sont de 0,92 à Dakar et 0,81 à Thiès.

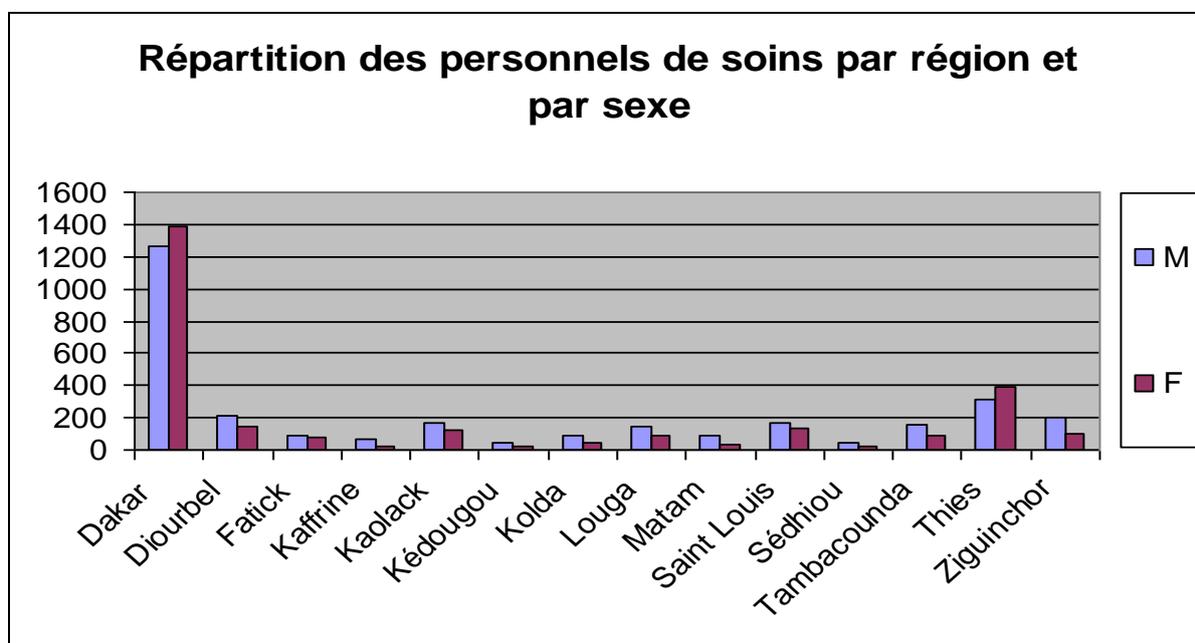
¹⁸ Les rapports de masculinité varient de 2,08 à Ziguinchor à 3,36 à Matam.

Fatick	7	3	15	3	61	40	0	29	1	2	84	77	161
Kafrine	4	0	8	2	51	10	0	13	1	1	64	26	90
Kaolack	35	11	32	6	101	62	0	45	3	3	171	127	298
Kédougou	8	0	5	2	29	8	0	7	1	0	43	17	60
Kolda	15	0	20	1	50	31	0	18	4	0	89	50	139
Louga	28	6	28	9	85	27	0	45	6	1	147	88	235
Matam	14	0	18	0	60	12	0	16	2	0	94	28	122
Saint Louis	41	6	26	11	98	69	0	43	1	8	166	137	303
Sédhiou	4	0	7	1	31	8	0	13	1	0	43	22	65
Tambacounda	21	1	29	3	105	48	0	34	6	0	161	86	247
Thies	79	33	55	30	168	175	0	145	15	7	317	390	707
Ziguinchor	37	4	22	8	136	42	0	40	5	2	200	96	296
Total	744	272	596	254	1634	1155	0	930	80	59	3054	2670	5724
GRAND TOTAL		1016	850	2789	930	139					5724		

Source : MSP/DRH Recensement des personnels de santé au Sénégal – Juin 2009

Il ressort du tableau, que les médecins font 17,7% du personnel de soins contre 14,9% pour les TSS, 48,7% pour les infirmiers, 16,2% pour les SFE et 2,4% pour les chirurgiens dentistes.

GRAPHIQUE N° 02 : REPARTITION DES PERSONNELS DE SOINS PAR REGION ET PAR SEXE



Source : MSP/DRH Recensement des personnels de santé au Sénégal – Juin 2009.

M : Masculin

F : Féminin

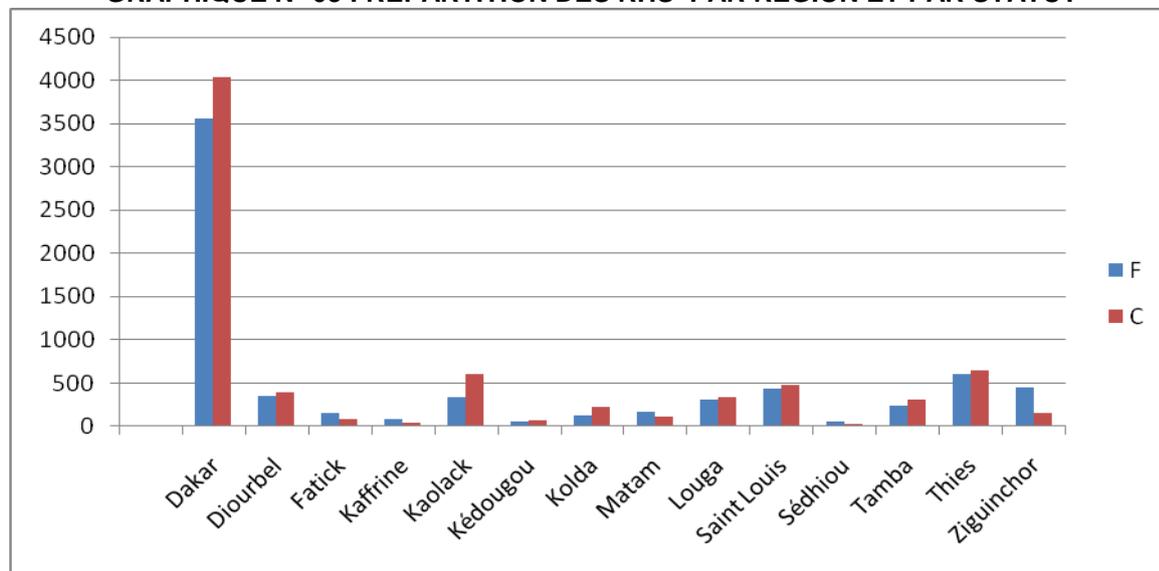
TABLEAU N° 03 : REPARTITION DES RHS PAR REGION ET PAR STATUT

REGIONS	MEDECINS	TSS	INFIRMIERS	SFE	PHARM A	CHIRUR GIENS	AUTRES	TOTAL
---------	----------	-----	------------	-----	---------	--------------	--------	-------

	Généralistes		Spécialistes								CIENS		DENTISTES						T
	F	C	F	C	F	C	F	C	F	C	F	C	F	C	F	C	F	C	
Dakar	84	45	375	101	309	136	536	585	339	79	58	32	44	19	1809	30	35	40	758
Diour Bel	17	13	13	11	53	11	112	49	40	24	5	3	4	2	101	28	34	39	738
Fatick	4	1	5		17	1	65	36	15	14	2	0	3	0	50	27	16	79	240
Kaffrine	2	0	2	0	10	0	37	24	6	7	0	0	2	0	22	14	81	45	126
Kaolack	15	13	9	9	33	5	112	51	24	21	2	1	4	2	141	50	34	60	947
Kédou Gou	2	1	3	2	6	1	17	20	3	4	0	0	1	0	19	38	51	66	117
Kolda	2	6	4	3	16	5	48	33	9	9	2	0	3	1	41	16	12	22	346
Matam	7	1	6	0	17	1	51	21	11	5	2	1	2	0	69	83	16	11	277
Louga	13	5	7	9	31	6	89	23	27	18	2	2	7	0	136	27	31	33	649
Saint Louis	16	10	10	11	31	6	126	41	27	16	5	0	6	3	220	39	44	48	926
Sédhiou	2	1	1	0	8	0	23	16	9	4	0	0	1	0	16	9	60	30	90
Tamba Counda	9	5	6	2	29	3	105	48	24	10	3	0	5	1	61	24	24	31	557
Thies	27	14	52	19	56	29	168	175	19	126	2	4	16	6	269	27	60	64	125
Ziguin Chor	19	1	18	3	22	8	136	42	35	5	1	3	5	2	249	62	48	12	611
Total	219	116	511	170	638	212	1625	1164	588	342	84	46	103	36	3203	54	69	74	144
G. TOTAL	335		681		850		2789		930		130		139		8609		14463		

Source : MSP/DRH Recensement des personnels de santé au Sénégal – Juin 2009

GRAPHIQUE N° 03 : REPARTITION DES RHS PAR REGION ET PAR STATUT



Source : MSP/DRH Recensement des personnels de santé au Sénégal – Juin 2009

F : fonctionnaire

C : contractuel

La répartition par statut et par CSP informe que 52% des ressources humaines en santé sont des contractuels et 72% des contractuels ne sont pas des personnels de

soins. Ils se retrouvent dans la catégorie « Autres personnels » composés de personnels administratifs, sociaux, de soutien et d'hygiène.

Parmi les contractuels, toutes catégories socioprofessionnelles confondues, 40.33% exercent à Dakar.

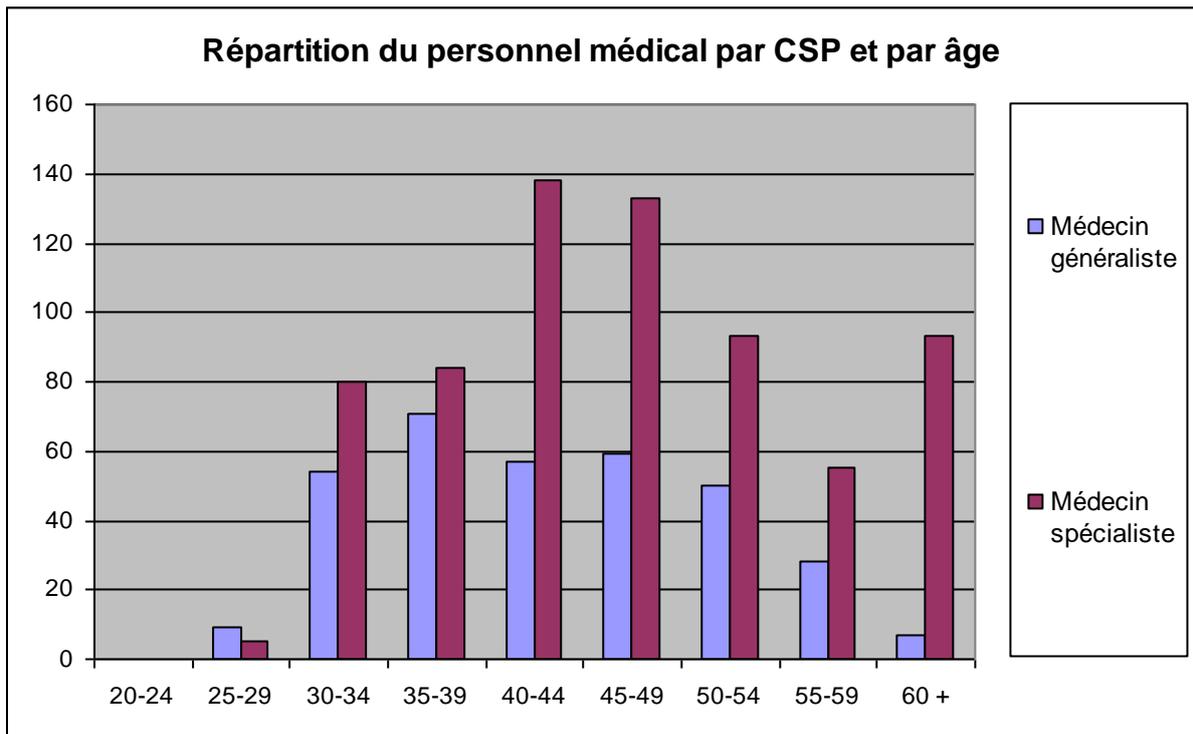
Les régions de l'intérieur du pays abritant plus d'EPS ont cependant plus de contractuels. Il s'agit notamment des régions de Kaolack, de Thiès, de Saint-Louis et de Diourbel.

TABLEAU N° 04 : RÉPARTITION DES RHS PAR CSP ET PAR TRANCHE D'ÂGE

CSP	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60 +	TOTAL
Médecins généraliste	0	9	54	71	57	59	50	28	7	335
Médecins spécialistes	0	5	80	84	138	133	93	55	93	681
TSS	0	39	117	152	161	157	110	98	16	850
Pharmaciens	0	1	26	26	33	20	12	9	3	130
Chirurgiens dentistes	0	2	18	30	45	27	11	4	2	139
Infirmiers	61	287	539	414	359	380	384	296	69	2789
SFE	8	99	174	126	136	154	138	75	20	930
Autres	132	747	1233	1399	1330	1492	1395	754	127	8609
TOTAL	201	1189	2241	2302	2259	2422	2193	1319	337	14463
%	1.39	8.22	15.5	15.9	15.6	16.7	15.2	9.12	2.33	100

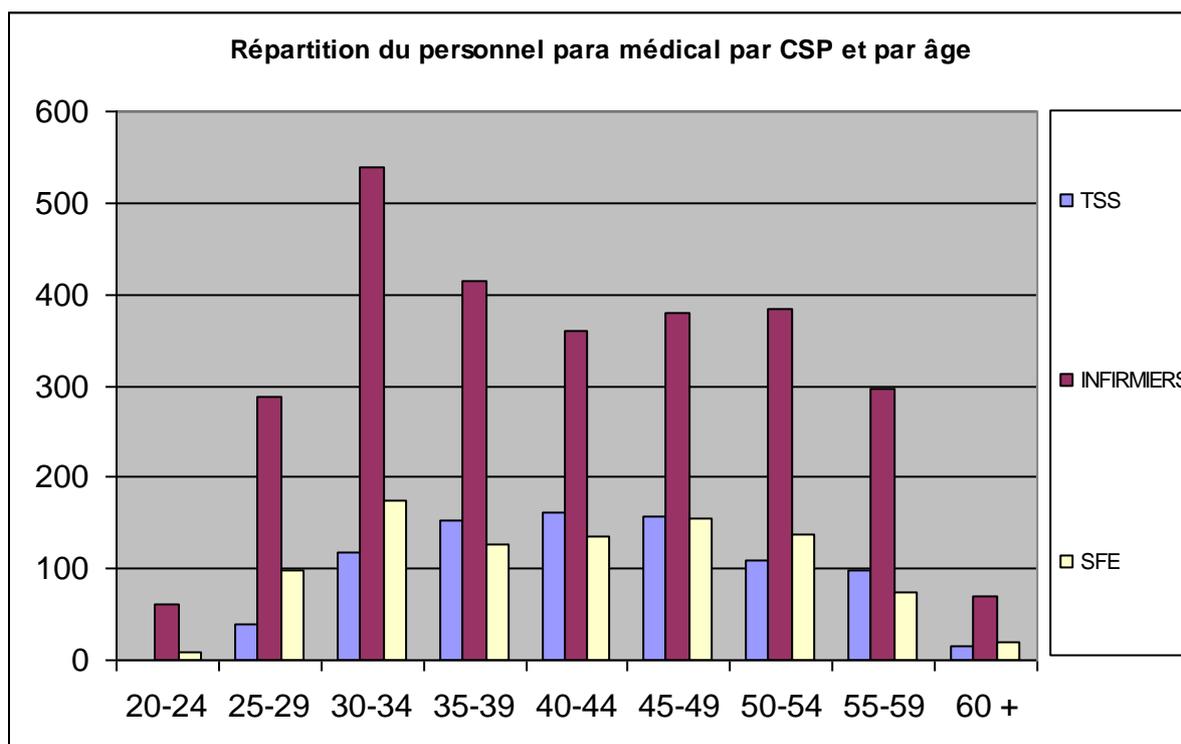
Source : MSP/DRH Recensement des personnels de santé au Sénégal – Juin 2009

GRAPHIQUE N° 04 : REPARTITION DU PERSONNEL MEDICAL PAR CSP ET PAR AGE



Source : MSP/DRH Recensement des personnels de santé au Sénégal – Juin 2009

GRAPHIQUE N° 05 : REPARTITION DU PERSONNEL PARA MEDICAL PAR CSP ET PAR AGE



Source : MSP/DRH Recensement des personnels de santé au Sénégal – Juin 2009

L'analyse des deux tableaux et graphiques permet de dégager des caractéristiques de valeur centrale concernant l'âge des personnels de soins.

TABLEAU N° 05 : CARACTERISTIQUES DE VALEUR CENTRALE¹⁹ DE L'AGE DES PERSONNELS DE SOINS PAR CSP

CATEGORIES SOCIO PROFESSIONNELLES	AGE MOYEN	AGE MEDIAN	AGE MODAL
Niveau global	42,33 ans	39,5 ans	45-49 ans
Médecins généralistes	43 ans	39,5 ans	35-39 ans
Médecins spécialistes	46,5 ans	44,5 ans	40-44 ans 45-49 ans
TSS	43,33 ans	39,5 ans	40-44 ans
Infirmiers	41,5 ans	39,5 ans	30-34 ans
SFE	41,67 ans	39,5 ans	30-34 ans

Source : MSP/DRH Recensement des personnels de santé au Sénégal – Juin 2009

Il ressort de ce tableau que le personnel médical est plus âgé que le personnel para médical. Les effectifs les plus importants se retrouvent aux alentours de 40 ans pour le personnel médical et entre 30 et 34 ans pour les infirmiers et les SFE. Pour les médecins spécialistes, il est de type bimodal (40-44 ans et 45-49 ans).

¹⁹ L'âge médian exprime l'âge atteint par la moitié des effectifs tandis que l'âge modal exprime l'âge où se retrouvent les effectifs maximum ; l'âge moyen par contre, exprime la moyenne des âges cumulés aux effectifs.

L'âge moyen des infirmiers et des sages femmes est d'environ 41 ans et demi. Ces CSP sont donc relativement plus jeunes que les TSS et les médecins, surtout les médecins spécialistes dont l'âge moyen est d'environ 46 ans et demi. Pour ces derniers, l'âge modal se trouve aux alentours de 45 ans contrairement aux infirmiers et SFE où il est de 32 ans. Concernant l'âge médian, la moitié des médecins généralistes est âgée de 39,5 ans contre 44,5 ans pour les médecins spécialistes.

Ces tableaux révèlent également que:

- les médecins commencent leur carrière professionnelle entre 30 et 34 ans ou plus, tandis que les paramédicaux le font entre 20 et 24 ans ;
- dans les 5 ans à venir, 9.12% des agents de santé en cours d'emploi, toutes catégories socioprofessionnelles confondues, iront à la retraite. Les agents de santé les plus concernés par ces départs à la retraite sont les infirmiers (22.44%) et les médecins spécialistes (7.05%).

Par ailleurs, il faut noter que le pourcentage des personnels âgés de 60 ans et plus (2.33%) est constitué entre autres d'agents admis à la retraite installés à leur propre compte.

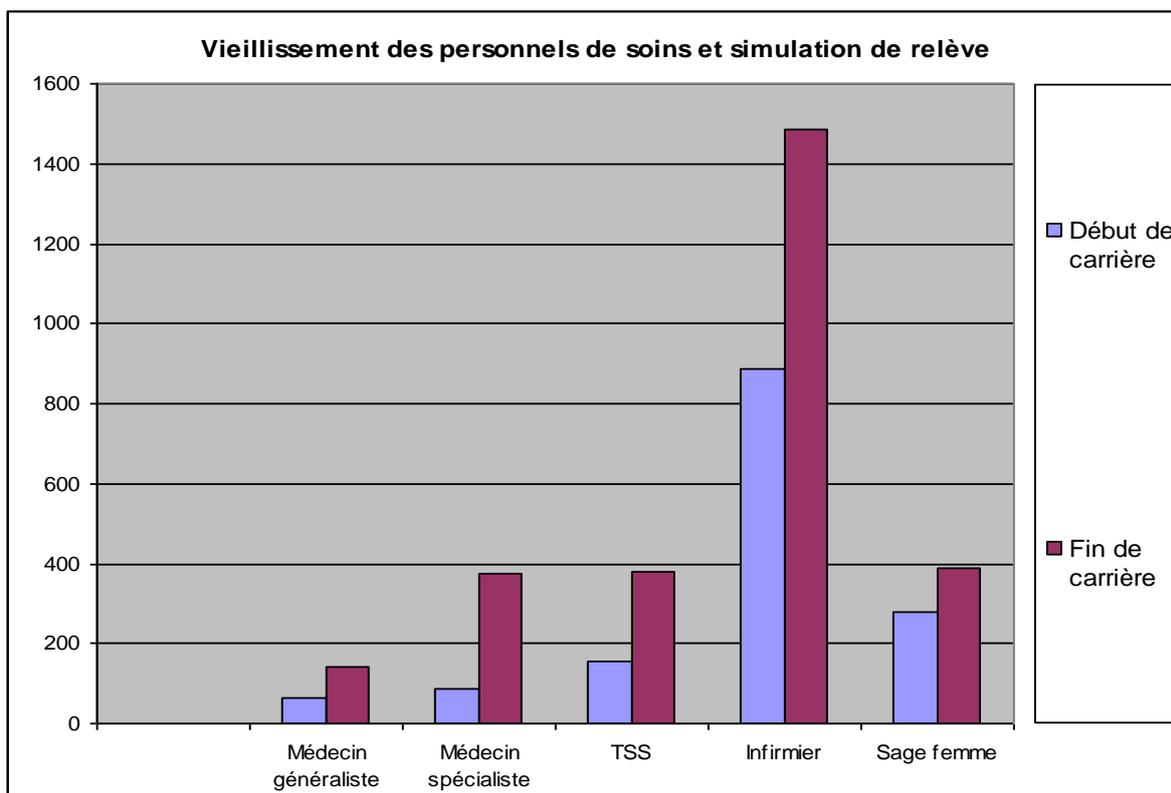
TABLEAU N° 06 : VIEILLISSEMENT DES PERSONNELS DE SOINS ET SIMULATION DE RELEVÉ

CSP	Début de carrière ²⁰		Fin de carrière		Rapport fin carrière/début	Simulation de relève
	Effectifs	%	Effectifs	%		
Médecins généralistes	63	19%	144	43%	2,3 fois	très lente
Médecins spécialistes	85	12%	374	55%	4,5 fois	Extrêmement difficile
TSS	156	18%	381	45%	2,5 fois	très lente
Infirmiers	887	32%	1488	40%	1,2 fois	Correcte
Sages femmes	281	30%	387	42%	1,4 fois	assez correcte
TOTAL	1472	26%	2774	50%	1,9 fois	très lente

Source : MSP/DRH Recensement des personnels de santé au Sénégal – Juin 2009

²⁰ Le personnel médical démarre leur carrière à l'âge de 30-35 ans, et le personnel paramédical à 20-25 ans

GRAPHIQUE N° 06 : VIEILLISSEMENT DES PERSONNELS DE SOINS ET SIMULATION DE RELEVÉ

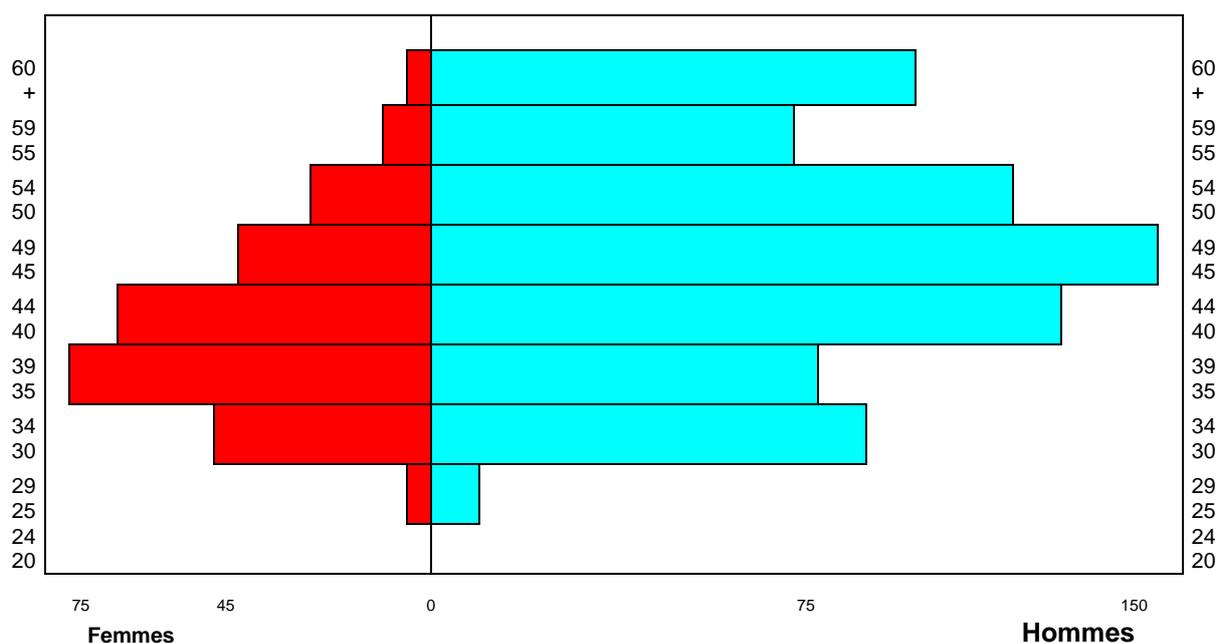


Source : MSP/DRH Recensement des personnels de santé au Sénégal – Juin 2009

La proportion de personnel de soins « **en fin de carrière** » est relativement très importante. Celle-ci est plus importante chez les médecins spécialistes (55%) et chez les Techniciens supérieurs de santé (45%).

Néanmoins, près du tiers des personnels paramédicaux sont en début de carrière, 32% pour les infirmiers et 30% pour les sages femmes. La relève sera certes aisée pour ces catégories paramédicales, mais sera extrêmement difficile pour les médecins spécialistes.

GRAPHIQUE N° 07 : PYRAMIDE DES AGES DU PERSONNEL MEDICAL

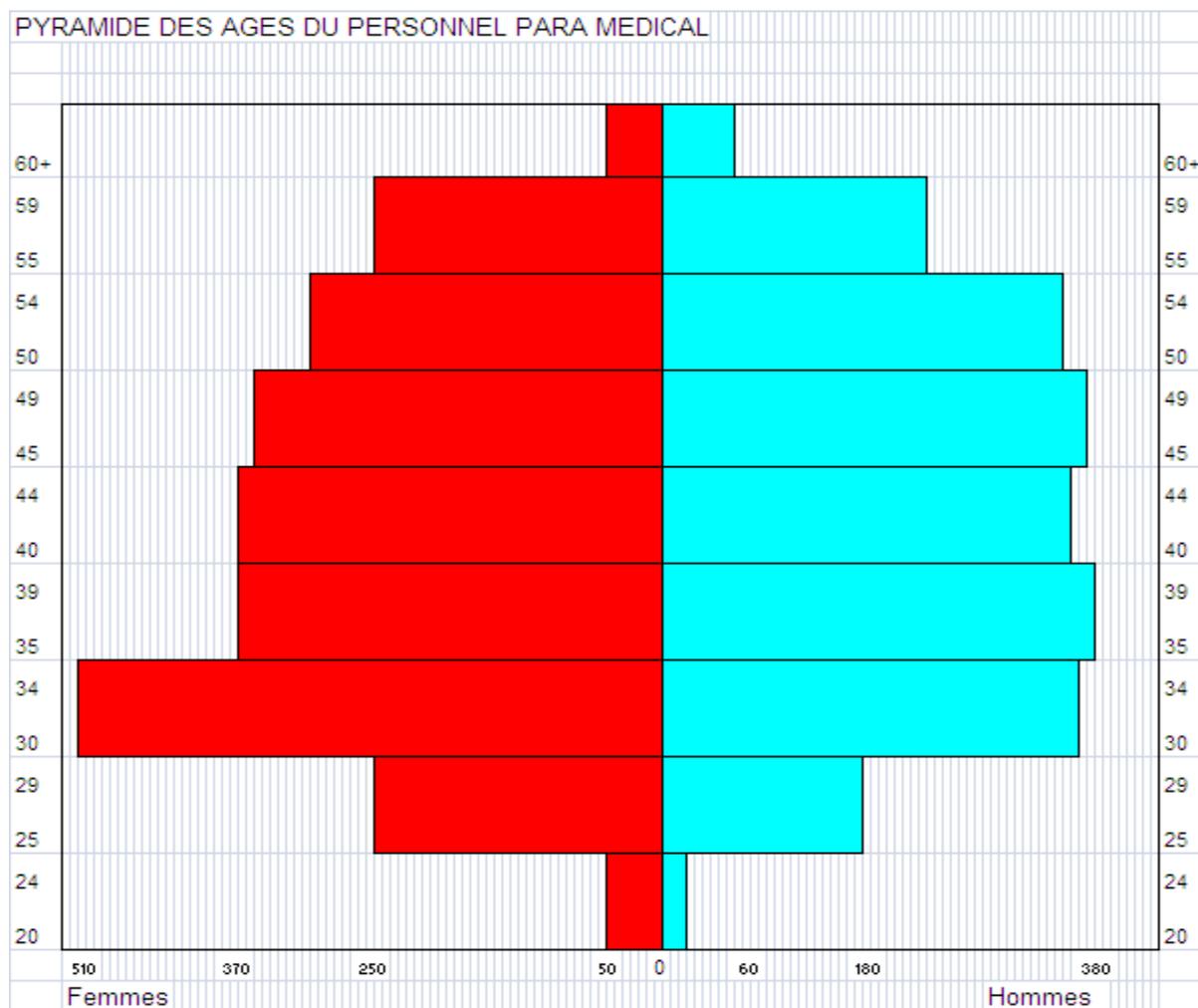


Légende : Femmes Hommes

La forme ovale excentrée de la partie gauche de la pyramide permet de noter que les femmes médecins sont généralement âgées de 35 à 45 ans. Cette situation semble être due à l'intérêt récent des femmes pour les spécialisations. Cette tendance devrait être encouragée et orientée vers l'obstétrique et la gynécologie, particulièrement en présence des difficultés culturelles qui risquent de bloquer l'atteinte des OMD 4 et 5.

La partie droite de la pyramide présente une forme rectangulaire expliquant une certaine régularité dans la distribution par âge. On remarque que les effectifs les plus importants se retrouvent entre 40 et 54 ans et à partir de 60 ans et plus. L'orientation ancienne des hommes dans la profession médicale pourrait expliquer cette propension à la spécialisation.

GRAPHIQUE N° 08 : PYRAMIDE DES AGES DU PERSONNEL PARAMEDICAL



Femme

Homme

La pyramide des âges du personnel para médical présente une forme rectangulaire globalement sur les deux sexes excepté une excroissance des femmes entre 30 et 34 ans. Contrairement au personnel médical, la pyramide se rétrécit aux âges élevés démontrant qu'il s'agit de catégories socioprofessionnelles relativement jeunes.

1.2. SPECIFICITES DANS LES ZONES DIFFICILES

Aujourd'hui, l'indicateur réel pour évaluer la richesse d'une nation n'est plus sa disponibilité financière, mais plutôt sa capacité à mobiliser des ressources humaines efficaces, susceptibles d'assumer les responsabilités et tâches qui leur sont dévolues.

Cependant le système de santé fait face à une crise sans précédent des ressources humaines tant du point de vue qualitatif que quantitatif dans les zones difficiles. Cette situation est due aux insuffisances des mécanismes de rétention des personnels, aux conditions de travail difficiles et à l'absence de leur valorisation.

Une zone difficile se définit comme étant une aire géographique où existent de fortes contraintes de travail pouvant être, pour l'agent de santé, d'ordres géographique, sécuritaire, technique et susceptibles d'entraver son épanouissement professionnel, personnel ou familial.(Atelier de Tamba : mars 2010 de la commission sur les zones difficiles

La rétention des ressources humaines dans les zones dites difficiles comme Tambacounda, Kédougou, Sédhiou, Kolda, Ziguinchor, Matam et les villages insulaires des districts de Foundiougne et de Sokone, est une problématique au Sénégal.

De fortes disparités dans la répartition des ressources humaines en santé sont notées. Dakar, avec un poids démographique de 20.48% concentre plus de la moitié du personnel (médecins 60%, SFE, 44.90%, Infirmiers 40.5%, TSS 52.70%, Chirurgiens dentistes 45.70%).

Les régions périphériques, éloignées et d'accès difficile comme Matam, Kédougou ne totalisent que 10.23% des médecins et 13.73% des sages femmes. Toutefois, ces disparités sont la partie visible de l'iceberg, car même à l'intérieur de ces régions, des disparités plus aiguës sont souvent observées.

Ces inégalités interrégionales sont mises en évidence par le tableau de la répartition des ressources humaines en santé par région et par CSP (Tableau n° 01). Sur ce tableau, les disparités régionales sont plus marquées chez les médecins et les SFE.

Les régions de Kolda, Sédhiou et Kédougou enregistrent souvent les taux les plus élevés de mortalité maternelle et infantile. Elles ont aussi, les taux de couverture en CPN3 et les taux d'accouchement assisté les plus faibles du pays, faute de personnels qualifiés.

Ces régions sont non seulement éloignées, mais d'accès très difficile tant du point de vue de l'état des routes que des moyens de transport.

A ce jour, plusieurs mécanismes de rétention (contractualisation, incitations financières etc...) ont été initiés pour motiver le personnel qualifié dans ces régions. Toutefois, aucun d'entre eux n'a pu permettre de retenir les agents qualifiés dans ces régions. Dès lors, il convient de chercher les raisons.

Dans l'étude sur les zones difficiles, le sentiment d'isolement exacerbé par l'insuffisance du plateau technique, les problèmes liés au logement, à la scolarisation des enfants, au rapprochement conjugal ou au regroupement familial, sont les principaux motifs évoqués.

Ces facteurs, surtout familiaux sont très déterminants dans le manque de motivation du personnel de santé à rester dans les zones dites difficiles. En effet, les possibilités de scolarisation des enfants étant limitées dans ces régions, les personnels de santé affectés s'abstiennent d'y amener leur famille.

En outre, cette situation entraîne des dépenses supplémentaires et un fort taux d'absentéisme. Il s'y ajoute les difficultés d'intégration dans la communauté liées très souvent au barrage linguistique.

Pour la motivation non financière, voir annexe 1.

1.3. SYSTEME ACTUEL DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

1.3.1. ORGANISATION ET MISSIONS DE LA DRH

La Direction des Ressources Humaines a pour mission de veiller à une bonne coordination dans le recrutement et la gestion des personnels de santé par l'Etat, les collectivités locales, les établissements publics de santé et les comités de santé.

Elle assure une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et élabore un plan de formation à l'attention de ses agents.

Elle est chargée de la réglementation et du contrôle des établissements publics et privés de formation professionnelle en santé.

Elle met en place des politiques de promotion et de dialogue social en rapport avec les partenaires sociaux.

1.3.2. ADMINISTRATION DES RHS DANS LE SECTEUR PUBLIC

La gestion des ressources humaines de l'administration publique est confiée à la fois à la Direction des Ressources humaines du Ministère de la Santé, à la Direction générale de la Fonction publique du Ministère de la Fonction publique et de l'Emploi et à la Direction de la Solde des Rentes et Dettes viagères du Ministère chargé des Finances.

La gestion des ressources humaines en santé est assurée par plusieurs départements ministériels, occasionnant des difficultés récurrentes dans le traitement des dossiers des agents.

Des difficultés sont également notées dans le système de mobilité des ressources humaines en santé.

On peut citer entre autres :

- l'absence d'un guide de la mobilité géographique adopté par l'ensemble des acteurs;
- la non prise en charge de la spécificité des zones dites difficiles.

La gestion du personnel contractuel du Ministère de la Santé et de la Prévention nécessite également une attention particulière. Ce personnel régi par le Code du travail, vit dans des conditions de travail précaires.

Il est lié à son employeur par un contrat de travail à durée déterminée qui ne garantit pas un emploi durable et aucune promesse de plan de carrière ne lui est offerte.

Dès lors, il n'est pas motivé pour accomplir les tâches qui lui est confié et est candidat à toute opportunité de migration.

1.4. INTERVENTION SOCIALE DANS LE SECTEUR DE LA SANTE

Une croissance économique durable, équilibrée et utile, orientée vers la recherche du bien être des populations, ne peut être envisagée qu'à travers une démarche globale de prise en charge intégrée de la dimension santé.

Dans cette optique, les Travailleurs sociaux doivent identifier le moyen de venir en aide aux patients et personnel de santé en difficulté.

Les activités qui sont menées par les services sociaux logés dans les Etablissements Publics de Santé (EPS) et les districts sanitaires, relèvent certes de l'intervention sociale, mais ne couvrent pas toujours les attentes des personnels de santé et des usagers. En effet, le rôle des services sociaux est difficile à cerner d'une structure à une autre, faute d'une définition claire de leurs missions.

Par ailleurs, la période antérieure à l'an 2000, a été marquée par une crise assez profonde des ressources humaines de la santé du fait de plusieurs facteurs dont la faiblesse des effectifs en personnel qualifié, une faible motivation du personnel en matière de salaire et un environnement de travail inadéquat.

Les conséquences immédiates ont été entre autres la fermeture de postes de santé et d'unités de soins dans les centres de santé surtout en zone rurale et le développement d'un cycle de tensions sociales avec l'émergence de syndicats qui réclament toujours de meilleures conditions de travail.

1.4.1. INTERVENTION SOCIALE AXEE SUR LE PATIENT

L'objet de l'intervention sociale en milieu de santé est d'assurer la socialité²¹ à travers les fonctions dévolues au service social et qui sont l'évaluation/diagnostic, le traitement, la prévention, l'enseignement, la recherche et la gestion.

L'analyse de la situation actuelle de l'intervention sociale révèle l'existence d'un écart entre ce qui est attendu et ce qui est pratiqué.

En effet, au niveau de l'hôpital, les fonctions de prévention et de gestion sont surtout mises en œuvre par les intervenants, au détriment de l'évaluation diagnostic.

Les intervenants sociaux des régions médicales et des districts utilisent les mêmes fonctions (prévention, gestion et recherche).

Le centre de santé étant un niveau opérationnel, on devrait y retrouver l'application de toutes les fonctions du service social en milieu de santé. Ce qui est loin d'être le cas à cause de l'ignorance des fonctions de bases du service social.

De nos jours, les mutations sociales qui s'opèrent dans nos pays et l'émergence des nouvelles problématiques (PVVIH, pédophilie, délinquance, maladies à soins coûteux, etc.) doivent amener les travailleurs sociaux à réactualiser leurs interventions.

A cet effet, les travailleurs sociaux devront davantage centrer leur intervention sur le client suivant une approche psychosociale pour contribuer à la réduction du temps de séjour à l'hôpital et éviter aussi les récidives.

1.4.2. INTERVENTION SOCIALE AXEE SUR LE PERSONNEL DE SANTE

Les tâches du travailleur social sont nombreuses et complexes, s'il est tenu compte des situations psychosociales auxquelles la profession se confronte régulièrement.

En effet, l'acte professionnel du travailleur social dans une structure de santé, en s'orientant essentiellement sur le patient communément désigné sous l'appellation de cas social, doit aussi s'intéresser au groupe au sein duquel il évolue.

²¹ Il s'agit de l'équilibre dynamique dans les rapports entre les personnes et leur environnement immédiat

De ce fait, son approche est globalisante et entre dans le cadre de ce qu'on appelle actuellement l'Intervention Sociale d'Intérêt Collectif (ISIC), au sens où il doit toujours veiller sur l'environnement de travail afin d'améliorer le rendement du personnel.

Très souvent, le personnel de santé traverse des difficultés sur le plan professionnel, personnel et/ou familial.

D'une manière générale, les risques professionnels sont liés aux mauvaises conditions de travail. Les accidents dus à l'exposition au sang, aux hépatites, au VIH/SIDA constituent aujourd'hui une préoccupation majeure dans le secteur sanitaire. Cependant, il n'y a pas de statistiques fiables les concernant.

Plusieurs conséquences sont liées à ces risques et maladies professionnels. Ce sont entre autres, le taux élevé d'absentéisme, les handicaps professionnels et les décès. Concernant la réhabilitation des victimes des risques professionnels, des textes législatifs et réglementaires existent; leur méconnaissance entraîne leur non application.

Cependant cette gestion diffère selon qu'il s'agisse du personnel régi par la loi n° 61-33 du 15 juin 1961 portant statut général des fonctionnaires et celui régi par le décret 74-347 du 12 avril 1974 portant régime spécial applicable aux agents non fonctionnaires de l'Etat ou le personnel régi par le Code du Travail.

Les travailleurs employés dans le secteur des soins de santé doivent gérer une vaste gamme d'activités et d'environnements qui représentent une menace pour leur santé et les exposent à des maladies et des accidents professionnels.

Il convient d'informer les agents de santé sur ces risques professionnels et sur des méthodes efficaces pour les évaluer, les éliminer ou du moins les minimiser.

De nombreux milieux dans lesquels le personnel des soins de santé fait son travail et la multiplicité des tâches qu'il réalise peuvent représenter de nombreux dangers.

La nature de leur travail, qu'il s'agisse de soins de base pour les personnes handicapées physiques ou mentales, de la manipulation des patients ou de services de nettoyage, implique que la santé et la sécurité soient une priorité absolue dans ce secteur.

Les risques auxquels doivent faire face les travailleurs des soins de santé sont notamment:

- les risques biologiques tels que les infections causées par les blessures dues aux seringues (les accidents d'exposition au sang);
- les risques chimiques, notamment les médicaments utilisés pour le traitement du cancer et les désinfectants;
- les risques physiques tels que les radiations ionisantes;
- les risques ergonomiques, tels que la manipulation des patients ou les mauvaises postures;
- les risques psychosociaux, notamment la violence et le travail en équipe ;
- les risques liés à la sécurité des agents exerçant dans les zones de guerre.

Concernant la réhabilitation des victimes des risques professionnels, des textes législatifs et réglementaires existent; leur méconnaissance entraîne leur non application.

Cependant cette gestion diffère selon qu'il s'agisse du personnel régi par la loi n° 61-33 du 15 juin 1961 portant statut général des fonctionnaires et celui régi par le décret 74-347 du 12 avril 1974 portant régime spécial applicable aux agents non fonctionnaires de l'Etat ou le personnel régi par le Code du Travail.

Par ailleurs, les agents de santé et les partenaires sociaux, individuellement ou de façon collective, sont souvent en conflit avec l'autorité ; ce qui pose avec acuité l'impératif de développer un dialogue social à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

1.4.3. LE DIALOGUE SOCIAL

Le monde du travail vit une crise économique multiforme du fait de la conjoncture internationale qui accentue la pauvreté. Cette situation peut être le foyer de tensions sociales, éléments perturbateurs à l'amélioration de la qualité du service public.

Au Sénégal, pouvoirs publics et partenaires sociaux se sont toujours préoccupés du maintien du climat social apaisé dans les entreprises et autres lieux de travail, notamment dans les secteurs à forte demande sociale tels que la santé.

Le Ministère de la Santé et de la Prévention (MSP), conscient des conséquences de pareils mouvements d'humeur, a très tôt instauré un dialogue social pour garantir un environnement propice au développement des activités productives et à la satisfaction des besoins essentiels des populations en matière de santé.

C'est sous cet éclairage que les pouvoirs publics et les partenaires sociaux ont décidé d'élaborer un espace d'échanges dans le respect de l'autonomie de chacun.

Ce processus fécond a connu son aboutissement avec la signature de la Charte nationale sur le Dialogue social et la création d'une structure tripartite dénommée Comité national du Dialogue social (CNDS), convention signée le 22 novembre 2002.

Dans le cadre de la promotion du dialogue social, le MSP, par le biais de la DRH, a entamé depuis 2007, un processus de renforcement des capacités des principaux acteurs.

En outre, dans l'optique de la mise place du Comité de branche, le projet de règlement intérieur dudit comité a été validé par l'ensemble des acteurs (le Ministre de la santé et ses collaborateurs, le CNDS et les partenaires sociaux).

1.5. PRODUCTION ET UTILISATION DES RESSOURCES HUMAINES

1.5.1. PRODUCTION DES RESSOURCES HUMAINES

La production des RHS concerne principalement la formation initiale :

- les institutions de formation professionnelle paramédicale;
- les instituts universitaires.

Le Sénégal compte soixante seize institutions (76) de formation classées en sept (7) types et concernent deux niveaux à savoir :

- le niveau de formation professionnelle qui cible les agents paramédicaux (infirmiers, sages-femmes, agents d'hygiène, techniciens de laboratoire de

prothèse dentaires (TLPD), préparateurs en pharmacie, assistants et aides sociaux) ;

- le niveau de formation professionnelle universitaire qui forme les médecins, les pharmaciens et les chirurgiens dentistes.

Tableau n° 07 : Répartition des types d'institutions de formation par secteur

Types d'institutions de formation	Secteur		Total
	Public	Privé	
Faculté de médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie	2	2	4
Université de Bambey (santé communautaire)	1	0	1
Écoles d'infirmiers, de sages-femmes et d'assistants infirmiers ²²	8	56	64
École nationale des techniciens de maintenance hospitalière	1	0	1
Instituts universitaires	5	1	6
Total	17	59	76

Source : MSP/DRH/DF – Octobre 2010

La formation initiale des paramédicaux était assurée exclusivement par les écoles nationales des infirmiers d'État et des sages-femmes d'État de Dakar, des agents sanitaires de Saint-Louis, de l'école d'assainissement de Khombole et de l'École Nationale des Assistants et Educateurs spécialisés.

L'ENDSS a été créée en 1992²³. Cette école regroupe 16 filières de formation d'études initiales, sociales et spécialisées.

L'ENDSS a été la seule école nationale de formation des agents de santé dits « paramédicaux » jusqu'à la création de sept centres régionaux de formation en santé (CRFS), et de l'émergence des écoles privées.

Devant les exigences de qualité en matière de santé et un souci d'harmonisation au niveau de la sous région, le niveau de recrutement dans les écoles de formation d'infirmiers et de sages-femmes a été relevé au baccalauréat en 2009.

²² La formation a été décentralisée dans sept CRFS

²³ L'ENDSS a été créée par le décret n° 92.1400 du 7 octobre 1992 abrogé et remplacé par le décret 96.634 du 18 juillet 1996

TABLEAU n° 08 : NOMBRE D'INSCRITS ET NOMBRE DE SORTANTS DES ECOLES DE FORMATION PROFESSIONNELLE DE 2006 A 2009

Catégories de personnels	Nombre annuel d'inscrits					Nombre annuel de sortants				
	2006	2007	2008	2009	Total	2006	2007	2008	2009	Total
Médecins	2416	2714	3057	3099	11286	168	133	115	143	559
Infirmiers	143	170	350	686	1349	96	151	274	468	989
Sages-femmes	224	234	465	778	1701	174	130	291	455	1050
Total	2783	3118	3872	4563	14336	438	414	680	1066	2598

Source : MSP/DRH/DF – Octobre 2010

Il faut reconnaître que la formation initiale professionnelle pose un certain nombre de problèmes auxquels il y a lieu de faire face. Avec la création de nombreuses institutions d'enseignement privé, les conditions de formation doivent être améliorées pour garantir la qualité de l'enseignement.

L'insuffisance et/ou l'inadéquation des locaux (salles de classe et de travaux pratiques) ont été constatées dans la plupart de ces écoles. Le déficit et parfois le niveau de qualification du personnel enseignant engendrent des problèmes relatifs à l'efficacité du suivi et de l'encadrement des élèves.

Avec le relèvement du niveau de recrutement pour la formation des infirmiers et des sages femmes, des réaménagements statutaires pour le corps des techniciens Supérieurs en santé sont nécessaires. Il faut envisager le recrutement d'enseignants et d'encadreurs pour une formation de qualité.

Il convient également de relever l'insuffisance du matériel pédagogique au niveau de certaines écoles de formation. Ces différents constats nécessitent une meilleure organisation de la formation initiale professionnelle des personnels paramédicaux.

La formation initiale du personnel médical a été, jusqu'à une période récente (2005), assurée de façon exclusive par la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar.

L'augmentation du nombre d'étudiants à l'UCAD a eu comme corollaire la non maîtrise des flux, rendant les stages hospitaliers assez difficiles du fait de la faiblesse du nombre de terrains de stages. Pour pallier cette situation, les régions de Thiès et de Saint-Louis ont été dotées d'Unités de Formation et de Recherche (UFR) en sciences de la santé.

Par ailleurs, l'absence de Centre Hospitalier Universitaire Régional (CHUR) constitue un facteur bloquant dans la formation continue des médecins dans les régions.

A ce niveau, il faut souligner des insuffisances dans la collaboration entre le Ministère de la Santé utilisateur et la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS) qui assure la formation.

En effet, malgré une demande continue de la FMPOS, le plan de formation élaboré par le MSP et couvrant la période 1998-2002, n'a ni été évalué ni réactualisé.

1.5.2. UTILISATION DES RESSOURCES HUMAINES

Le **recrutement** de ressources humaines se fait à plusieurs niveaux.

L'Etat : par l'intermédiaire du Ministère chargé de la Fonction publique, du Ministère chargé de la Santé et du Ministère des Forces armées, l'Etat acquiert les ressources humaines en santé. L'appel à candidature et la sélection constituent le mode de recrutement adopté par la fonction publique. Le personnel est ensuite mis à la disposition du Ministère de la Santé pour leur utilisation.

Pour le compte de l'État, le Ministère de la Santé recrute un personnel régi par le Code du travail donc lié à l'administration par un contrat de travail. Cette contractualisation obéissait à une politique de couverture en ressources humaines des zones dites difficiles.

Les établissements publics de santé (EPS) : le conseil d'administration des établissements publics de santé réserve une part importante du budget au recrutement de ressources humaines en santé.

Les comités de santé : ils mettent à la disposition des centres de santé, des postes de santé et des maternités, des ressources humaines.

Les collectivités locales : elles recrutent des ressources humaines qui sont mises à la disposition des structures de santé de leurs localités.

Les structures de santé privées: (cabinets, cliniques, ONG, organismes internationaux.....) : elles sont autonomes en matière de recrutement de personnel régi par le code du Travail.

Il y a lieu de préciser que les modalités de recrutement des ressources humaines en santé ne répondent pas toujours aux besoins de couverture en santé des populations. En effet, les comités de santé, les établissements publics de santé, et les collectivités locales recrutent surtout du personnel de soutien au détriment de véritables professionnels de santé.

Il convient de constater que les efforts de production de ressources humaines ne sont pas toujours suivis de recrutements. C'est ainsi qu'une bonne partie du personnel formé est à la recherche de leur premier emploi.

TABLEAU N° 09 : REPARTITION DES MEDICAUX ET PARA MEDICAUX NON UTILISES DE 2006 A 2009

Filières	2006	2007	2008	2009	Total
Médecins	168	133	115	143	559
Infirmier d'Etat	96	151	274	468	989
Sage-femme	174	130	291	455	1050
Assistant infirmier	242	185	303	386	1116

SOURCE : MSP/DRH/DF – Octobre 2010

La **formation continue** est organisée à différents niveaux :

La formation continue diplômante:

- Les spécialités médicales offertes au niveau de l'université sont sanctionnées par des diplômes d'études spécialisées (DES).
- Les spécialités offertes par le CESAG sont sanctionnées par des DESS, des Masters et des Licences.

- Les spécialités paramédicales sont assurées par l'ENDSS *et les CRFS* qui ne prennent pas en charge la formation universitaire de 2e et de 3e cycle des infirmiers et des sages-femmes, disponible uniquement à l'étranger.

Des problèmes d'organisation et de gestion sont notés dans la formation diplômante. En effet, les besoins nationaux ne sont ni définis ni quantifiés. Cette situation est due à l'absence d'un plan national de formation.

Le renforcement des compétences du personnel :

Il est organisé sous forme de séminaires et de stages de perfectionnement de courte durée aussi bien au Sénégal qu'à l'étranger. De nombreuses insuffisances sont notées dans ce type de formation :

- l'absence de coordination et d'harmonisation entre les différentes directions du département et les programmes de santé ;
- le manque de transparence sur le choix des candidats ;
- marginalisation de certaines CSP ;
- l'insuffisance des ressources allouées à la formation continue ;
- le dysfonctionnement administratif dans la gestion de la ligne budgétaire destinée aux séminaires et stages ;
- l'absence de suivi et d'évaluation de la formation.

CHAPITRE 2 : ANALYSE DES BESOINS EN RHS

2.1. SITUATION DES BESOINS EN 2008

La littérature internationale de la GRHS compte plusieurs modèles d'estimation des besoins basés, pour certains, sur les ratios Personnel de santé/Populations ou sur les besoins des populations et pour d'autres, sur l'utilisation (la demande de soins de santé) ou les tâches à accomplir traduites en charge de travail²⁴.

Chacun de ces modèles permet de répondre à un certain besoin de planification et présente des avantages et des inconvénients. Autrement dit, il n'existe pas encore un modèle universel de normes en ressources humaines dans le secteur de la santé. Chaque utilisateur est tenu de faire un effort d'adaptation du modèle qui réponde le mieux à ses préoccupations.

Au Sénégal, l'estimation des écarts et partant des besoins actuels sur les RHS, s'est faite à partir de la méthode basée sur les formations sanitaires à laquelle on a intégré d'autres variables du contexte.

La carte sanitaire, fixée par le décret 2009-521 du 4 juin 2009, a mis en place des normes en ressources humaines pour chaque catégorie de structure sanitaire, les régions médicales et les districts. Par la suite, des normes en ressources humaines ont été élaborées pour chaque type de structure. Élaborée par le Service national de l'Information sanitaire (SNIS), elle couvre la période 2009-2013.

Il s'agit de normes composites qui ont été construites en tenant compte des variables démographiques, de la densité des populations, des variables géo stratégiques, de la situation en zone urbaine ou rurale, de l'incidence de la pauvreté etc.

²⁴ WHO – 2004 ; Nyioni - 2006

Pour les besoins de l'étude, des normes régionales ont été utilisées, malgré certaines difficultés inhérentes à la construction des indicateurs composites²⁵.

La norme régionale en ressources humaines a été estimée par la somme des normes des structures sanitaires relevant du public et des équipes-cadres que compte la région.

TABLEAU n° 10 : BESOINS EN PERSONNEL DE SOINS PAR RÉGION ET PAR CSP

REGIONS	CSP	ETAT DES LIEUX	NORMES RH CARTE SANITAIRE	ECART	RECOMMAN DATIONS
DAKAR	Médecins généralistes	120	39	81	à redéployer
	Médecins spécialistes	378	390	-12	à recruter
	TSS	313	200	113	à redéployer
	Infirmiers	643	886	-243	à recruter
	SFE	390	282	108	à redéployer
DIOURBEL	Médecins généralistes	29	19	10	à redéployer
	Médecins spécialistes	23	77	-54	à recruter
	TSS	64	68	-4	à recruter
	Infirmiers	156	328	-172	à recruter
	SFE	61	131	-70	à recruter
FATICK	Médecins généralistes	5	14	-9	à recruter
	Médecins spécialistes	5	3	2	à redéployer
	TSS	18	39	-21	à recruter
	Infirmiers	89	211	-122	à recruter
	SFE	29	111	-82	à recruter
KAFRINE	Médecins généralistes	2	8	-6	à recruter
	Médecins spécialistes	2	2	0	RAS
	TSS	10	22	-12	à recruter
	Infirmiers	59	113	-54	à recruter
	SFE	13	60	-47	à recruter
KAOLACK	Médecins généralistes	14	12	2	à redéployer
	Médecins spécialistes	13	13	0	RAS
	TSS	38	52	-14	à recruter
	Infirmiers	129	216	-87	à recruter
	SFE	39	103	-64	à recruter
KEDOUGOU	Médecins généralistes	2	7	-5	à recruter
	Médecins spécialistes	2	1	1	à redéployer
	TSS	5	15	-10	à recruter
	Infirmiers	27	55	-28	à recruter
	SFE	6	30	-24	à recruter
KOLDA	Médecins généralistes	5	10	-5	à recruter
	Médecins spécialistes	7	11	-4	à recruter
	TSS	18	33	-15	à recruter

²⁵ La méthodologie de détermination des normes régionales est bien explicitée dans le rapport de synthèse sur les effectifs.

	Infirmiers	75	139	-64	à recruter
	SFE	18	63	-45	à recruter
LOUGA	Médecins généralistes	14	14	0	RAS
	Médecins spécialistes	12	13	-1	à recruter
	TSS	37	47	-10	à recruter
	Infirmiers	103	229	-126	à recruter
	SFE	45	110	-65	à recruter
MATAM	Médecins généralistes	8	10	-2	à recruter
	Médecins spécialistes	6	6	0	RAS
	TSS	18	27	-9	à recruter
	Infirmiers	72	177	-105	à recruter
	SFE	16	91	-75	à recruter
SAINT-LOUIS	Médecins généralistes	18	14	4	à redéployer
	Médecins spécialistes	19	15	4	à redéployer
	TSS	36	45	-9	à recruter
	Infirmiers	143	270	-127	à recruter
	SFE	41	130	-89	à recruter
SEDHIOU	Médecins généralistes	3	6	-3	à recruter
	Médecins spécialistes	1	1	0	RAS
	TSS	8	15	-7	à recruter
	Infirmiers	36	89	-53	à recruter
	SFE	13	47	-34	à recruter
TAMBA COUNDA	Médecins généralistes	9	18	-9	à recruter
	Médecins spécialistes	6	13	-7	à recruter
	TSS	31	56	-25	à recruter
	Infirmiers	119	223	-104	à recruter
	SFE	32	108	-76	à recruter
THIES	Médecins généralistes	19	22	-3	à recruter
	Médecins spécialistes	42	14	28	à redéployer
	TSS	65	69	-4	à recruter
	Infirmiers	252	374	-122	à recruter
	SFE	129	185	-56	à recruter
ZIGUIN CHOR	Médecins généralistes	10	14	-4	à recruter
	Médecins spécialistes	21	14	7	à redéployer
	TSS	30	49	-19	à recruter
	Infirmiers	133	274	-141	à recruter
	SFE	40	133	-93	à recruter
TOTAL SENEGAL	Médecins généralistes	258	207	49	à redéployer
	Médecins	537	573	-36	à recruter

	spécialistes²⁶				
	TSS	691	737	-46	à recruter
	Infirmiers	2036	3584	-1548	à recruter
	SFE	872	1584	-712	à recruter

Source : Recensement des personnels de santé au Sénégal – MSP/DRH – Juin 2009

Il ressort du tableau n° 10, traitant des besoins en personnel par région et par CSP, que Dakar présente un surplus de 81 médecins généralistes, 113 TSS et 108 SFE qu'il convient de redéployer pour respecter les normes de la carte sanitaire. Le déficit de 12 médecins spécialistes impose un recrutement imminent face à la concentration des CHNU dans la capitale et le déplacement des malades vers Dakar.

Cependant, la catégorie des médecins spécialistes doit être analysée avec précaution. En effet, plus de 100 parmi eux ont une spécialisation en santé publique et non en soins spécifiques.

La catégorie Infirmier est déficitaire sur l'ensemble du territoire ainsi que la catégorie SFE sauf à Dakar. Il faut donc envisager avec célérité le recrutement d'infirmiers et de SFE suivant un plan étalé sur huit ans.

TABLEAU N° 11 : SITUATION DES RHS DES STRUCTURES PRIVEES, MILITAIRES ET PARA MILITAIRES²⁷

REGIONS	Médecin		TSS	Infirmier	SFE	Pharmacien	Chirurgien dentiste	Autres personnels	TOTAL
	généraliste	spécialiste							
Dakar	9	98	132	478	28	8	9	741	1503
Diourbel	1	1	0	5	3	0	0	13	23
Fatick	0	0	0	12	0	0	0	2	14
Kaffrine	0	0	0	2	0	0	0	10	12
Kaolack	14	5	0	34	6	0	3	88	150
Kédougou	1	3	2	10	1	0	0	36	53
Kolda	3	0	3	6	0	0	1	18	31
Louga	4	4	0	9	0	0	0	4	21
Matam	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saint-Louis	8	2	1	24	4	0	3	14	56

²⁶ Pour les médecins spécialistes et les TSS, l'étude complémentaire peut être consultée dans les éléments de mise œuvre du Plan.

²⁷ La carte sanitaire ne tient pas compte de ces ressources dans le calcul des normes

Sédhiou	0	0	0	3	0	0	0	1	4
Tambacounda	5	2	1	34	2	0	1	18	63
Thiès	22	29	20	91	16	1	9	124	312
Ziguinchor	10	0	0	45	0	29	2	15	101
TOTAL	77	144	159	753	60	38	28	1084	2343

Source : Recensement des personnels de santé au Sénégal – MSP/DRH – Juin 2009

L'analyse du tableau n° 11 laisse apparaître un besoin de recrutement de 36 médecins spécialistes, 46 TSS, 712 SFE et 1548 infirmiers.

Ce déficit est réduit si l'on prend en compte l'apport du secteur privé et des structures militaires et para militaires pour le personnel médical. Par contre, le déficit en infirmiers va certes baisser, mais sera toujours de 795 agents tandis que le besoin de SFE va descendre à 652 agents. C'est dire que le recrutement de ces catégories socioprofessionnelles est très urgent surtout face au défi des OMD.

2.2. PROJECTION DES BESOINS EN RHS 2011-2018

La projection des besoins en ressources humaines a pris en compte trois éléments :

- la couverture du déficit actuel;
- le remplacement des agents qui doivent partir à la retraite;
- la dotation en personnel suite aux nouvelles implantations prévues par la carte sanitaire.

Pour mieux cerner la réalité, il faut prendre en compte les déperditions qui se traduisent par :

- les migrations internationales du personnel qualifié;
- les migrations internes du personnel du secteur public vers le secteur privé;
- les migrations au sein du secteur public du MSP vers d'autres ministères.

Ces sorties définitives sont difficiles à maîtriser du fait des stratégies utilisées par le personnel (mise à disponibilité, congés administratifs à l'étranger, mise en position de stage de formation à l'étranger). Toutes ces migrations ont pour objectif fondamental la recherche de plus d'avantages financiers et professionnels.

Cette forte mobilité des ressources humaines qualifiées et rares affecte la qualité des services. Par conséquent, il est urgent d'en réduire les effets en développant des stratégies novatrices de motivation en vue de fidéliser les ressources humaines.

Ces composantes des déperditions ainsi que les décès des agents qu'il convient de remplacer n'ont pas été prises en compte par manque d'éléments de mesure objectifs.

La carte sanitaire a certes prévu des dotations pour la période 2008-2013, mais pour les besoins de l'étude, les mêmes tendances seront utilisées pour la période 2011-2018.

La répartition des ressources humaines en santé par CSP et par âge permet de déterminer les agents qui iront à la retraite durant les périodes considérées et qu'il faudra donc remplacer.

Durant la période 2011-2018, les besoins sont de 35 médecins généralistes, 148 médecins spécialistes, 114 TSS, 365 infirmiers et 95 SFE.

Parallèlement, la carte sanitaire a prévu de nouvelles implantations de structures sanitaires dans la même période. La dotation indispensable en ressources humaines sera de 85 médecins généralistes, 198 médecins spécialistes, 454 TSS, 4020 infirmiers et 1928 SFE.

L'ensemble de ces informations sont synthétisées dans le tableau n°12 qui renseigne sur le gap actuel, le remplacement des retraités et la dotation des nouvelles implantations en personnel. Les besoins d'ici 2018 sont de 247 médecins généralistes, 709 médecins spécialistes, 1279 TSS, 10 462 infirmiers et 4848 SFE.

Certes ce projet semble très ambitieux au vue des effectifs à compléter d'ici 2018. Toutefois, ces besoins seront évalués et modulés en fonction d'un plan de recrutement qui tient compte du respect des normes en RH dans les structures sanitaires et du rythme d'implantation prévue dans la carte sanitaire.

C'est le lieu de noter que des efforts sont déjà consentis par l'Etat. En effet, la Fonction publique vient de procéder à un recrutement substantiel de cinq cent quatre vingt dix (590) agents de santé dont quatre vingt dix (90) agents d'hygiène.

Le Fonds Mondial, à travers le Renforcement du Système de Santé, envisage la prise en charge financière, sur une période de 5 ans, de deux cent cinquante (250) agents para médicaux pour réduire le déficit dans les zones difficiles.

TABLEAU N° 12 : PROJECTION DES BESOINS EN RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ 2011-2018

CSP		Médecins généralistes	Médecins spécialistes	TSS	IDE	SFE	Pharmaciens	Chirurgiens dentistes	Autres personnels	TOTAL
EFFECTIF EN 2010		258	537	691	2036	872	92	79	7535	12120
NORMES DE LA CARTE SANITAIRE		207	573	737	3584	1584	57	42	4273	11057
ECART PAR RAPPORT AUX NORMES		51	- 36	-46	-1548	-712	35	37	3262	1063
BESOINS D'ICI 2013	Remplacement suite retraités	35	148	114	365	95	12	6	881	1656
	Dotations RH suite nouvelles implantations	85	198	454	4020	1918	64	33	4718	11500
	TOTAL 2009-2013	-69	-382	-614	-5933	-2725	-41	-2	-2337	-12093
BESOINS 2013-2018	Remplacement suite retraités	50	93	110	384	138	12	11	1395	2193
	Dotations RH suite nouvelles implantations	85	198	454	4020	1918	64	33	4718	11500
	TOTAL 2013-2018	-135	-291	-564	-4404	-2056	-76	-44	-6113	-13693
TOTAL BESOINS A COUVRIR D'ICI 2018		204	673	1178	10337	4781	117	46	8450	25786
EFFECTIF EN 2018		462	1210	1869	12373	5673	209	125	15985	37906
TAUX DE PROGRESSION DES EFFECTIFS		1,79	2,25	2,7	6,08	6,36	2,27	1,58	2,12	3,13

Source : Recensement des personnels de santé au Sénégal – MSP/DRH-Juin 2009

CHAPITRE 3 : ENJEUX ET DEFIS

Cette partie permet d'identifier les enjeux et défis de chaque étape du processus de mise en œuvre du PNDRHS grâce à un système de veille²⁸.

A l'intérieur du système de santé, les facteurs intervenant seront classés en **forces** sur lesquelles le plan pourra s'appuyer et en **faiblesses** pour lesquelles des stratégies de minimisation vont être déroulées.

Au niveau de l'environnement extérieur, il s'agira de saisir les **opportunités** qui se présentent au système et d'identifier les **menaces** et risques éventuels susceptibles d'entraver la mise en œuvre du plan.

3.1. FORCES ET FAIBLESSES

Les **forces** sur lesquelles le système de santé peut s'appuyer sont :

- une Direction des Ressources humaines fonctionnelle ;
- un Plan national de Développement sanitaire (PNDS) fonctionnel qui en est à sa seconde phase ;
- une carte sanitaire qui a fait l'objet d'un décret présidentiel n° 2009-521 du 4 juin 2009 ;
- une disponibilité de données sur les ressources humaines en santé grâce aux recensements effectués en 2006 et 2009 ;
- une jeunesse du personnel para médical ;
- un site web fonctionnel pour le Ministère de la Santé et de la Prévention ;
- une multiplicité des filières de formation pour les agents de santé ;
- une existence de curricula pour chaque filière ;
- une bonne couverture en structures de formation décentralisées;
- une diversité et une consistance des sources de financement.

²⁸ Le système de veille sera constitué d'une matrice regroupant les forces et faiblesses d'une part, les enjeux et défis d'autre part

Les **faiblesses** qui constituent des facteurs bloquants sont :

- l'inopérationalité d'un logiciel de gestion des données sur les RHS;
- la non fonctionnalité de certaines structures ou de certains services de santé suite au déficit en RHS surtout dans les zones dites difficiles;
- le déficit de personnel qualifié pour certains profils recherchés ;
- le vieillissement du personnel médical et du personnel d'hygiène ;
- la timidité de la gestion prévisionnelle des ressources humaines aux différents niveaux de la pyramide sanitaire ;
- l'inexistence d'un répertoire opérationnel consensuel des métiers, emplois et compétences à tous les niveaux et surtout au niveau des EPS ;
- l'absence d'un accompagnement technique et professionnel des nouvelles recrues dans le système ;
- l'insuffisance du système de motivation pour fidéliser le personnel affecté dans les zones dites difficiles ;
- un service d'accueil souvent décrié par les usagers ;
- le manque d'équité (absence de critères de mobilité) dans l'affectation, la gestion, le développement de la carrière ;
- la non harmonisation de l'intervention sociale dans les structures de santé ;
- la récurrence des grèves qui occasionnent un dysfonctionnement dans l'offre de soins de santé ;
- l'absence d'évaluation qualitative de la formation initiale et continue ;
- la méconnaissance du répertoire des maladies professionnelles ;
- l'inexistence des statistiques fiables sur les risques professionnels dans le secteur de la santé;
- l'application insuffisante des dispositions réglementaires en matière de prévention et de prise en charge des accidents et maladies professionnels ;
- la non systématisation de l'application des normes de sécurité par les agents de santé ;
- l'insuffisance d'information et de sensibilisation du personnel sur les risques professionnels ;

- l’insuffisance des mesures de sécurité à l’endroit de l’agent de santé dans son lieu de travail;
- l’insuffisance de mécanismes de suivi et d’évaluation.

3.2. MENACES ET OPPORTUNITES

Les **menaces** qui risquent d’entraver la mise en œuvre du plan sont :

- la non dévolution du processus de recrutement au Ministère de la Santé et de la Prévention ;
- l’absence de recours à la carte sanitaire pour l’opérationnalisation des affectations et des mutations des personnels de santé surtout en ce qui concerne les spécialités médicales et chirurgicales²⁹.
- l’insuffisance des ressources financières destinées à la formation des cadres supérieurs ;
- la fuite du personnel enseignant spécialisé et expérimenté vers d’autres secteurs ou vers l’étranger.

Les **opportunités** qui se présentent au système de santé sont :

- la reconnaissance unanime de la problématique des ressources humaines comme déterminant important du système de santé ;
- l’engagement du Gouvernement dans la réalisation des objectifs du plan national de développement sanitaire ;
- la participation de la communauté dans la gestion du système de santé ;
- l’adhésion et l’acceptation des organisations professionnelles et des représentations syndicales aux problèmes relatifs aux RHS ;
- un grand intérêt des partenaires techniques et financiers au développement de la formation.

²⁹La spécialisation des hôpitaux régionaux permet de rationaliser la couverture en personnels avec un meilleur remaillage du système.

Spécialités médicales niveau 1 : Infectieuse, Pneumologie, Dermatologie (KF, SL, KG)

Spécialités médicales niveau 2 : Cardiologie, Néphrologie, Neurologie (FK, MT, LG, SD)

Spécialités chirurgicales niveau 1 : Stomatologie, Ophtalmologie, ORL (DL, MT, KD)

Spécialités chirurgicales niveau 2 : Urologie, Cancérologie, Orthopédie (TH, KL, TC, SL, ZG)

3.3. DEFIS

Le PNDRHS se veut un outil de mise en œuvre du PNDS pour l'atteinte des OMD. A cet effet, un des défis majeurs est la mobilisation effective des partenaires autour du PNDRHS afin de réaliser un consensus dynamique pour l'atteinte de ses objectifs.

Les autres défis majeurs qui interpellent le PNDRHS sont :

- la persistance du déficit en ressources humaines de qualité ainsi que sa mauvaise répartition, au détriment des zones difficiles ;
- la non fonctionnalité du système actuel de gestion qui ne permet pas de disposer en temps réel de données factuelles pouvant favoriser une bonne prise de décision;
- la question de l'accessibilité des groupes vulnérables aux soins de santé;
- la récurrence des mouvements sociaux dans le secteur de la santé.

L'analyse des enjeux et défis a permis de décliner une vision stratégique du PNDRHS à l'horizon 2018, ainsi que les orientations adéquates.

3^{ème} PARTIE : ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PNRHS

Le vieillissement des ressources humaines en santé, notamment le personnel médical, la nécessité de doter les nouvelles infrastructures en ressources humaines, les décès, la fuite des cerveaux, les déperditions de toutes natures en ressources humaines qualifiées et la démotivation des agents, constituent des contraintes à toute offre de soins de qualité, au profit des populations.

Eu égard à ces considérations, et compte tenu des engagements pris par ailleurs au niveau de la sous-région, notamment la CEDEAO, et au niveau international dans le cadre des OMD, l'Etat du Sénégal doit nécessairement procéder en permanence à des réadaptations.

A cet effet, le Ministère de la Santé et de la Prévention, à travers la Direction des ressources humaines, a l'obligation de concevoir et de mettre en œuvre des stratégies susceptibles de garantir une bonne dotation en ressources humaines qualifiées, sur toute l'étendue du territoire, plus particulièrement dans les zones difficiles.

C'est pourquoi les stratégies autour desquelles vont s'articuler les interventions retenues au cours des huit prochaines années s'inspirent essentiellement des objectifs qui découlent de la vision du secteur.

CHAPITRE 1 : VISION HORIZON 2018

Le Plan National de Développement des Ressources Humaines en Santé (PNDRHS) s'inscrit dans la vision du PND 2009 – 2018. Il repose sur une politique de RH visant un Sénégal où tous services de santé promotionnels,

préventifs, curatifs et réadaptationnels sont, dans le respect des normes établies à chaque niveau de la pyramide sanitaire, dotés en personnel de qualité et en nombre suffisant sur toute l'étendue du territoire, plus particulièrement dans les zones difficiles.

CHAPITRE 2 : OBJECTIFS DU PNDRHS

2.1 OBJECTIF GENERAL

Contribuer à la réalisation de l'accès universel à des services de santé par une bonne dotation en ressources humaines qualifiées sur toute l'étendue du territoire

2.1 OBJECTIFS SPECIFIQUES

OS1 : Mettre en œuvre une planification des ressources humaines axée sur les besoins du secteur

OS2 : Disposer, de manière continue, des ressources humaines qualifiées à tous les niveaux, notamment dans les zones difficiles

OS3 : Moderniser la gestion des ressources humaines

OS4 : Assurer une formation en adéquation avec les besoins du système à tous les agents de santé

CHAPITRE 3 : AXES STRATEGIQUES

Seize (16) axes stratégiques (AS) ont été retenus pour l'atteinte des objectifs spécifiques suivants :

- . ***Mettre en œuvre une planification des ressources humaines axée sur les besoins du secteur :***
 - AS 1 Opérationnalisation de la GPEC ;
 - AS 2 Rationalisation de la gestion des contractuels ;

- AS 3 Transfert de compétences dans le domaine du recrutement et de la gestion des carrières.
- ***Disposer, de manière continue, des ressources humaines qualifiées à tous les niveaux, notamment dans les zones difficiles :***
- AS 4 Recrutement périodique des personnels de santé en vue de résorber progressivement le déficit ;
 - AS5 Amélioration des conditions de vie et de travail des personnels de santé ;
 - AS 6 Développement de mesures incitatives pour les zones difficiles.
- ***Moderniser le système de gestion des RHS :***
- AS 7 Déconcentration de la GRH ;
 - AS 8 Renforcement des capacités opérationnelles des agents de la DRH ;
 - AS 9 Informatisation du système de GRH ;
 - AS 10 Elaboration des outils de gestion des RHS ;
 - AS 11 Harmonisation de l'intervention sociale en milieu de santé ;
 - AS 12 Promotion du dialogue social.
- ***Assurer une formation en adéquation avec les besoins du système à tous les agents de santé :***
- AS 13 Renforcement de l'articulation entre la formation continue et la formation initiale des agents de santé :
 - AS 14 Renforcement de la capacité des établissements de formation en Santé ;
 - AS 15 Renforcement du contrôle pour le fonctionnement adéquat des établissements de formation en sante :
 - AS 16 Renforcement des capacités des ressources humaines en santé à tous les niveaux.

3.1. OPERATIONNALISATION DE LA GESTION PREVISIONNELLE DES EMPLOIS ET DES COMPETENCES

La Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences, pivot d'un plan stratégique en ressources humaines, est une méthode de gestion anticipative et préventive des ressources humaines en fonction des contraintes de l'environnement et des choix stratégiques de l'organisation.

Elle permettra d'anticiper les évolutions quantitatives et qualitatives des besoins en ressources humaines d'une organisation, de constituer un élément de sécurisation de leur parcours professionnel et de préparer en amont les adaptations nécessaires.

3.2. RATIONALISATION DE LA GESTION DES AGENTS CONTRACTUELS

La contractualisation en tant qu'outil de gestion du déficit en personnel du MSP a permis d'apporter des réponses immédiates face aux multiples fermetures des postes de santé.

Toutefois elle connaît des limites objectives du fait de l'insuffisance des ressources financières destinées à la prise en charge de ces agents.

La contractualisation devrait à terme baisser en volume et permettre l'intégration des concernés dans la fonction publique afin de garantir une solution durable à la situation déficitaire du secteur.

3.3. TRANSFERT DE COMPETENCE DANS LE DOMAINE DU RECRUTEMENT ET DE LA GESTION DES CARRIERES

L'amélioration de la GRHS sera une composante essentielle du renforcement de l'offre de service et par conséquent, un des fondements du système de santé.

De fait, l'ancrage institutionnel pour gérer les ressources humaines en santé va faciliter ou au contraire freiner l'atteinte des objectifs stratégiques du PNDS. C'est pourquoi, pour une gestion optimale des RH, le Ministère chargé de la Santé doit disposer de compétences et attributions relatives à la planification, au suivi et à l'évaluation de son PNDRHS.

A ce titre il doit être déléguataire de certaines prérogatives du Ministère chargé de la Fonction publique pour le recrutement et la gestion des carrières des personnels de santé, permettant ainsi d'avoir une pleine maîtrise des engagements conformément aux besoins identifiés.

3.4. RECRUTEMENT PERIODIQUE DU PERSONNEL DE SANTE POUR RESORBER

PROGRESSIVEMENT LE DEFICIT

La disponibilité de ressources humaines qualifiées, de manière continue et à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ne pourra se faire sans un recrutement périodique du personnel.

Ceci s'effectuera avec la mise sur place de stratégies tant au niveau central que périphérique qui s'articuleront autour :

- d'un plaidoyer auprès des autorités étatiques pour que le recrutement se fasse de façon régulière suivant les besoins ;
- d'un plan de recrutement par rapport aux sorties temporaire du personnel de santé (faire des prévisions entrées et sorties) ;
- d'une production en personnel qui est en adéquation avec les besoins actuels ;
- de l'augmentation du quota des recrues.

3.5. AMELIORATION DES CONDITIONS DE VIE ET DE TRAVAIL DES PERSONNELS DE SANTE

L'amélioration des conditions de vie et de travail participera non seulement à renforcer la protection et la sécurité des agents mais aussi à motiver l'ensemble des

ressources humaines en santé pour augmenter la productivité et la qualité de leurs prestations.

Elle passera par la mise en place de structures fonctionnelles, bien équipées et par le respect des normes sécuritaires. En outre, des outils incitatifs touchant à la fois des systèmes de motivation matérielles (octroi d'une juste rémunération, mesures incitatives financières et non financières) et non matérielles (valorisation du mérite, participation et responsabilisation au processus de prise de décision) doivent être développés.

Par ailleurs, il sera mis en place un système de motivation lié aux résultats et basé sur les performances.

3.6. DEVELOPPEMENT DE MESURES INCITATIVES POUR LES ZONES DIFFICILES

Le droit à la santé consacré par la Constitution du Sénégal exige, de la part de l'Etat, la mise en œuvre d'une politique volontariste. Ceci permet à toutes les populations, de bénéficier de manière équitable d'une couverture en soins de santé de qualité.

Le Plan National de Développement des Ressources Humaines en Santé (PNDRHS) prend en charge les aspects liés à la motivation. Cette dernière constitue un déterminant essentiel pour la fidélisation du personnel affecté dans les zones difficiles afin de satisfaire l'accès aux soins de santé pour toute la population.

3.7. DECONCENTRATION DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

L'éloignement de l'agent de santé des centres de décisions en matière de GRH est source de perte de temps préjudiciable à l'offre de soins.

Cette gestion, jusque là concentrée au niveau central, présente des limites d'efficacité et d'efficience. En effet le développement des technologies appelle de notre part la capacité à rapprocher l'agent de santé du centre des décisions. Ceci ne

peut se faire qu'à travers une déconcentration de la Gestion des Ressources humaines vers les régions.

3.8. RENFORCEMENT DES CAPACITES OPERATIONNELLES DE LA DRH

Il s'agit à ce niveau de résoudre les dysfonctionnements de la DRH dus essentiellement à l'insuffisance des équipements, de local et de moyens logistiques.

Pour ce faire, il faut mettre à la disposition de la DRH du mobilier de bureau, un parc informatique de qualité et des moyens logistiques adaptés aux exigences des missions à l'intérieur du pays ainsi que des moyens de communication modernes (fax , intranet).

En outre il est impératif de procéder au renforcement des compétences des agents en service à la DRH. A cet effet, des sessions de formation doivent être régulièrement organisées à l'endroit du personnel afin qu'il assure le meilleur service aux usagers.

3.9. INFORMATISATION DE LA GRH

La gestion des ressources humaines doit s'articuler autour d'outils modernes de gestion dont un système informatisé, performant et fonctionnel.

Il s'agira entre autres de :

- faire l'état des lieux sur l'informatisation aux fins de gestion et les besoins actuels ;
- partager les principales fonctionnalités d'un logiciel en rapport avec les exigences de la DRH ;
- définir les différents acteurs qui devront intervenir dans l'utilisation d'un logiciel ;
- définir un plan de formation ;
- mettre en place un système de suivi évaluation.

3.10. ELABORATION DES OUTILS DE GESTION DES RHS

La gestion des ressources humaines, pour être opérationnelle, doit reposer sur des outils performants qui permettent d'assurer, un contrôle et un suivi permanent des effectifs et des personnels.

En ce qui concerne le système de classement des archives, Il s agit de s engager résolument dans une démarche qualité en veillant à garantir aussi bien la fiabilité que la sécurité des données collectées. A cet égard, les nouvelles technologies devront être mises à contribution. Le dispositif à mettre en place nécessite une implication des différents niveaux de la pyramide sanitaire pour garantir la disponibilité des données afin de veiller à la mise à jour permanente des informations.

3.11. HARMONISATION DE L'INTERVENTION SOCIALE EN MILIEU DE SANTE

La performance du système de santé implique entre autres, une réorganisation du service social en milieu de santé.

L'harmonisation de l'intervention sociale, à travers la conception et la mise en œuvre d'outils de gestion, permettra d'améliorer sensiblement la prise en charge aussi bien des usagers que du personnel.

Cette harmonisation doit être accompagnée par le renforcement des compétences des principaux acteurs et l'amélioration des conditions de travail.

3.12. PROMOTION DU DIALOGUE SOCIAL

Outil de paix et de cohésion sociale, le dialogue social contribue à la consolidation de tout processus de démocratisation, impliquant de façon concrète les partenaires sociaux dans l'élaboration et la mise en œuvre de tous les programmes de santé.

Ainsi, la promotion du dialogue social, constitue la ligne de conduite tracée par le Ministère de la Santé et de la Prévention pour la prévention et la gestion des conflits sociaux au sein des structures de santé.

3.13. RENFORCEMENT DE L'ARTICULATION ENTRE LA FORMATION CONTINUE ET LA FORMATION INITIALE DES AGENTS DE SANTE.

L'offre des services de qualité par un personnel bien formé pour l'amélioration de l'état de santé des populations constitue un des objectifs prioritaires du PNDS 2009-2018.

En effet, il y a nécessité de prendre en compte l'ensemble des paramètres qui assurent une acquisition de compétences adaptées aux besoins de santé des populations.

L'élaboration de plans nationaux de formation (Formation initiale et formation continue) permettra de structurer une démarche cohérente qui garantit la disponibilité d'un personnel qualifié à tous les niveaux du système de santé.

3.14. RENFORCEMENT DES CAPACITES DES ETABLISSEMENTS DE FORMATION EN SANTE

Une meilleure adéquation entre la formation initiale et les réalités socio sanitaires est tributaire d'un contexte qui permette d'introduire des méthodes pédagogiques appropriées, de systématiser la planification, la préparation et la réalisation de la formation et de renforcer les capacités institutionnelles de mise en place des réformes.

A cet effet, les actions à entreprendre vont concourir à augmenter la capacité de production des établissements publics de formation en santé, améliorer la disponibilité des ressources humaines en quantité et qualité suffisantes pour offrir de meilleurs services.

Elles concernent aussi le relèvement du niveau des personnels d'encadrement et de formation et de la capacité d'accueil des établissements de formation.

Cela est d'autant plus vrai que le Ministère de la Santé et de la Prévention s'est déjà inscrit dans l'option irréversible d'harmonisation des programmes de formation dans les pays francophones de la CEDEAO.

Ceci suppose une réactualisation effective des textes législatifs et réglementaires afin de faciliter l'instauration du système LMD.

3.15. RENFORCEMENT DU CONTRÔLE POUR LE FONCTIONNEMENT ADEQUAT DES ETABLISSEMENTS DE FORMATION EN SANTE.

Les dispositions légales et réglementaires actuelles du pays ont favorisé la libéralisation, et donc la création d'entreprises. Ainsi, la gestion des écoles privées est devenue un créneau porteur et très prisé.

La spécificité de la santé, où le professionnel doit travailler sur des êtres humains, exige une régulation de la formation. En effet, la problématique de la qualité et de la sécurité dans l'offre de soins se posent avec acuité si la formation ne bénéficie pas d'un contrôle a priori et a posteriori.

En outre, l'intervention de l'Etat dans le domaine de la santé se justifie et se légitime par le rôle qui lui est dévolu par la, Constitution. Ainsi, toute ouverture d'une école privée de formation en santé devra être assujettie à une autorisation préalable du Ministère de la Santé et de la Prévention.

Le Ministère chargé de la Santé, en rapport avec le département chargé de l'Enseignement technique et de la Formation professionnelle, travaillera à ce que cette autorisation préalable soit liée au respect des normes d'un cahier de charges ayant fait l'objet d'un arrêté interministériel.

3.16. RENFORCEMENT DES CAPACITES DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTE A TOUS LES NIVEAUX

La gestion par les compétences qui est globale et ambitieuse désigne les systèmes dans lesquels cette notion est venue remplacer une autre, celle de poste. Elle constitue la base explicite du dispositif d'utilisation et de rémunération des ressources humaines en santé.

Dans cette optique, une analyse des besoins et une gestion démocratique des compétences et des emplois doivent permettre une rationalisation de la formation continue.

Il s'agira de mettre l'accent sur des formations continues en fonction du poste de travail et des spécialités identifiées, et de développer les capacités des formateurs en formation continue adaptée aux besoins des structures.

En outre, la mobilité professionnelle en tant que moyen d'interchangeabilité des rôles sera un instrument de renforcement des capacités des agents de santé.

4^{ème} PARTIE : CADRE DE MISE EN OEUVRE

Le PNDRHS qui est un cadre opérationnel de référence pour la conduite de la politique en matière de gestion des ressources humaines, a besoin d'être structuré de manière efficiente, afin de garantir une atteinte optimale des objectifs fixés.

A ce titre, les différents aspects qui régissent sa mise en œuvre doivent être clairement définis. Il s'agit notamment d'instaurer une gouvernance concertée, des instances de coordination adaptées, des mécanismes de suivi évaluation opérationnels et un cadre logique permettant une bonne appréciation, à temps réel de l'exécution du PNDRHS.

CHAPITRE 1 : GOUVERNANCE DE LA GRH

L'atteinte des objectifs du PNDRHS 2011-2018 implique, non seulement une mobilisation rationnelle des ressources humaines, mais aussi et surtout une bonne gouvernance, centrée sur les axes prioritaires suivants.

1.1. AMELIORATION DU SYSTEME D'INFORMATION ET DE COMMUNICATION

Il sera mis en place, au sein de la DRH, un plan de communication dont l'objectif principal sera de rendre disponible, à temps réel, au niveau de chaque structure de santé, l'ensemble des informations liées aux RH et au fonctionnement du Ministère de la Santé et de la Prévention.

L'utilité d'un tel outil repose sur l'égalité des chances accordée à tous les agents de santé, aussi bien pour le renforcement de leurs compétences, que pour la gestion de leur carrière respective.

1.2. RENFORCEMENT DE LA GESTION DEMOCRATIQUE DU PERSONNEL DE SANTE

Il s'agira de mettre l'accent sur la transparence dans la gestion des RH, par l'implication des partenaires sociaux, à l'ensemble des processus de décision concernant le personnel de santé. L'intérêt de cette concertation préalable est de prévenir les conflits liés à la gestion des RH et de mettre à la disposition de l'autorité les éléments lui permettant de prendre des décisions appropriées.

Pour ce faire, des mécanismes de prévention et de gestion des conflits seront installés, tant au niveau central que périphérique et mettront l'accent sur l'information et la concertation permanente.

En outre, la promotion d'un système moderne d'évaluation des ressources humaines reste une orientation majeure de la gestion démocratique du personnel de santé. Le système actuel d'évaluation du personnel de santé ne permet pas de mesurer efficacement la performance de l'agent.

Dès lors, il convient de mettre en place un système d'évaluation plus global, applicable à tout type de personnel de santé, quelque soit son statut. Ce système d'évaluation, combiné à une bonne gestion de la mobilité du personnel, devra renforcer la performance des ressources humaines.

Cette mobilité permettra aussi d'assurer une couverture sanitaire adéquate, avec une meilleure répartition géographique des personnels qualifiés. A cet effet, un guide de la mobilité du personnel sera élaboré et mis en œuvre.

CHAPITRE 2 : INSTANCES DE COORDINATION

2.1 AU NIVEAU CENTRAL

2.1.1 CONSEIL SUR LES RESSOURCES HUMAINES EN SANTE (CRHS)

Il s'agit d'une instance de nature stratégique regroupant autour du Ministre chargé de la Santé, les représentants du Cabinet, de la DRH, des autres directions nationales et programmes du MSP, les facultés de médecine, les partenaires techniques et financiers du secteur de la santé, les partenaires sociaux, les représentants des départements ministériels notamment les ministères chargés de la Fonction publique, de l'Economie et des Finances, de l'enseignement supérieur, des forces armées et de la décentralisation.

Il est chargé de la coordination générale en veillant au respect des objectifs et orientations stratégiques du PNDRHS. Il procède aux réajustements nécessaires pour une bonne exécution du plan d'action. Il met en œuvre le dispositif approprié pour la mobilisation des ressources.

Il se réunit au moins une fois par an sur convocation du Ministre chargé de la Santé qui en assure la présidence.

2.1.2 CADRE DE COORDINATION ET DE FACILITATION (CCF)

Ce cadre est présidé par le DRH. Il est composé des représentants des autres directions nationales et programmes du MSP, partenaires techniques et financiers du secteur de la santé, des représentants des ministères concernés, notamment ceux chargés de la fonction publique, des collectivités locales, de l'économie et des finances, des médecins chefs de région et des partenaires sociaux.

Le cadre de coordination et de facilitation veille à l'exécution des différentes interventions retenues dans le plan d'action en organisant des réunions périodiques avec les différents intervenants et en effectuant des visites de terrain.

Il constitue l'interface entre les partenaires techniques et financiers qui interviennent dans le secteur de la santé et le MSP.

Il prépare les réunions du Conseil sur les Ressources Humaines en Santé (CRHS) dont il assure le secrétariat et produit, à cette occasion, un rapport portant sur l'état d'avancement du PNDRHS et propose les mesures à prendre pour une meilleure exécution des activités.

Il se réunit sur convocation de son président au moins une fois par trimestre.

2.2. AU NIVEAU OPERATIONNEL

Des Cellules de Coordination Régionales (CCR) seront mises en place et regrouperont autour des MCR, le responsable régional des ressources humaines, les responsables de structures locales de santé, les points focaux des différents projets et programmes de santé et les partenaires sociaux. Elles sont chargées de la mise en œuvre des différentes interventions au niveau local.

Elles se réunissent à chaque fois que de besoin et au moins une fois tous les deux mois, sur convocation du MCR. Le procès verbal de chaque réunion est transmis au Cadre de coordination et de facilitation (CCF).

CHAPITRE 3 : MECANISMES DE SUIVI EVALUATION

Pour assurer le suivi évaluation de la mise en œuvre du PNDRHS, le MSP devra s'appuyer sur un cadre institutionnel et des mécanismes clairement définis. La principale difficulté provient de la disparité des sources d'information relatives aux ressources humaines en santé.

Au regard de la multiplicité des acteurs impliqués dans la problématique des RHS, la DRH devra coordonner les interventions. La circulation des informations passera naturellement par les voies hiérarchiques habituelles. Dès lors, un cadre institutionnel formel devra être développé au niveau central et périphérique.

Pour être performant, le plan de suivi évaluation sera élaboré à partir d'objectifs clairement énoncés. L'évaluation sera faite sur la base d'indicateurs de suivi, de couverture et d'impact, en mettant l'accent sur les aspects managériaux de la santé.

3.1. LES MECANISMES DE SUIVI

Les mécanismes de suivi seront développés aux niveaux central et périphérique.

3.1.1. AU NIVEAU CENTRAL

Le Cadre de Coordination et de facilitation (CCF) sur les Ressources Humaines en Santé se réunit une fois par an avec la participation du Cabinet du MSP. Dans le cadre de cette instance, il sera procédé à l'analyse des performances.

Des leçons seront tirées sur la base des résultats. Les directives formulées seront traduites en interventions à exécuter selon un échéancier réaliste.

Le secrétariat de cette instance, assuré par le Président du Cadre de coordination et de facilitation, est chargé d'élaborer un compte rendu détaillé qui sera soumis à la prochaine réunion du Conseil sur les Ressources Humaines en Santé (CRHS).

3.1.2. AU NIVEAU REGIONAL

Des réunions de coordination régionales se tiendront tous les quatre mois sous la présidence du Gouverneur de Région aux fins d'analyser la gestion axée sur les résultats.

Le secrétariat de cette instance, assuré par le MCR, Président de la Cellule de Coordination, est chargé d'élaborer un compte rendu détaillé qui sera soumis à la prochaine réunion du CCF.

Participeront à cette réunion, les équipes cadres de région, les Directeurs des EPS, les représentants des collectivités locales et les membres intéressés du Comité Régional de Développement (CRD).

3.2. LES MECANISMES D’EVALUATION

En vue de l’atteinte des objectifs assignés, il faudra instaurer la gestion axée sur les résultats et institutionnaliser une évaluation périodique, à mi parcours et finale au niveau central et au niveau régional.

3.2.1. EVALUATION PERIODIQUE

Elle sera organisée tous les deux ans sur deux cibles différentes.

- **Une enquête de satisfaction des populations** qui a pour objectif de mesurer le degré de satisfaction des populations par rapport à la qualité des services offerts par des personnels qualifiés, à travers l’accueil, l’efficacité des prestations, ...
- **Une enquête auprès des personnels de santé** qui a pour objectif de mesurer le degré de satisfaction des personnels par rapport à la mise en œuvre de la politique des RH, à travers les leviers relatifs à la motivation, au plan de carrière, à la mobilité, à la formation continue,...

3.2.2. EVALUATION A MI PARCOURS ET FINAL

Il s’agit d’évaluations globales portant sur la mise en œuvre du PNDRHS, avec l’implication de toutes les parties prenantes. Les outils de suivi et d’évaluation du PNDRHS (plan de suivi évaluation et tableau de bord des indicateurs) seront élaborés par la Cadre de Coordination et de Facilitation. Ces outils renseigneront périodiquement sur la mobilisation et l’utilisation des ressources et permettront d’avoir une visibilité plus claire dans la chaîne de résultats.

CHAPITRE 4 : CADRE LOGIQUE

La mise en œuvre du Plan National de Développement des Ressources Humaines en Santé (PNDRHS 2011-2018) est un processus qui évoluera au cours des huit (8) prochaines années.

Les grandes interventions qui y sont proposées visent à faire face aux problématiques identifiées et à produire en quantité et en qualité, les ressources humaines en santé requises pour la réalisation des priorités nationales du système sanitaire.

Il constitue ainsi, la référence pour tous les programmes visant l'amélioration de la disponibilité et du rendement des personnels du secteur. A cet effet, il sera opérationnalisé à moyen et court terme par des plans triennaux glissants et des plans de travail annuels qui visent l'atteinte des résultats attendus sur la base d'indicateurs de suivi.

Il convient de noter par ailleurs que les grandes interventions portant sur le secteur de santé sont définies de la manière la plus large possible. En effet, elles concernent toutes les catégories de personnel qui agissent dans le secteur de santé (personnel médical, para médical, technique, administratif et soutien). Seulement, pour les besoins de l'étude, seul le personnel de soins est concerné.

Dans l'attente d'un plan de recrutement validé, le travail s'appuiera sur la même hypothèse qui a servi à procéder aux projections des besoins en personnels de soins à l'horizon 2018. C'est ainsi que les recrutements sont planifiés de façon linéaire sur toute la période du plan.

L'ensemble de ces informations, ainsi que les résultats obtenus, sont représentés sous forme matricielle comme l'indique le tableau du cadre logique.

Ce tableau présente pour chaque objectif spécifique, les axes stratégiques retenus, les extrants attendus, les principales activités à mener, l'indicateur lié à l'activité, l'échéancier d'exécution, le coût de l'activité programmée et le responsable de l'activité.

Ce cadre logique traduit la volonté du Gouvernement de parvenir rapidement à une satisfaction des besoins immédiats du système de santé par l'impulsion de conditions idoines d'un développement soutenu des Ressources humaines.

5^{ème} PARTIE : FINANCEMENT DU PNDRHS

Le financement du PNDRHS 2011-2018 sera assuré par l'Etat, les partenaires techniques et financiers et les collectivités locales. Concernant les ressources attendues de l'Etat, le volume et le rythme dépendront du budget alloué au secteur de la santé. Le financement des Partenaires techniques et financiers dépendra du niveau d'engagement de ceux qui interviennent de façon constante dans le secteur.

CHAPITRE 1 : EVALUATION DU BUDGET PREVISIONNEL

Le budget prévisionnel pour la mise en œuvre du PNDRHS sur les huit prochaines années 2011-2018, est estimé à environ cent cinquante quatre milliards sept cent quatre vingt deux millions huit cinquante huit mille francs CFA (154 782 858 000 f CFA).

Le budget, tel que proposé ci-dessus, va au-delà des allocations budgétaires de l'Etat au secteur de la santé pour le financement des actions de développement des ressources humaines. Dès lors, la mobilisation de ressources additionnelles en faveur du PNDRHS est donc une nécessité.

CHAPITRE 2 : STRATEGIES DE MOBILISATION DES RESSOURCES

L'éligibilité du Sénégal à l'initiative des Pays Pauvres Très Endettés (PPTTE) et l'engagement de l'Etat à porter le budget de la santé à 15% conformément aux recommandations de la conférence d'Abuja vont permettre au pays de dégager des ressources financières additionnelles importantes pour la mise en œuvre du plan.

Pour la mobilisation d'autres ressources, l'organisation des réunions périodiques avec les Partenaires techniques et financiers, les ONG intervenant dans le secteur de la santé, les collectivités locales et les autres intéressés, permettra à ceux-ci de se positionner par rapport à leurs possibilités de financement.

A l'issue de ces réunions, un plan de mobilisation des ressources précisant les clés de répartition des ressources par domaine d'action sera élaboré.

Le Gouvernement du Sénégal participera au financement du PNDRHS à hauteur de 89% correspondant à la somme de cent trente sept milliards cinq cent cinquante six millions cent vingt mille francs CFA (137 556 120 000 f CFA) environ.

Sur cette masse salariale, environ 6% sont traditionnellement supportés par les collectivités locales soit 8 253 367 200 FCFA. Des efforts supplémentaires sont attendus de ce démembrement de l'Etat en vue d'atteindre 10%.

Le reste, soit 11% correspondant à la somme de dix sept milliards quarante trois millions sept cent trente huit mille francs CFA (17 043 738 000 f CFA) environ sera mobilisé dans le cadre des financements extérieurs et de la participation des secteurs parapublics et privés.

L'annualisation des prévisions budgétaires est proposée dans le plan de financement à longue échéance.

CONCLUSION

Le développement des ressources humaines pour la santé est une opération coûteuse et de longue haleine qui nécessite une pérennisation des stratégies retenues pour sa mise en œuvre. Pour en assurer le caractère durable et soutenable, le Ministère de la Santé et de la Prévention devra:

- rendre disponible, les ressources humaines en santé de qualité partout où besoin sera, notamment dans les zones dites difficiles ;
- appliquer une politique de rétention des personnels dans le secteur ;
- moderniser le système de gestion des ressources humaines ;
- mettre en œuvre le plan national de formation ;
- rendre fonctionnel l'observatoire national des ressources humaines en santé ;
- veiller à la mise en œuvre du PNDRHS selon les termes et conditions budgétaires retenues ;
- réaliser une mobilisation sociale à l'échelle nationale afin de galvaniser les communautés et obtenir leur participation au financement du développement des ressources humaines en santé.

Les modalités de financement seront périodiquement revues et améliorées grâce à des mécanismes de coordination, de suivi et d'évaluation fonctionnels. Ceci permettra d'assurer l'équité dans l'offre et la distribution des RHS à travers le pays.