

Planification pour une couverture universelle : Les ressources humaines en santé maternelle, néonatale et infantile au Burkina Faso

en 2013-2025

Auteurs :

Selma Scheewe et Marjolein Dieleman, Institut Royal des Tropiques (KIT), Pays-Bas

Jean -Jacques Millogo et Adame Traore, Société d'Études et de Recherche en Santé Publique (SERSAP), Burkina Faso

Décembre 2013

Table de matières

Préface.....	3
Remerciement.....	Error! Bookmark not defined.
Abréviations.....	4
1. Introduction.....	6
1. Cadre conceptuel.....	7
1.1 Planification des ressources humaines en santé	7
1.2 Projection de la couverture des besoins en ressources humaines en santé maternelle, néonatale et infantile.....	7
1.3 Planification selon les scénarios	7
1.4 Identification des défis liées aux RHSMNI: le modèle DAAQ.....	8
1.5 Identification des grands axes stratégique : le modèle du marché de travail	Error! Bookmark not defined.
Analyse de la faisabilité	10
2. Résultats sur les projections: aperçu des défis identifiés	10
2.1 Introduction sur les projections.....	10
2.2 La population ciblée	11
2.3 Disponibilité des RHSMNI.....	12
2.4 Accessibilité: La répartition de l'offre en RHSMNI	16
2.5 L'acceptabilité et la qualité des RHSMN	18
3. Les stratégies proposées	19
3.1 Disponibilité : augmenter l'effectif des personnels de santé dédiés à la SMNI	20
3.2 Améliorer l'accessibilité aux services de santé dans les zones rurales les plus démunies	24
3.3 Assurer la qualité et acceptabilité de prestations des services.....	27
Recommandations et prochaines étapes	29
Annexe 1 – Liste des participants	31
Annexe 2 – Paramètres et suppositions des projections.....	33
Annexe 3 – Note d'engagement : le paquet d'interventions sélectionné son coûts.....	44

Préface

Le Gouvernement français a confirmé les engagements pris lors de la réunion du G8 à Muskoka (Canada, 25-26 juin 2010) en faveur de l'amélioration de la santé de la femme et de l'enfant et de la promotion des droits de l'homme dans le monde. Une partie de ces engagements est mise en œuvre par des partenaires multilatéraux de la France à savoir l'ONU FEMMES, l'UNICEF, l'UNFPA, l'OMS et l'Alliance mondiale pour les personnels de santé (AMPS).

Le Ministère de la Santé de Burkina Faso et ses partenaires techniques et financiers se sont engagés à mettre en œuvre le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2020 avec le but de contribuer à l'amélioration de la performance du système de santé et à la prestation de soins de santé de qualité. Les objectifs principaux de ce plan sont surtout axés sur la santé des mères, des enfants et nouveau-nés. Dans le cadre de Muskoka, le Burkina Faso a bénéficié d'un appui pour l'analyse des ressources humaines en santé maternelle, néonatale et infantile, la projection et la formulation des stratégies pour répondre aux principaux défis et combler les lacunes de ce personnel. Cet appui cadre bien avec l'orientation stratégique du PNDS concernant le développement des ressources humaines pour la santé pour lequel un Plan de développement des ressources humaines pour la santé 2013-20 (PDRHS) a été développé. Un plan d'action triennal est en train d'être développé pour dynamiser la mise en œuvre du PDRHS. Les résultats de l'appui dans le cadre du Muskoka seront intégrées dans le plan national de ressources humaines pour la santé.

Ce rapport présente les interventions stratégiques proposées pour améliorer la disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité des ressources humaines, de la santé maternelle, néonatale et infantile au Burkina Faso et les résultats de ce processus seront intégrés dans le plan d'action triennal. L'analyse a été commissionnée par le Ministère de la Santé du Burkina Faso avec l'appui financière du Gouvernement de la République Française à travers les Fonds Français Muskoka en faveur des Objectifs Millénaires de Développement 4 (réduction de la mortalité infantile) et 5 (amélioration de la santé maternelle).

L'analyse et la formulation des interventions stratégiques proposées par rapport aux ressources humaines pour la santé maternelle, néonatale et infantile (RHSMNI) dans les années à venir (2013-2025) dans ce document ont été formulés sur la base :

- d'une revue documentaire ;
- d'une collecte des données additionnelles au niveau central ;
- d'un atelier des projections des RHSMNI tenu à Ouagadougou du 23-26 octobre, et pendant lequel un groupe de 13 experts nationaux, ont participé. Lors de cet atelier des suppositions ont été formulées par rapport aux services et ressources humaines de SMNI. Sur la base de ces suppositions et les résultats de revue documentaire et des données nationales, des projections ont été faites. Les résultats de l'atelier sont décrits en chapitre 2 et les suppositions sont décrites dans Annexe 2.
- d'un atelier de développement des stratégies afin de combler les lacunes en RHSMNI, tenu à Ouagadougou le 28-31 Octobre avec le Groupe des Experts et des Parties Prenantes dans la domaine (RHSMNI), comprenant la Direction des Ressources Humaines du Ministère de la Santé et les autres Ministères concernés, les associations professionnelles sur la SMNI, les écoles et les partenaires technique et financiers.

L'Alliance Mondiale pour les Personnelles de Santé, le bureau de l'Organisation Mondiale de la Santé au Burkina Faso, la Société d'Études et de Recherche en Santé Publique (SERSAP), et l'Institut Royal des Tropiques (KIT) d'Amsterdam, Pays-Bas ont fourni un appui technique au processus.

Abréviations

AA	Accoucheuse Auxiliaire
AB	Accoucheuse Breveté
AIS	Agents Itinérant Sanitaire
AMPS	Alliance Mondiale pour les Personnels de Santé
ASP	Attachés de Santé en Pédiatrie
ASSOG	Attachés de Santé en Soins Obstétricaux et Gynécologue
CPN	Consultation prénatale
CPoN	Consultation post-natale
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DAF/MS	Direction d'Administration et de Finance/Ministère de la Sante
DAAQ	Disponibilité, Accessibilité, Acceptabilité, Qualité
DGISS	Direction général de l'information et des statistiques sanitaires
DRH	Direction des Ressources Humaines
ENSP	Ecole Nationale de Santé Publique
EN-PSQD	Enquête Nationale sur les Prestations des Services de Santé et la Qualité des Données Sanitaires
GYN	Gynécologue-Obstétricien
IB	Infirmière Breveté
IDE	Infirmier d'Etat
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
KIT	Institut Royal des Tropiques
MEF	Ministère de l'Economie et de Finances
MG	Médecin Généraliste
MS	Ministère de la Santé
MFPTSS	Ministère de la Fonction Publique
ONG	Organisation non-gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PDRHS	Plan de Développement des Ressources Humaines en Santé
PED	Pédiatre
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PF	Planification familiale
PTF	Partenaires Techniques et Financières
PMTE/VIH	Prévention de la transmission Mère-Enfant du VIH
RHSMNI	Ressources Humaines en Santé Maternel, Néonatal en Infantiles
SAA	Soins après l'avortement
SC	Surveillance de la croissance
SF/ME	Sage-femme/Maïeuticien d'Etat
SNE	Soins néonataux essentiels
SONUB	Soins obstétricales (et néonatales) d'urgence de base

SONUC	Soins obstétricales (et néonatales) d'urgence complet
UFR/SDS	Unités de Formation et de Recherche/Sciences de la Santé
WISN	Workload Indicators of Staffing Needs

1. Introduction

Le gouvernement du Burkina Faso a développé et met en œuvre le Plan National de Développement Sanitaire 2011-2020, dont les objectifs principaux concernent la santé maternelle, néonatale et infantile. Le plan vise la réduction du taux de mortalité des enfants < 5 ans de 184 pour 1000 naissances vivantes à 54,69 pour 1000 en 2020; la réduction du ratio de mortalité maternelle de 484 pour 100 000 naissances vivantes à 242 pour 100 000 naissances vivantes en 2020 ; la réduction du taux de mortalité néonatale de 31 pour 1000 à 9,16 pour 1000 en 2020; et la réduction du taux de malnutrition chronique chez les enfants < 5 ans de 29% en 2011 à 23% en 2020.

Afin d'atteindre ces objectifs et assurer une couverture sanitaire universelle (CSU), la disponibilité des agents sanitaires ayant des compétences adéquates pour fournir des services de qualité dans tout le pays est essentielle, particulièrement dans les zones rurales démunies où vit la plupart de la population. La croissance rapide de la population (3,1% par an) est porteuse d'une pression accrue sur les services de santé. Les réformes en cours dans le secteur de la santé induisent un besoin supplémentaire de ressources humaines (RH) qui aura des répercussions sur la formation et sur la répartition des personnels dédiés à la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI).

Pour améliorer la situation des RH afin d'avancer vers une CSU et assurer une offre en adéquation avec les besoins de la population, des mesures importantes doivent être prises par rapport à la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des RHSMNI.

Pour analyser la situation actuelle, les besoins et l'offre en RHSMNI attendus dans les années à venir ont été projetés avec un Groupe des Experts du 23 au 26 Octobre 2013 à Ouagadougou (la liste des Experts est présentée en Annexe 1).

Cette analyse de la situation permet :

- de disposer d'informations pour apprécier la disponibilité et l'accessibilité des RH en charge de la SMNI ;
- d'identifier des interventions prioritaires et à haut impact;
- d'estimer leurs effets sur la disponibilité et accessibilité des RHSMNI.

Les interventions sont sélectionnées à travers un dialogue technique entre les parties prenantes et sont analysées par rapport à leur faisabilité économique (coûts, impact, durabilité), politique, sociale et opérationnelle. Ce dialogue a eu lieu à travers un atelier de développement des stratégies organisé à Ouagadougou du 28 -31 Octobre.

Les interventions sont basées sur l'effectif actuel impliqué dans les services directs des SMNI : les Accoucheuses Auxiliaires (AA), les Accoucheuses Brevetées (AB), les Infirmiers Brevetés (IB), les Infirmiers d'Etat (IDE); les sages-femmes (SF); les médecins généralistes (MG); les gynécologues (GYN); et les pédiatres (PED). Une liste avec les définitions des emplois est disponible en annexe 2. Les interventions prennent en compte l'extinction progressive de quelques emplois ; les AA et les IB.

Le présent rapport décrit les projections de la couverture des besoins en RHSMNI dans un scénario de base ('si rien ne change'), ensuite, le rapport décrit les interventions faisables et chiffrées (c'est-à-dire : avec un calcul de leurs effets sur la disponibilité et accessibilité des RHSMNI ainsi qu'un calcul de leurs coûts) pour améliorer la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des ressources humaines en santé maternelle, néonatale et infantile au Burkina Faso.

Le chapitre un (1) présente le cadre conceptuel sur lequel ce rapport et ses recommandations se sont basés. Au chapitre deux (2) la situation actuelle est décrite, ainsi que les défis identifiés

par rapport à la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des ressources en SMNI. Le chapitre trois (3) décrit les interventions proposées, avec une analyse de la faisabilité, des effets et les coûts. Finalement, les conclusions et recommandations sont présentées.

En annexe un (1) se trouve la liste du groupe d'experts pour les projections et les parties prenantes présentes lors de l'atelier de développement des stratégies. L'annexe deux (2) comprend la liste des variables, données et suppositions utilisées pour les projections. Enfin en annexe trois (3) se trouve la note d'engagement, présentée au troisième forum mondial des ressources humaines en santé, avec le paquet d'interventions sélectionnées par le Ministère de la Santé pour améliorer la situation des RSMNI.

1. La méthodologie des projections et du développement des stratégies

1.1 Planification des ressources humaines en santé

La planification traditionnelle (sur la base des normes nationales en RHS par type de formation sanitaire), se fait sur la base de la capacité et de la fréquentation du secteur sanitaire. Cette fois-ci la planification a été effectuée à travers une méthodologie basée sur les besoins de la population, combinée par une analyse de l'offre en RHS, tout en prenant en compte la politique nationale de Couverture Santé Universelle au Burkina Faso, l'accès aux services ; ce qui :

- requiert la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des RHS ; et
- augmenterait la charge de travail au niveau du personnel.

Tenant compte des grandes différences inter-régionales, intra régional et entre les catégories de personnel en ce qui concerne le rapport entre le besoin et l'offre en RHS (« la couverture »), la planification a pris en compte les différentes régions du Burkina Faso et leurs zones urbaines et rurales, ainsi que les différentes catégories de personnels en santé maternelle, néonatale et infantile.

1.2 Projection de la couverture des besoins en ressources humaines en santé maternelle, néonatale et infantile

Pour la projection un modèle de calcul est utilisé qui a été développé dans le cadre de l'appui demander par les pays soutenus par le fonds Muskoka/ OMS et UNFPA pour améliorer la situation des RHS développé et adapté au contexte burkinabé avec un groupe d'experts en 23-26 octobre 2013 – les besoins et l'offre en RSMNI dans les années à venir ont été calculés à travers les étapes suivantes :

1. Projections de la population cible par an entre 2013 et 2025 : les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, par région et par zone de résidence (urbaine ou rurale) ;
2. Calcul des besoins de la population à travers une définition d'un paquet de services à fournir et à travers une définition de la population cible par service ;
3. Calcul des besoins en RSMNI, une partie de la méthodologie « Workload Indicators of Staffing Needs » (WISN) a été utilisée afin de déterminer la productivité et la répartition des tâches et du travail entre les emplois en Burkina Faso.
4. Projections de l'offre des RSMNI, à travers une analyse du marché de travail ;
5. Calcul de la couverture des besoins en RSMNI jusqu' en 2025 par emploi, par région et pour les zones urbaines et rurales.

L'annexe 2 donne un aperçu des paramètres, données et suppositions utilisées pour les projections.

1.3 Planification selon les scénarios

En 23-26 octobre 2013, lors d'un atelier de projection, le « scénario de base » (le scénario « si rien ne va changer » a été développé avec un groupe des experts nationaux (Liste des Participants, Annexe 1) et deux experts internationaux. Par la suite, à travers un atelier de 28 –

31 octobre 2013 des interventions stratégiques ont été développées avec un groupe de parties prenantes (Liste des Participants, Annexe 1). Les interventions ont été introduites dans le scénario de base, pour projeter leurs effets sur la disponibilité et la répartition des RSMN et afin de créer les scénarios avec les interventions.

1.4 Identification des défis et des interventions : le modèle DAAQ et le rôle du marché du travail

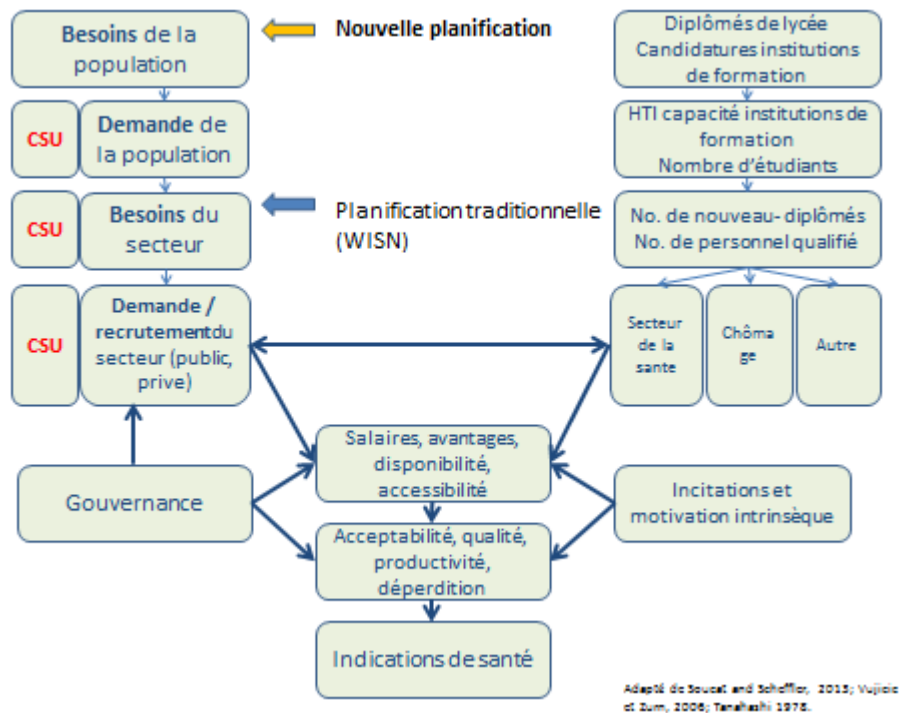
Avant l'identification des interventions à haut impact, les défis liés aux RSMN (identifiés à travers les projections et les discussions avec les parties prenantes) ont été catégorisés selon le modèle DAAQ qui distingue quatre dimensions de la couverture des besoins en RHS : (1) la disponibilité ; (2) l'accessibilité ; (3) l'acceptabilité ; et (4) la qualité.¹ Le but final des interventions est d'améliorer ces quatre dimensions de la couverture des besoins en RSMN au Bénin.

La couverture des besoins en RSMN contient deux éléments : les besoins (de la population) et l'offre (du système de santé). Ces deux éléments sont bien représentés dans le modèle du marché du travail. Ce marché du travail est représenté dans la figure 1.5.1. Comme le montre la figure, les besoins de la population (qui sont déterminés par les tendances démographiques et épidémiologiques) sont traduits à une demande de la population concernant les services en santé. À son tour, ce demande est traduite par le secteur sanitaire au besoin d'un paquet d'activités. Dans le contexte du pays (le plan économique, historique, socioculturel, etc.), le secteur public et privé fournissent ce paquet d'activités et exercent une demande, le recrutement, sur le marché du travail pour des RHS qui peuvent fournir ces services. La CUS, qui favorise l'accès aux services d'un grand nombre de population, augmentera la demande de la population en services, donc les besoins du secteur sanitaire en RHS.

Le côté de l'offre est représenté à la droite et contient la production du personnel qualifié. L'interaction entre la demande du secteur et l'offre disponible détermine l'absorption des RHS dans le secteur sanitaire et influence la façon dont les RHS vont leur travail. L'équilibre entre l'offre de RHS et le recrutement de RHS influence les salaires et les avantages des RHS. Ensemble, ils contribuent à la disponibilité et l'accessibilité des RHS. L'acceptabilité et la qualité sont influencées par la gouvernance et les incitations (comme FBR) et la motivation intrinsèque. La productivité et la déperdition sont aussi influencées par la gouvernance et les incitations. Le résultat final est des indications de santé.

Figure 1.4.1 Le marché du travail pour les RHS

¹ Le concept vient du modèle Tanahashi et est né de la recherche par l'OMS sur la performance des systèmes de santé dans les années 60, et ensuite en 1978 dans le cadre de la Santé pour tous.

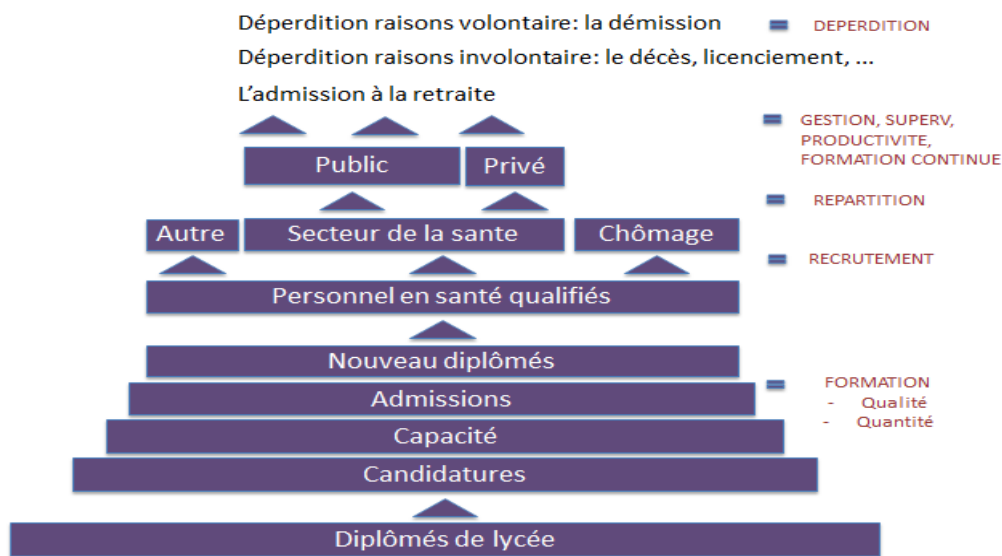


On peut influencer l'offre en RHS par intervenir dans les dynamiques sur le marché du travail. La figure 1.4.2 montre plus clairement les leviers pour intervenir dans ce marché du travail :

- la qualité et quantité de la formation de base afin d'assurer un offre potentiel de qualité ;
- l'attraction de l'offre potentiel sur le marché du travail afin d'assurer leur disponibilité dans le secteur sanitaire ;
- la répartition de l'effectif de RHS afin d'assurer leur accessibilité géographique ;
- leur gestion afin d'optimiser l'acceptabilité et la qualité des soins ;
- la déperdition des RHS pour des raisons volontaire ou involontaire, ou pour le départ à la retraite, afin d'optimiser la disponibilité des RHS.

Ces leviers ont été utilisés pour l'identification des interventions à haut impact.

Figure 1.4.2 Les leviers pour intervenir dans le marché du travail, afin d'influencer l'offre en RHS.



Source: adapted from Vujicic and Zurn, 2006

1.5 Analyse de la faisabilité

Les interventions formulées et proposées ne sont pas seulement basées sur des preuves, sur une bonne logique et formulées de façon « SMART », mais elles ont aussi été soumises à une analyse de la faisabilité. Cette analyse a cherché à découvrir les forces, faiblesses, opportunités et menaces en utilisant les quatre dimensions ci-après pour identifier les conditions nécessaires pour la mise en œuvre:

- L'analyse de la faisabilité économique sur la base des coûts, les effets et l'enveloppe financière disponible ;
- L'analyse de la faisabilité politique à travers une analyse des politiques et initiatives existantes, ainsi qu'un inventaire des intérêts, motivations et pouvoir des acteurs impliqués dans la validation politique et la mise en œuvre ;
- L'analyse de la faisabilité sociale à travers une exploration des perceptions et intérêts des personnes ciblées ou affectées par les stratégies ;
- L'analyse de la faisabilité opérationnelle à travers un inventaire des aspects opérationnels requis pour la mise en œuvre (capacités, ressources matérielles et ressources humaines, et le partenariat).

2. Résultats des projections: aperçu des défis identifiés

2.1 Introduction sur les projections

Les projections sont basées sur les suppositions faites avec le groupe des experts nationaux et les données disponibles sur l'effectif, la formation et le recrutement. Il y a donc une marge d'incertitude qu'il importe de prendre en compte pour interpréter les résultats des projections. Cette section fournit un résumé des suppositions les plus importantes pour les projections. L'annexe 2 comprend plus de détails sur les variables, données et suppositions utilisées pour les projections.

Années pour la planification 2013, 2016, 2019, 2022 et 2025. Ces années sont choisies pour permettre la planification pour le plan triennale 2014-2016 et en même temps garder une perspective à moyen et long terme.

Besoins de la population ciblée et couverture:

La couverture ciblée est basée sur l'idéale de couverture universelle de la santé. En même temps la projection prend en compte la situation actuelle pour permettre de formuler des stratégies réalistes; en se basant sur le taux d'utilisation, actuellement c'est plus réaliste au Burkina Faso de planifier pour un scénario de couverture de 85% que 100% des besoins de population ciblée (SMNI). Actuellement, le taux d'utilisation varie pour quelques services comme la CPN 4, la prise en charge du paludisme, de la diarrhée et de l'IRA, qui est entre 34% et 56%. Par contre, pour d'autres services comme la CPN 1, au Burkina Faso il y a déjà un taux de couverture de presque 100%. Pour les services avec un taux d'utilisation qui est moins de 85% ou inconnu, on utilise pour la projection un taux de couverture de 85% ; pour les services avec un taux de couverture de plus 85%, on utilise un taux de couverture de 100%. Plus précisément, pour les projections, les suppositions suivantes ont été utilisées par rapport aux services ;

- Santé maternelle et néonatale: CPN1 100%, autres services 85%
- Santé infantiles : SC, VACC, VIT.A 100%, PADIIRA, VIH, MALN 85%, AUTRES 70%

(L'annexe 2 présente une liste des services, leur taux d'utilisation actuelle et le taux de couverture proposé pour la projection).

Le besoin des RHMSNI

En se basant sur les besoins de population cible des services SMNI et une couverture de 85%, on peut calculer le nombre des RHSMNI dont le secteur sanitaire a besoin. On prend en compte : leur temps de travail disponible, la répartition normative des tâches entre les emplois et la répartition de la charge de travail entre eux, ainsi que le temps requis pour les autres prestations et pour les activités indirectes (administration, réunions, gestion, supervision, etc.). La répartition des tâches est basée sur les suppositions que dans les années à venir, des tâches qui sont actuellement faites par les AA seront faites par les AB et les SF, et des tâches qui sont actuellement faites par des IB seront faites par les IDE.

L'offre dans les années à venir

L'offre a été définie par l'effectif actuel dans le secteur public. Le nombre des nouveaux diplômés par an a été déterminé en supposant que la moyenne des nouveaux diplômés par an qui sortaient des écoles publiques et privées entre 2011 et 2013 sera maintenue dans les années à venir, sauf pour les AA et IB. Également, le nombre de nouveaux recrutés par an a été déterminé en supposant que le recrutement moyen par an entre 2011 et 2013 dans le secteur public sera maintenu, sauf pour les AA et IB. En l'absence des données, la déperdition (due surtout à la migration) a été supposée à 1% par an pour les AIS, AA, AB, IB et 5% pour les médecins spécialistes, MG, SF/ME et IDE.

Limites des projections :

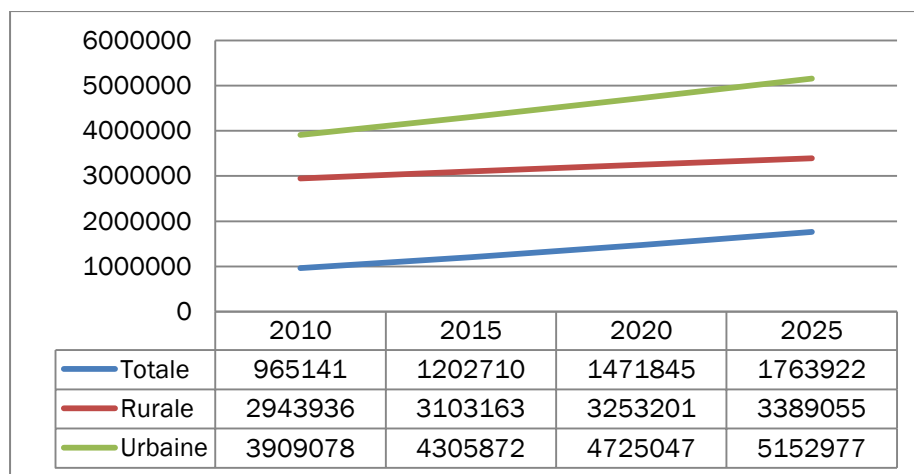
- La planification est axée sur le secteur public, parce que le secteur privé dans le système sanitaire au Burkina Faso n'est pas suffisamment développé. Il n'y a pas des données disponibles sur le secteur privé, et le Groupe des Experts a supposé que 3% des clients (femmes et enfants) qui ont besoin des services SMNI utilisent le secteur privé. Les besoins du secteur privé ne sont pas inclus.
- L'effectif actuel des RHSMNI dans le secteur privé (dû à une manque de données, et ils sont estimés à environ 3% de l'effectif).
- Les besoins d'autres services que les SMNI; les projections montrent le nombre des prestataires nécessaires pour fournir les services de SMNI, et les projections prennent en compte que ces emplois utilisent une partie de leur temps pour d'autres activités.

2.2 La population ciblée

Le Burkina Faso a une croissance rapide de la population (3,1% par an). Le figure 2.2.1 ci-dessous montre la croissance de la population ciblée pour la santé maternelle, néonatale et infantile; les femmes enceintes et les enfants moins de 5 ans. Ce groupe-cible se trouve

notamment dans les zones rurales, mais la croissance dans les années à venir sera plus rapide dans les zones urbaines.

Figure 2.2.1 Les femmes enceintes et les enfants moins de 5 ans attendu selon milieu de résidence



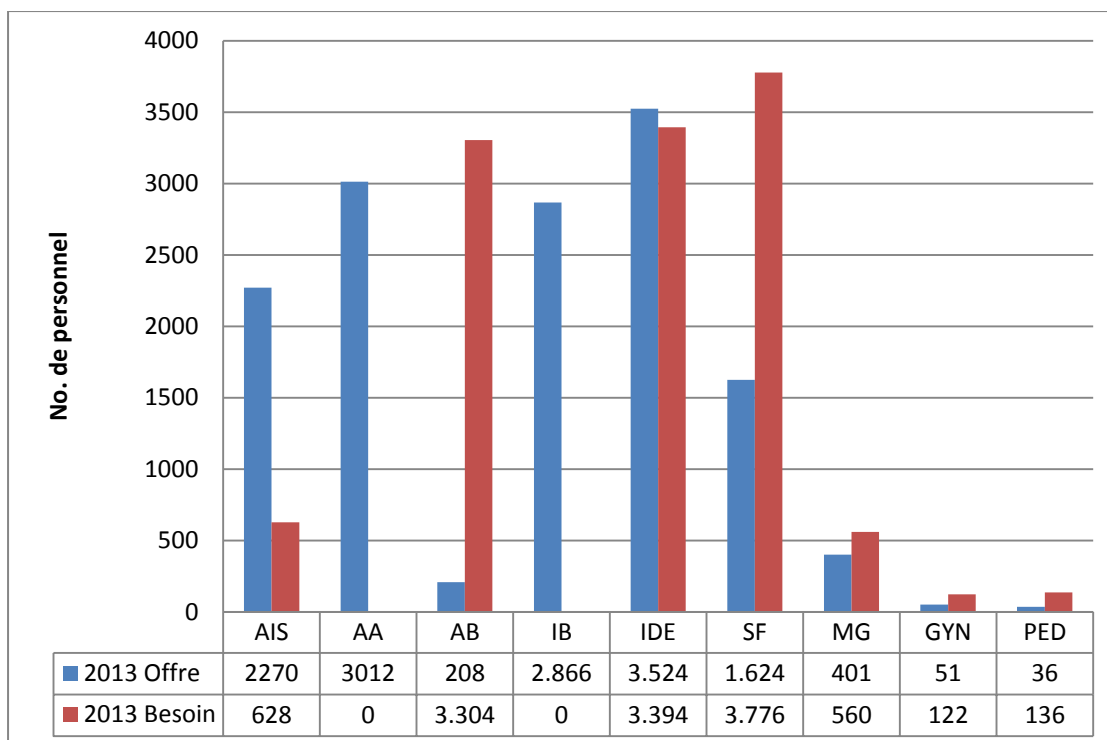
Source : PNUD, 2012 (le calcul de projections est expliqué en annexe 2)

2.3 Disponibilité des RSHMNI

Les projections (voir figure 2.3) montrent un grand écart entre l'offre des RSHMNI actuelle (2013), qui varie par emploi :

- Il y a un surplus des AIS, AA et IB en supposant que les AA et IB ne devraient pas fournir des services de SMNI à partir de 2018 donc la figure 2.3 n'a pas inclus les AA comme emploi pour les SMNI dans l'avenir.
- Il y a un manque des AB; actuellement l'effectif des AB est 208, mais si les AB doivent prendre une partie (environ 50%) des tâches que les AA font maintenant (voir annexe 2 sur les suppositions), il y aura un besoin de 3.304 AB
- Il y a un manque des SF/ME ; l'effectif actuel est de 1624, et ils devraient fournir une partie (environ 50%) des services de SMNI qui sont maintenant fournis par les AA.
- Il y a presque un équilibre entre les besoins et l'offre des IDE, à cause de recrutement de plus 500 IDE par an (en moyenne) dans les trois années passées.
- Il y a un manque des médecins généralistes; l'effectif est de 401 et le besoin est 560, par an 84 MG sont recrutés, il est estimé que 25 MG par an se spécialisent, pendant que plus que 250 MG sont actuellement formés par an.
- Il y a un manque des médecins spécialistes ; les gynécologues et les pédiatres. Pour les gynécologues l'effectif est 51 et le besoin 122, pour les pédiatres l'offre est 36 et le besoin est 136.

Figure 2.3.1 L'offre et besoin par catégorie de personnel en 2013.



La figure 2.3.2 ci-dessous montre la situation des AA, AB et SF de façon plus détaillée pour les années à venir.

Accoucheuses Axillaires (AA):

- L'offre des AA diminuera au fur et à mesure dans les années à venir. Si l'on n'intervient pas, les AA resteront jusqu'à leur retraite dans le système sanitaire. Le gouvernement a décidé que les AA ne seront plus recrutées après 2018. L'offre est donc basée sur l'effectif actuel, le recrutement jusqu'en 2018, une déperdition de 1%, et une promotion annuelle moyenne de 47 AA en AB (comme il a été fait dans les années passées).
 - Dans la projection on n'a plus tenu compte des AA dans les années à venir, parce selon les normes ils ne devraient plus fournir des services de SMNI.
- ➔ Il y aura un surplus des AA dans les années à venir. Sans intervention (p.e. reconversion de plus AA par an), l'effectif reste presque 3000 AA jusqu'en 2025.

Accoucheuse Brevetés (AB)

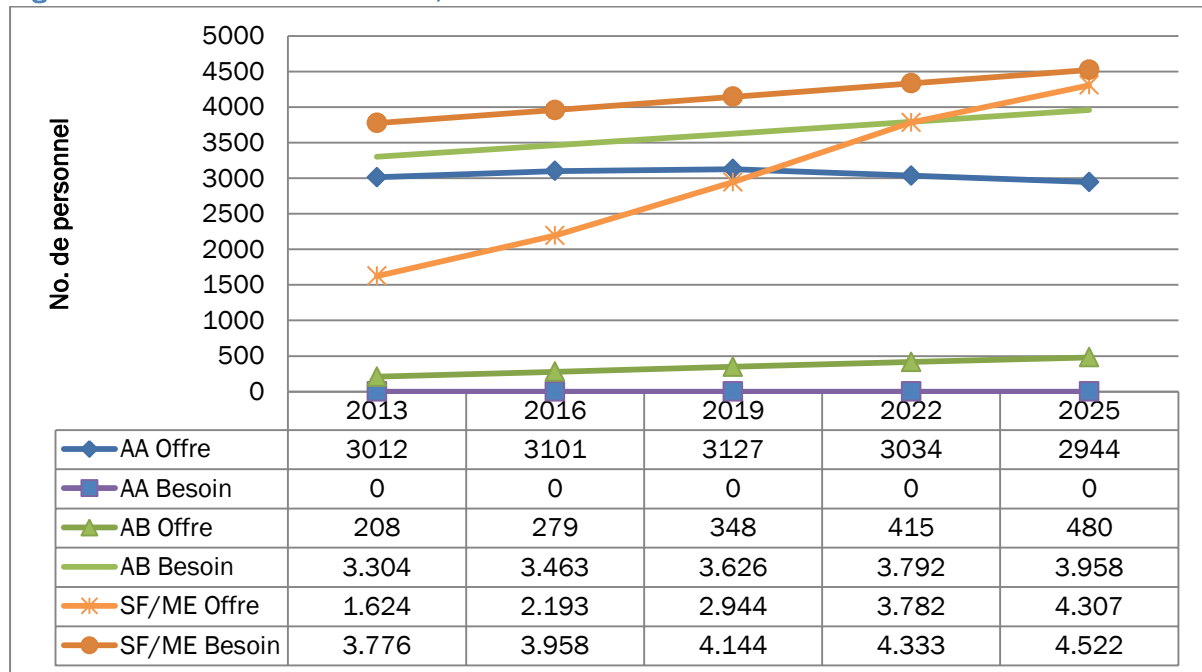
- L'offre des AB augmente lentement. Actuellement 47 AB sont recrutés par an, il y a une promotion annuelle de 25 AB en SF et une déperdition de 1%. Donc, par an, il y a une augmentation de 26 nouveaux postes AB.
- Il y a un grand besoin des AB dans les années à venir, basé sur la supposition qu'ils prendront en charge environ 50% des tâches qui sont actuellement exécutées par les AA, travail supplémentaire à leur travail actuel.
- Il y a un grand écart entre les besoins (3792) et l'offre des AB (415), qui reste s'il n'y a pas des interventions.

Sages-femmes (SF/ME)

- L'offre des SF augmentera vite dans les années à venir, basée sur un recrutement des 408 SF/ME par an (comme fait les 2-3 années précédentes), une promotion annuelle de 35 SF/ME et une déperdition de 5%.
- Le besoin des SF est élevé, il repose sur la supposition qu'elles prennent en charge environ 50% des tâches que les AA exécutent actuellement. Ce sera un travail supplémentaire à leur travail actuel.

- Actuellement il y a un grand écart entre les besoins et l'offre ; dans les années à venir l'écart diminuera (l'offre : 4307, le besoin ; 4522) à cause du recrutement élevé par an (en supposant un maintien dans les années à venir du nombre à recruter comme les 2-3 années précédentes).

Figure 2.2 L'offre et besoin des AA, AB et SF 2013-2025



En ce qui concerne la situation des AIS, IB et IDE, la figure ci-dessous (2.3) montre une tendance pour les années à venir.

Agents Itinérant Sanitaire (AIS)

- L'offre des AIS augmentera dans les années à venir, basée sur un recrutement de presque 300 AIS par année (en supposant qu'on maintienne dans les années à venir le nombre à recruter comme les 2-3 années précédentes), une promotion annuelle de 60 AIS comme AA et une déperdition de 1%. Néanmoins, vu le fait que les AA seront plus recrutées, il n'y aura plus des possibilités de promotion des AIS en AA, en risquant un blocage potentiel.
 - Le besoin des AIS pour les services SMNI est faible et reste presque constant dans les années à venir, parce que selon les normes, ils n'ont pas d'attributions pour les interventions SMNI dans les formations sanitaires. La supposition est qu'ils continuent d'appuyer les autres emplois par rapport aux services pour les enfants < 5 ans dans les zones rurales dans les années à venir.
- ➔ Le surplus des AIS pour la SMNI augmentera dans les années à venir à cause de nombre de recrutement élevé et un besoin constant.

Infirmiers Breveté (IB)

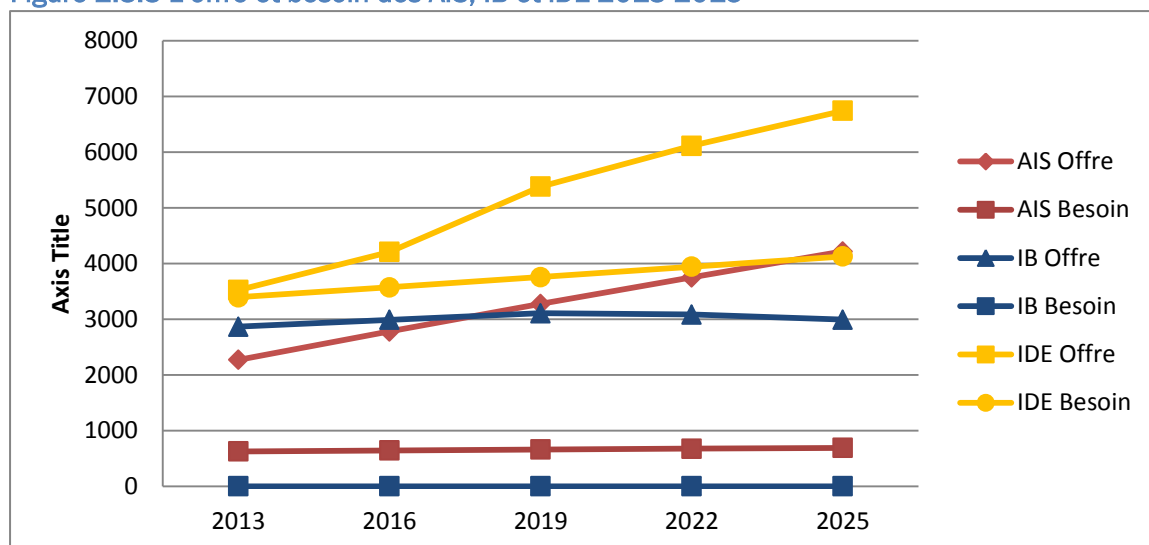
- L'offre des IB diminuera progressivement dans les années à venir. Si l'on n'intervient pas, les IB (comme les AA) resteront jusqu'à leur retraite dans le système sanitaire. Le gouvernement a décidé que les IB ne seront plus recrutés après 2018. L'offre est donc basée sur l'effectif actuel, le recrutement annuel de 235 IB jusqu'à 2018, une déperdition de 1%, et une promotion annuelle de 100 IB à IDE comme les années dernières.
- La projection ne prévoit plus un besoin des IB dans les années à venir, parce cette catégorie sera éliminé.

- Il y a un surplus des IB dans les années à venir. Sans intervention, l'effectif sera d'environ 3000 IB jusqu'à 2025.

Infirmiers d'Etat

- L'offre des IDE augmente vite, à cause d'un recrutement élevé de 560 IDE par an. Ce taux est basé sur la supposition qu'on maintienne dans les années à venir le nombre à recruter comme les 2-3 années précédentes, et en prenant compte d'une déperdition de 5% et une promotion annuelle de 35 IDE (qui deviennent Attaché de Santé ou autres emplois)
- Le besoin des IDE pour la SMNI augmente lentement avec la croissance de la population.
- Maintenant il y a un manque des IDE (l'offre est 3500 et le besoin 3950), dans les années à venir il y aura un surplus des IDE pour fournir les services de SMNI.

Figure 2.3.3 L'offre et besoin des AIS, IB et IDE 2013-2015



Enfin, pour ce qui concerne la situation des MG, GYN et PED, la figure ci-dessous (2.3.4) montre la tendance pour les années à venir.

Médecins Généraliste (MG)

- L'offre des MG augmente fortement (de 400 MG en 2013 à 760 MG en 2025), avec un recrutement de 85 MG par an, une promotion annuelle de 25 MG à médecins spécialiste et une déperdition de 5%.
- Le besoin des MG augmente lentement (de 560 MG en 2013 à 700 MG en 2025) à cause de la croissance de la population
- Actuellement il y a un manque des MG, mais si les niveaux de recrutement, de promotion et de déperdition restent comme ils le sont actuellement, il y aura un équilibre en 2021 et un surplus des MG après 2020 pour fournir des services des SMNI à 85% de femmes enceintes et enfants <5 ans.

Gynécologue (GYN)

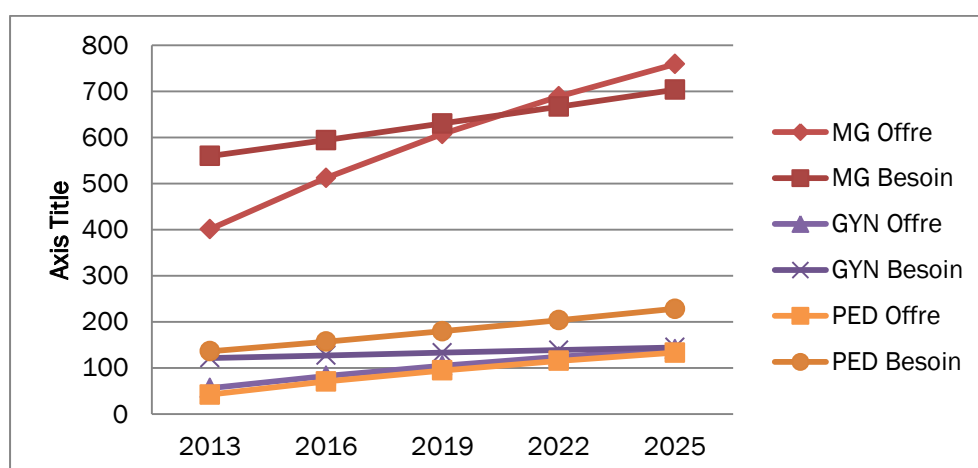
- L'offre des GYN augmente avec un recrutement de 12 GYN par an et une déperdition de 5%, de 57 GYN en 2013 à 141 GYN en 2025
- Le besoin des GYN augmente lentement avec la croissance de la population, de 122 en 2013 jusqu'à 145 en 2025
 - Il y a actuellement un manque des GYN; il y a un besoin de 65 GYN de plus. Dans les années à venir l'écart va diminuer et en 2025 il y aura presque un équilibre pour fournir les services de SMNI pour 85% des femmes enceintes et les enfants <5 ans.

→ La projection ne prend pas en compte les ASSOG (L'effectif est de 4 et recrutement est de 10 par an), qui peuvent fournir une partie des services faits par les GYN (Voir Annexe 2, p.34).

Pédiatre (PED)

- L'offre des PED augmente à cause du recrutement de 12 PED par an et une déperdition de 5% ; l'offre va augmenter de 42 PED en 2013 à 144 PED en 2025
- Le besoin des PED pour fournir les services de la SMNI augmente avec la croissance de la population; de 136 PED en 2013 à 228 PED en 2025.
 - Il y a actuellement un manque des PED; il y a un besoin de 94 PED de plus. Dans les années à venir l'écart va diminuer au fur et à mesure mais en 2025 il restera un écart de 84 PED pour fournir les services de SMNI pour 85% des femmes enceintes et les enfants <5 ans.
 - La projection ne prend pas en compte les ASP (L'effectif est 67 ASP et il y a un recrutement de 11 ASP par an), qui peuvent fournir certains services actuellement fournis par les PED (Voir Annexe 2, p.34).

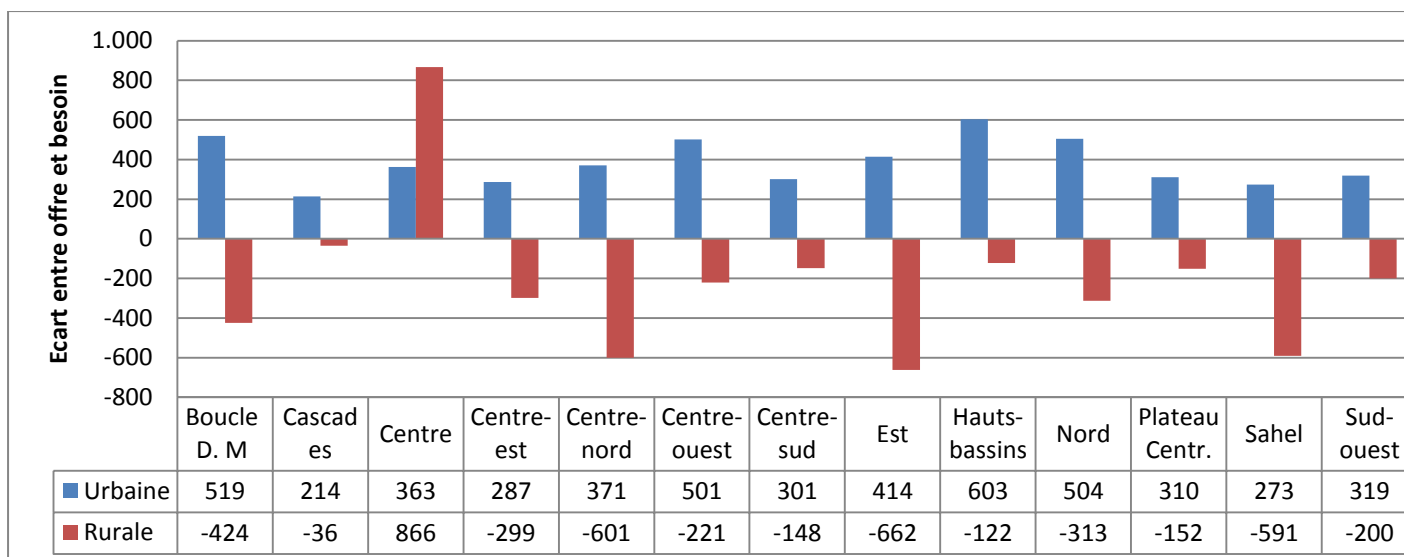
Figure 2.3.4 L'offre et besoin des AIS, IB et IDE 2013-2015



2.4 Accessibilité: La répartition de l'offre en RHSMNI

Il existe une répartition inégale importante entre la couverture des besoins de la population dans les zones urbaines et rurales : il y a un surplus de RHSMNI dans toutes les zones urbaines, et une insuffisance dans les zones rurales dans toutes les régions, sauf le Centre. La figure 2.4.1 montre l'écart entre offre et besoin dans toutes les régions, dans les zones urbaines et rurales. La figure montre que les régions les plus affectées, avec une grande insuffisance de RHSMNI sont l'Est (-662), Sahel (-591), Centre Nord (-601) et Boucle du Mouhoun (-424).

Figure 2.4.1 Ecart entre l'offre et le besoin selon milieu de résidence



Il y a des grandes différences entre les emplois en ce qui concerne la distribution entre le milieu rural et le milieu urbain.

- **AIS, AA et IB** : Il y a un surplus des AIS, AA et IB dans les zones urbaines et rurales, conformément au surplus au niveau national comme expliqué dans la section 'disponibilité' ci-dessus.
- **AB**: Il y a une insuffisance des AB au niveau national, qui est la plus prononcée dans le milieu rural, avec un l'écart de presque 2500 AB, par rapport à un écart dans le milieu urbain de 605 AB.
- **IDE**: Malgré le fait qu'il y a presque un équilibre de disponibilité des IDE au niveau national, il y a une insuffisance très importante des IDE dans les zones rurales (-1406), cependant il y a un surplus des IDE dans les zones urbaines (1572). Le problème d'un manque des IDE est un problème de répartition.
- **SF/ME**: l'insuffisance des SF/ME est particulièrement importante dans les zones rurales, avec un écart de -2541 SF. Dans les zones urbaines il y a un surplus modeste de 372 SF/ME. Donc en plus d'un problème de disponibilité de SF/ME, il y a un problème de repartition.
- **MG**: comme les SF/ME, l'insuffisance des MG est particulièrement importante dans les zones rurales, avec un manque de -376 MG, et un surplus dans les zones urbaines de 221 MG. Les MG actuellement disponible travaillent presque tous dans les zones urbaines; 377 MG vs. 28 MG dans les zones rurales.
- **GYN et PED**: il est supposé que les GYN et les PED travaillent seulement dans les zones urbaines, et que le besoin de leur services est dans les zones urbaines, dans les hospitaux. Donc l'insuffisance des GYN et PED se situe dans les zones urbaines.

Figure 2.4.2 Ecart entre l'offre et le besoin par emploi selon milieu de résidence (2013)



2.5 L'acceptabilité et la qualité des RHSMN

La motivation de RHS

Selon les résultats d'une étude² menée parmi 245 dirigeants du secteur public de la santé répartis dans 11 régions sanitaires en 2003, 65% de l'ensemble des répondants étaient insatisfaits de leurs conditions de travail. Les motifs d'insatisfaction par ordre d'importance sont le système d'affectation, le manque de ressources humaines, matérielles et financières, l'absence de prise en charge de leur santé, le système d'avancement par échelon, les indemnités de fonction. L'iniquité dans l'application des textes réglementaires qui régissent les conditions de travail a été également mentionnée comme source d'insatisfaction. Par exemple, plus de 83% des répondants sont insatisfaits du système d'affectation. Les uns le sont à propos du contenu des textes, les autres à propos des procédures d'application de ces textes. Les directeurs, au niveau central, considèrent que les textes ne sont pas appliqués et qu'ils sont inadaptés au contexte actuel de travail.

Les mesures incitatives mises en place dans le cadre du plan de motivation élaboré en 2004 apparaissent insuffisantes du fait du caractère général et de la rigidité du cadre de gestion des agents publics de l'Etat. La rémunération n'est pas suffisamment attrayante, tous ces éléments qui favorisent les départs définitifs ou temporaires de la fonction publique, particulièrement accentués chez les spécialistes dont les effectifs sont généralement très faibles. Les résultats d'une étude de l'Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS) établissent qu'en analysant le salaire net, les professionnels exerçant dans les ONG gagnent nettement mieux que les autres agents dans les autres secteurs. En comparant les salaires nets médians, un médecin généraliste avec 5 ans et plus d'expériences professionnelles dans une ONG gagne environ 2,3 fois plus que celui qui exerce dans le public et dans le privé.³

Etique/déontologie

L'étude menée en 2003 établit que les valeurs positives qui animent les personnels de santé enquêtés sont : la solidarité (esprit d'équipe), le dévouement (amour du travail), le professionnalisme ; 40,4% trouvent que les valeurs ont changé depuis le début des années 80 et 71% des répondants pensent que ces changements se sont traduits par des comportements négatifs (individualisme, recherche du gain facile, malhonnêteté, amateurisme) de la part des

² Ministère de la santé. OMS : Motivation, leadership et performance des équipes dirigeantes du secteur public de la santé du Burkina Faso. Novembre 2003.

³ Institut de Recherche en Sciences de la Santé, Les Caractéristiques des Revenus des Professionnels de la Santé et leur Relation avec la Fourniture des Soins au Burkina Faso, 2009

professionnels de la Santé. Seulement 28,3% pensent que les valeurs ont changé en comportements positifs.

Supervision et inspection

La supervision est organisée aux différents niveaux du système de façon descendante. Dans les districts sanitaires, les supervisions dites intégrées sont la stratégie de base pour le suivi et la gestion de la mise en œuvre des programmes. Seuls les Districts Sanitaires (DS) bénéficiant d'appui de PTF ou des ONG organisent des supervisions spécifiques mais elles restent insuffisantes. Pour ce qui concerne la PCIME par exemple, les résultats de l'évaluation⁴ du plan de couverture 2005-2010 indiquent qu'il y a peu d'informations disponibles au niveau des Directions régionales de la santé (DRS) DRS sur la situation d'ensemble de mise en œuvre de la PCIME dans l'ensemble des districts de la région. Les problèmes relevés par les supervisions sont récurrents et ne sont pas suivi de plan de résolution. De l'avis général, ces supervisions intégrées sont de moins en moins efficaces du fait qu'elles couvrent plusieurs domaines dans un délai réduit.

La qualité des services

Il manque des informations sur la qualité (perçue par patients/communauté et technique) dû au manque des études. Quelques informations plus générales (donc non axées sur la SMNI) sont disponibles. Pour fournir les services de SMNI, il y a des conditions préalables comme la disponibilité du plateau technique, tel que le bloc opératoire, l'unité de stérilisation (autoclave), l'équipement (ventouse/ forceps), le sang et les médicaments. L'Enquête Nationale sur les Prestations des Services de Santé et la Qualité des Données Sanitaires de 2013 (EN-PSQD) indique que la capacité opérationnelle générale des services de santé en Burkina Faso est 67%. Les équipements essentiels et les éléments de précautions standards sont les composantes de capacités opérationnelles qui présentent les scores moyens les plus élevés (85%). Par contre, les capacités de diagnostic et la disponibilité des médicaments essentiels ont les plus faibles scores moyens avec respectivement 45% et 48%. L'EN-PSQD constate aussi qu'il y a une forte disponibilité des services spécifiques à la santé de la mère et du nouveau-né dans les formations sanitaires. En effet, 92% des établissements sanitaires offrent des services de planification familiale, 90% offrent des services de soins prénatals, 79% offrent des services liés aux soins obstétricaux de base, 86% offrent des services de vaccination de l'enfant et 95% offrent des services de soins préventifs et curatifs pour les enfants de moins de 5 ans.⁵

L'acceptabilité : la satisfaction des patients

Un indicateur de l'acceptabilité des services est la satisfaction des patients. L'EN-PSQD indique un score moyen de patients hospitalisés « très satisfaits » varie de 9,6% (information médicale) à 42,1% (impression générale). Chez les patients ambulatoires, il varie de 20% (accessibilité aux soins de santé) à 77,9%, (impression générale).⁶

3. Les stratégies proposées

Au cours de l'atelier des stratégies pour les RHSMNI de 28-31 octobre 2013, les experts et parties prenantes ont discuté des stratégies pour améliorer la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des RHSMNI. Ci-dessous, les résultats des discussions sont présentés.

⁴ Ministère de la santé. Direction de la santé de la mère et de l'enfant : Evaluation de la mise en œuvre du plan de couverture PCIME 2005-2010. Rapport final. Juin 2013.

⁵ Ministère de la Santé de Burkina Faso (2013) L'Enquête Nationale sur les Prestations des Services de Santé et la Qualité des Données Sanitaires (EN-PSQD)

⁶ Ibidem

3.1 Disponibilité : augmenter l'effectif des personnels de santé dédiés à la SMNI

Justification

Afin d'augmenter la disponibilité de RHSMI (donc, l'effectif), il faudra former plus de personnes. Selon le PDRHS, il y a actuellement une insuffisance de capacité d'accueil dans les écoles de santé dans tous les instituts de formation au Burkina Faso, y compris un manque d'enseignants et d'infrastructures. Donc, il est premièrement important d'augmenter la capacité d'accueil pour quelques emplois dans les instituts de formation. Les instituts dans les zones rurales devraient être priorités, parce que des études dans d'autres pays montrent que quand un étudiant fait son étude et son stage dans les zones rurales, la probabilité que cette personne reste dans la zone rurale après ses études est plus élevée. Une autre solution à cette insuffisance est la collaboration avec les écoles privées : les instituts privés de formation sont en train de croître et elles ont la capacité de former plus d'étudiants. Cette solution s'inscrit dans la tendance internationale et nationale au développement du partenariat public-privé.

Selon la politique nationale, tous les accouchements devront être assistés par du personnel qualifié surtout des sages-femmes, mais aussi des médecins généralistes et gynécologues. Actuellement sur le terrain, le personnel disponible pour les accouchements, particulièrement en milieu rural, est constitué des accoucheuses auxiliaires. L'emploi étant mis en extinction, ce personnel ne sera plus recruté à partir de 2018. Afin de disposer au mieux d'un personnel qualifié et ?et en même temps offrir un plan de carrière aux AA sur le terrain ou en train d'être formées, une passerelle existe : la conversion des AA en AB par le truchement des concours professionnels. Afin d'obtenir une augmentation du nombre des sages-femmes, 2 types d'interventions sont prévues: d'une part former plus de nouveaux personnels à partir des diplômés de l'enseignement secondaire⁷ et d'autre part utiliser la passerelle des concours professionnels pour permettre au AB de devenir des sages-femmes. Cette intervention devrait se faire par étape, afin de ne pas vider les formations sanitaires du personnel pour les services de santé maternelles et néonatale et compte tenu du fait qu'actuellement il y a seulement 208 AB qui ont été formées (la filière est de création récente 2007).

Les résultats des projections montrent une insuffisance des gynécologues et les pédiatres. L'intervention a l'intention de combler l'écart entre les besoins et l'offre des gynécologues et des pédiatres. L'intervention prend en compte l'existence des emplois des ASSOG et des ASP qui peuvent prendre une partie des tâches des gynécologues et des pédiatres quand leurs tâches seront mieux définies et quand il y aura plus d'ASSOG et d'ASP formés.

Interventions priorisée

1. Renforcer la capacité d'accueil dans les écoles régionales de l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) en milieu rural et établir un partenariat avec les écoles privées

- *Action:* Développer une filière pour former des AB (200), SF (100) et 40 IDE cette filière sera disponible pour admettre des étudiants
Période: à partir de 2014
Responsable: ENSP
Indication des coûts 2014-2016: 225.000.000 CFA
- *Action:* Etablir un partenariat entre le Ministère de la Santé et des écoles privées et mobiliser des ressources par accorder des bourses de formation de 50 AA à AB dans les écoles privées.

⁷ Le niveau d'admission à la formation devra être porté au bac dans le cadre de l'harmonisation des curricula de formation dans l'espace CEDEAO

Période : à partir de 2014
Responsable: SG, DRH/MS, Ecoles privées
Indication des coûts 2014-2016: 167.271.300 CFA

- **Action:** Mettre en place un mécanisme de suivi de la qualité de formation dans les écoles publiques et privées
Période: à partir de 2014
Responsable : DRH/MS
Indication des coûts 2014-2016: 10.000.000 CFA

2. Augmenter le nombre de SF/ME ; en utilisant le potentiel des AA et AB

- **Action:** Former (3 ans) et recruter 100 SF/ME additionnelles (augmentation de 400 à 500) à l'issue de concours direct
Période: Annuellement, à partir de 2015 pour une période de 10 ans
Responsable: MFPTSS, MEF, DHR/MS
Indication des coûts 2014-2016: 249.668.400 CFA
- **Action:** former en AB (en 2 ans) 250 additionnel AA pour une période de 6 ans par concours professionnel (augmentation de 47 promotions par an à 250 par an). Les AA qui sont formées en AB et ont travaillé 3 années seront disponibles pour une formation en SF/ME.
Période et mise en œuvre par étape: Annuellement, à partir de 2014: 100, 2015: 150, 2016 - 2020: 250, 2021-2025: 150-50
Responsable : MFPTSS, DRH/MS
Indication des coûts 2014-2016: 407.858.00 CFA
- **Action:** Former (en 2 ans) 100 AB comme SF par concours professionnel (augmentation de 21 promotions à 100 promotions par an)
Période: Annuellement, 2014-2019: 50 AB par an; à partir de 2020 100 par an
Responsable : DRH, Ecoles de formation
Indication des coûts 2014-2016: 77.342.800 CFA

3. Former et recruter des gynécologues et pédiatres

- **Action :** Augmenter le quota des bourses de 15 à 20, pour les gynécologues et pédiatres par concours professionnel.
Période : Annuellement, à partir de 2014
Responsable : SG, MEF
Indication des coûts 2014-2016: 473.200.00 CFA

Résultats pour une couverture de 85% des services SMNI

1. Renforcement de capacité d'accueil dans les écoles régionales

- La capacité pour former les AB, SF et IDE dans les zones rurales est augmentée en 2015; 200 AB, 100 SF, et 40 IDE par dans les deux nouvelle filières, y compris le développement d'infrastructure et l'augmentation du nombre d'enseignants (10) et l'encadrement de terrain (poste stage).
- Les écoles privées qui répondent aux critères de qualité reçoivent des bourses pour la formation de 50 AB.

2. Disponibilité des SF/ME

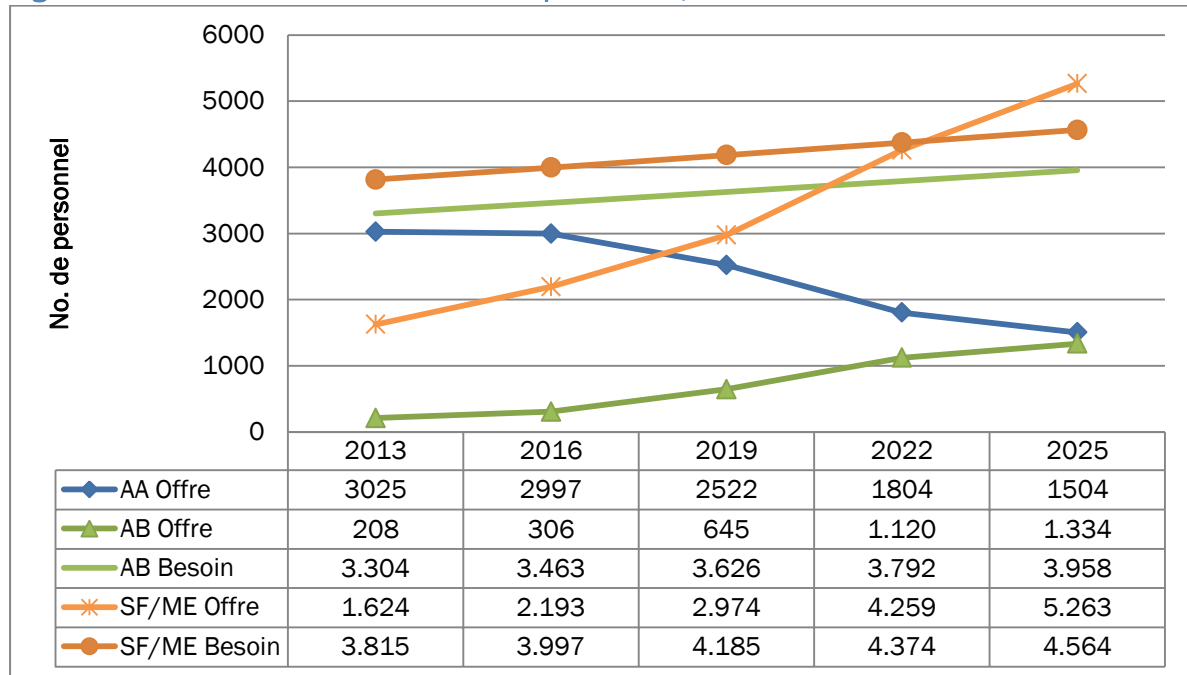
- 100% du besoin en SF est couvert en 2023: augmentation d'effectif de SF de 1624 en 2013 jusqu'à 5260 en 2025

- Environ 50% de l'effectif de AA (2013: 3150 AA) sont reconverties en AB; 1690 AB sont disponibles en 2025 – si elles restent AB. Si les AA qui sont reconverties en AB, sont formées en SF/ME, la disponibilité des AB seraient 1334.

3. Disponibilité des gynécologues et pédiatres

- 100% de besoin des gynécologues sont couverts en 2022 (185 gynécologues)
- 55% de besoin des 319 pédiatres sont couverts en 2025: augmenter de l'effectif 35 jusqu'à 175

Figure 3.1.1 Ecart entre l'offre et le besoin pour les AA, AB et SF basée sur les interventions



Faisabilité

La conversion des AA en AB, et des AB en SF/ME :

- La stratégie de former des AA en AB, et les AB en SF cadre avec le texte d'organisation des emplois spécifiques de la santé et l'option prise pour l'évolution vers l'extinction de l'emploi des AA.
Vu leur niveau de formation et âge, environ 50% des AA ne remplissent pas les conditions d'admission pour une formation en AB (les conditions d'admission pour la formation en AB par concours professionnel restent l'âge (avoir moins de 47 ans au 31 décembre de l'année d'ouverture du concours) et l'ancienneté de service de 3 ans et non le niveau. Ainsi, le diplôme de BEPC n'est pas exigé), et elles n'ont plus un rôle formel dans les services SMNI : quel est le plan transitoire et leur avenir? Discuter avec le MS, les syndicats, les ordres etc.
- Analyser les possibilités et la marge de manœuvre dans la réglementation existante afin de raccourcir la trajectoire de conversion des AB en SF/ME : reconsidérer avec la fonction publique, les écoles et les ordres professionnels les conditions préalables et la classification dans les échelles salariales.
- Avant avoir accès à la formation des SF, les nouveaux diplômés des AB doivent avoir travaillé au moins 3 ans sur le terrain. En 2013, il y a 208 AB et à partir de 2015 on commence de convertir les AA en AB. Vu le nombre limité des AB, leur formation en SF peut seulement être accélérée à 100 par an après 2020 ; à ce moment, les AA qui ont commencé leur formation en AB en 2015 ont remplies les conditions de 3 années d'expérience sur le terrain.

- Faire une analyse des coûts de formation et de recrutement des AB et SF/ME : serait-il le plus efficace, efficient et faisable de former et recruter plus de SF/ME, ou de convertir plus des AA en AB, et plus des AB en SF ? Il s'agit d'une analyse et une comparaison des coûts liés au renforcement des capacités des écoles, la formation et les salaires ; ainsi qu'une analyse des compétences, de l'acceptabilité et de la qualité des deux options ; et des discussions et négociations avec le MEF sur la disponibilité des fonds.
- En ce qui concerne la promotion, par exemple des AA en AB, il y a un risque que certains emplois comme les AIS et les Garçons et Filles de Salle ne le perçoivent comme une intervention discriminatoire.

La conversion des IB en IDE :

- Serait-il faisable de diminuer le nombre des IDE formés et recrutés par an (actuellement 560), et reconvertir l'effectif existant des IB (3000) en IDE ? Il s'agit d'une analyse des implications pour la qualité des services et une analyse pour voir quelle option sera la plus économique. Discuter avec MS, MFP, MEF, ordres, prestataires.
- Vu leur niveau de formation, environ 50% des IB ne remplissent pas les conditions d'admission pour une formation en IDE, et elles n'ont plus un rôle formel dans les services SMNI : quel est le plan transitoire et leur avenir ? Discuter avec le MS, les syndicats, les ordres etc.

Former et recruter des MG, GYN et PED (complément du Plan de formation des spécialistes) :

- Quel est le rôle des nouveaux emplois Attachés de Santé en Soins Obstétricaux et Gynécologue (ASSOG) et Attachés de Santé en Pédiatrie (ASP) dans les SMNI par rapport aux rôles des MG, GYN et PED ? Par exemple, dans les hôpitaux dans les districts ruraux et pourraient-ils remplacer les MG dans ces zones ? Quelle est la différence entre les coûts de formation, de rémunération et de fidélisation dans les hôpitaux ruraux pour les ASSOG et les ASP par rapport aux coûts des MG, GYN et PED ?
- Serait-il faisable de réduire les coûts de formation en formant moins de MG, parce que moins de MG sont recrutés par an (84) par rapport à ceux qui sont actuellement formés (270 par an) ?

Renforcer la capacité d'accueil dans les écoles régionales :

- Comment choisir les zones pour les écoles ? Comment assurer les besoins en enseignants, en personnel d'encadrement, en matériel didactique et en postes de stage dans les zones rurales ? Actuellement il y a une insuffisance du personnel d'encadrement, de matériel didactique et pédagogique pour l'augmentation de formation des AB, SF, IDE, GYN et PED. En plus, les professionnels de santé ne veulent plus enseigner, Il faudrait rendre incitatif le fait d'enseigner dans les écoles de formation en santé. Ces questions sont à discuter avec l'ENSP, le MS, les ordres professionnels et les enseignants sur place.
- Par rapport au mécanismes d'accréditation, le Ministère a engagé la réflexion et un cahier des charges a été élaboré pour l'ouverture des dites écoles. Ce qui permet au Ministère de se prononcer par rapport aux demandes d'ouverture des écoles privées de santé. Avec l'instauration de l'examen national unique de fin d'études des personnels paramédicaux qui entre en vigueur en 2014, le Ministère s'engage à contrôler la qualité des produits de toutes les écoles de santé, publiques comme privées. Pour combien des étudiants, il est coût-efficace d'ouvrir une filière ? A discuter avec les écoles privées, l'ENSP, le MS, les ordres professionnels et les enseignants sur place.
- Est-ce que les ressources financières pour les nouvelles filières sont disponibles ? A discuter avec l'ENSP, le MS et le MEF.
- Il y a de soutien politique pour augmenter la capacité des écoles régionales ; la vision du ministère est de créer des écoles dans les différentes régions du pays.

- Pour le développement des infrastructures des ENSP, le plan stratégique de développement de l'ENSP a prévu la construction et l'équipement des différentes écoles. La mobilisation des ressources reste à faire.

3.2 Améliorer l'accessibilité aux services de santé dans les zones rurales les plus démunies

Justification

Les résultats des analyses montrent qu'il existe une répartition inéquitable entre la couverture des besoins de la population dans les zones urbaines et rurales. Il y a un surplus de RHMSNI dans toutes les zones urbaines, et une insuffisance dans les zones rurales de toutes les régions (sauf le Centre), particulièrement pour les SF, AB (emploi transitionnelle), IDE et MG. Les régions les plus affectées sont l'Est, le Sahel, le Centre Nord et la Boucle du Mouhoun. Les interventions sont premièrement axées sur l'augmentation du nombre des SF, AB (transitionnelle) et MG dans les zones rurales les plus démunies, et deuxièmement l'augmentation du nombre des IDE dans les zones rurales les plus démunies, car leur nombre absolu est plus élevé. Vu le fait que tout ne peut pas être fait en même temps, le groupe des Experts et parties prenantes ont choisi de se contenter d'abord sur les régions de l'Est et Sahel, et graduellement dans les années à venir, d'inclure les régions du Centre Nord et Boucle du Mouhoun et plus tard les dernières régions démunies. Pour atteindre cet objectif, trois stratégies principales sont proposées ;

(1) L'introduction des mesures d'accompagnement pour améliorer la motivation des agents sanitaires, particulièrement les MG, SF, IDE et AB. Un paiement des indemnités pour les zones rurales existe déjà mais selon la littérature, les indemnités ne sont pas le seul facteur de motivation. Egalement sont importants un plan de carrière, des bonnes conditions de travail et de vie. Donc les mesures d'accompagnement proposées comprennent des logements pour les MG, SF et IDE, l'approvisionnement en énergie solaire, moyen locomotion et accès à l'internet pour les MG, et une antenne parabolique pour les formations sanitaires. En plus, les plans de carrière des agents sanitaires seront élaborés.

(2) La conversion du personnel qualifié au niveau des IB et AA qui travaillent déjà dans les zones rurales à un niveau plus élevé (p.e. IB à IDE et AA à AB). Les personnels qui travaillent déjà dans les zones rurales sont probablement plus prêts de rester dans les zones rurales, surtout s'ils sont d'origine de cette zone rurale.

(3) L'affectation dans les zones rurales des nouveaux-diplômés des concours directs, comme les MG et une partie des SF. Cette intervention est combinée avec un système de rotation bien défini qui a montré son efficacité dans d'autres pays, mais la faisabilité de la rotation au Burkina est à discuter.

Interventions priorisées

1. Recrutement des médecins généralistes pour le milieu rural

- *Action* : Recrutement direct des 60 MG additionnels par an pour le milieu rural avec des mesures d'accompagnement (logement, énergie solaire, internet, moyen de locomotion) pour tous les MG en milieu rural, en commençant par 2 régions (Sahel et Est) à étendre pour la Boucle du Mouhoun et le Centre Nord.
Période : 2014: L'effectif 28+60, 2015-2020: 60 MG par an. A déterminer la période de travail en milieu rural, les projections sont faites avec la supposition de 5 années obligatoires dans les zones rurales.
Responsable : MFPTSS, MEF, DRH/MS, DAF/MS
Indication des coûts 2014-2016: 4.357.980.000 CFA

2. Augmenter le nombre de sages-femmes disponibles dans les zones rurales

- *Action:* Affectation directe de 20 diplômés SF (parmi les 100 SF additionnelles) au Sahel (10) et à l'Est (10) par an à mettre à disposition des communes sur engagement. Après évaluation à étendre pour Boucle du Mouhoun et Centre Nord.
Période: à partir de 2014
Responsable : SG
Indication des coûts: Inclus dans le budget des interventions de 'disponibilité'
- *Action :* Parmi les 100 AB qui sont formées en SF (voir stratégie disponibilité), former 20 AB du Sahel (10) et de l'Est AB (10) par pendant 2 ans (AA formées en AB / diplômés 2016 avec 3 ans expérience)
Période: à partir de 2014. Après évaluation à étendre pour la Boucle du Mouhoun et le Centre Nord.
Responsable : MFPTSS, DRH/MS
Indication des coûts: Inclus dans le budget des interventions de 'disponibilité'
- *Action :* Parmi ces 250 AA qui sont formées en AB (voir stratégie disponibilité), recrutement annuel sur concours professionnel de 20 professionnels AA du Sahel et 20 de l'Est à former en AB pour servir en retour dans ces zones
Période: à partir de 2015.
Responsable : MFPTSS, DRH/MS
Indication des coûts: Inclus dans le budget des interventions de 'disponibilité'

3. Augmenter le nombre des IDE dans les zones démunies

- *Action :* Recruter annuellement sur concours professionnel 20 IB des zones démunies à former en IDE pendant 2 ans pour servir comme IDE dans ces zones.
Période : à partir de 2014
Responsable : MFPTSS, DRH/MS
Indication des coûts 2014-2016: 128.187.360 CFA

4. Améliorer la motivation des agents sanitaires dans les zones démunies

- *Action :* Doter les AB, IDE, SF travaillant dans les formations sanitaires les plus démunies des logements (SF/IDE) et énergie solaire et doter les formations sanitaires en zones rurales les plus démunies une antenne parabolique
Responsable : MEF, DAF/MS.
Période : à partir de 2015.
Indication des coûts 2015-2016: 1.250.000.000 CFA
- *Action :* Elaborer et mettre en œuvre les plans de carrière des agents sanitaires.
Responsable : DRH/MS.
Période : à partir de 2015
Indication des coûts 2014-2016: 20.000.000 CFA

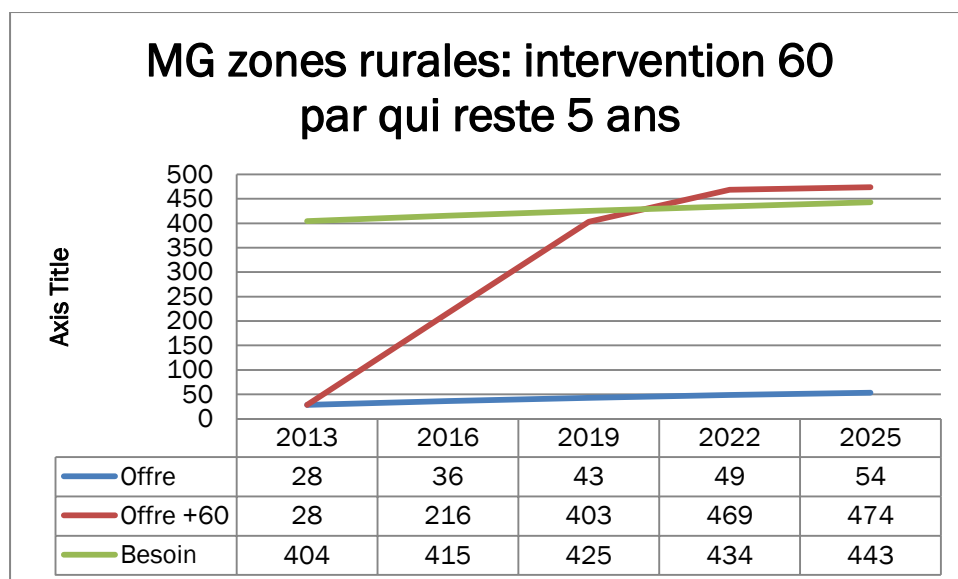
Résultats pour une couverture de 85% des services SMNI

Recrutement des médecins généralistes pour le milieu rural

- 100% des besoins des MG dans les zones rurales est couvert en 2021: l'augmentation de l'effectif de MG dans les zones rurales de 28 MG en 2013 au 474 MG en 2025. Après 2022, le nombre des MG dans les zones rurales sera stable, si on introduit une rotation

entre zones rurales et zones urbaines après 5 ans (voir la discussion sur la période obligatoire d'engagement dans les recommandations).

- 450 logements sont construits dans les zones rurales, et les autres mesures d'accompagnement sont disponibles (énergie solaire, internet, locomotion).



2. Augmenter le nombre de sages-femmes disponibles dans les zones rurales

- Sahel :
 - Besoin de 325 SF en 2025 couvert par 60%: augmentation de 11SF en 2013 -> 196 SF en 2025 (et 40 SF sont retournées a zone urbaine après un période obligatoire d'engagement de 5 ans)
 - 200 AA sont devenues AB et travaillent comme AB dans leur poste d'origine (besoin en 2025 : 295 AB=68%)
- Est:
 - Besoin de 403 SF en 2025 couvert par 55%: augmentation de 17 SF en 2013 -> 224 SF en 2025 (et 40 SF sont retournées en zone urbaine après une période obligatoire d'engagement de 5 ans)
 - 200 AA sont devenues AB et travaillent comme AB sur leur poste d'origine (besoin en 2025 : 367AB=54%)

3. Augmenter le nombre des IDE dans les zones démunies

- Sahel : Besoin de 259 IDE en 2025 couvert par 75%: 360 IDE
- Est: Est: Besoin de 427 IDE en 2025 couvert par 68% (augmentation de 90 IDE à 290 IDE)

4. Améliorer la motivation des agents sanitaires dans les zones démunies

- XX logements construits avec les commodités, comme l'énergie solaire dans les zones les plus démunies sont disponible pour les SF et IDE.
- Les plans de carrière des différents emplois sont disponibles, communiqués et mis en œuvre

Faisabilité

Affectation, rotation et mesures d'accompagnement :

- Est-ce que les mesures d'accompagnement, la rotation et l'amélioration de la motivation vont avoir l'impact prévu sur l'attraction et la fidélisation des MG, SF, AB et IDE? Faut-il envisager d'autres mesures, comme un système de récompense sur la base de la qualité du travail, des résultats ou de la performance.
- Quel est la faisabilité économique? Quelle est la marge de manœuvre dans les ressources financières disponibles? Comment pourra-t-on garantir la pérennité des paiements si les financements sont assurés par les ressources d'extérieur des PTF? Il est noté que le budget n'est pas encore disponible pour le recrutement additionnel des MG, IB->IDE et les mesures d'accompagnement. Il faut faire un plaidoyer au niveau des PTF et de l'Etat. Les participants de l'atelier estiment que ces interventions ont une faisabilité très aléatoire du fait de la disponibilité budgétaire inconnue pour la période du plan triennal.
- Les mesures d'accompagnement peuvent être perçues comme discriminatoires par rapport aux prestataires d'autres régions. Les autres régions dans des conditions similaires pourraient demander d'appliquer la même stratégie. De surcroît, en considérant une approche progressive par zone pilote (ex : Sahel ou Est), la faisabilité sociale et politique reste incertaine au regard de la sensibilité des acteurs et demande des négociations avec des parties prenantes et un bon plan de communication. Est-ce que l'introduction des mesures d'accompagnement dans certaines zones/districts sera acceptées? Comment choisir ces zones? Serait-il acceptable d'avoir des quotas pour les régions défavorisées dans l'allocation des bourses de formation?
- Quelle marge de manœuvre existe dans les textes de la fonction publique afin de compléter les indemnités et les mesures d'accompagnement pour le travail en milieu rural et d'introduire une variation dans le nombre d'années « obligatoires » (3/5/10) dans les zones rurales les plus démunies et d'introduire la rotation pour les agents sanitaires? Comment assurer que les AB formés en SF/ME retournent à leur poste d'origine et y restent pour la période obligatoire d'engagement?
- Il faut discuter les mesures et lesdites questions de faisabilité par emploi avec les agents sanitaires qui travaillent actuellement dans les zones rurales, les ordres, les syndicats, les gestionnaires etc. Quel est leur point de vue sur l'impact, les coûts, la durabilité, l'acceptabilité et les possibilités de renforcer les mesures proposées?

Recrutement des RHSMNI dans leurs régions d'origine

- Il est faisable de recruter les IDE et les sages-femmes par concours direct car il existe des candidats bacheliers résidents dans ces régions et il existe des écoles de formations afin de faire ces recrutements et les formations.
- Pour affecter les AB et SF en milieu rural, on n'a pas besoin des ressources additionnelles, ils sont déjà inclus dans les stratégies de 'disponibilité'.

Recrutement au niveau des communes

- Quel est le processus de transfert de compétence et des postes budgétaires au niveau des communes afin de renforcer les capacités des communes de gérer les SF/ME et autres personnels de santé? Il faut discuter du recrutement au niveau des communes et élaborer un plan d'appui aux communes afin d'assurer que le salaire est payé au niveau décentralisé.

3.3 Assurer la qualité et l'acceptabilité de prestations des services

Justification

Les stratégies proposées avec l'objectif d'assurer la qualité et l'acceptabilité des services SMNI sont: (1) améliorer en matière d'éthique et de déontologie (délais d'attente, accueils inadaptés, absentéisme, etc.) et (2) assurer que les agents sanitaires (incl. les nouveaux diplômés) ont des

compétences en adéquation avec les prestations attendues par les usagers. Elles sont priorisées par ce que elles permettent de mieux utiliser l'effectif existant. En outre, elles t sont relativement moins chères et sont rentable.

Interventions priorisées

1. Améliorer l'éthique et la déontologie (délais d'attente, accueils inadaptés, absentéisme, etc.)

- *Action* : Réduire l'absentéisme et augmenter la qualité de services fournis par les agents sanitaires en rendant systématique les visites semestrielles de l'inspection, de suivi et de supervision formative.

Période : à partir de 2014

Responsable : ITSS, DRH/MS, ECD

Indication des coûts 2014-2016: 315.000.000 CFA

- *Action* : Intégrer dans la formation initiale et continue les codes d'éthique et de déontologie et suivre l'adhérence aux codes lors des visites de l'inspection et de suivi.

Période : 2015.

Responsables: ITSS, DRS, ECD, Ordres.

Indication des coûts 2014-2016: 30.000.000 CFA

2. Assurer que les agents sanitaires (incl. les nouveaux diplômés) ont des compétences en adéquation avec les prestations attendues par les usagers

- *Action* : Réviser les curricula de formation des médecins, des AB, SF et des IDE.

Période : 2014

Responsable : ENSP et UFR/SDS

Indication des coûts 2014-2016: 50.000.000 CFA

- *Action* : Mobiliser des ressources pour la mise en œuvre des plans de formation continue des IDE, SF et des médecins en en soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC), en soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB), en prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), et en tri, évaluation traitement d'urgence (TETU).

Période : 2015

Responsable: DGS.

Indication des coûts 2014-2016: 525.000.000 CFA

Résultats

1. Améliorer matière d'éthique et de déontologie (délais d'attente, accueils inadaptés, absentéisme, etc.)

- Des visites de l'inspection, suivi et supervision formative par semestre par les équipes cadres, les DRS, les Ordres
- Les curricula de formation initiale des IDE, AB, SF et MG ont un module sur les codes d'éthique et de déontologie
 - ➔ Augmentation des agents IDE, SF/ME et MG présents dans les formations sanitaires et accueillent des clients selon les normes

2. Assurer que les agents sanitaires (incl. les nouveau-diplômés) ont des compétences en adéquation avec les prestations attendues par les usagers

- % des formations continues des IDE, SF/ME et des médecins en SONUC, SONUB, PCIME, TETU mise en œuvre (par rapport au nombre planifié)

- ➔ Augmentation des agents sanitaires (incl. nouveaux diplômés) qui ont des compétences en adéquation avec les prestations attendues (les enfants pris en charge selon l'approche PCIME et les accouchements réalisés avec le partogramme).

Faisabilité

L'inspection, de suivi et supervision formative

Il faut faire une analyse des coûts et de l'efficacité de ces stratégies. Une partie du financement est déjà disponible (p.e. pour les inspections), mais pas pour tous les coûts (p.e. liées à la sensibilisation des professionnels de santé). Les coûts impliqués pour l'inspection, le suivi et la supervision sont la prise en charge salariale des RH dédiées au contrôle, l'acquisition matérielle et logistique pour renforcer la fonction de contrôle et les coûts liés à la sensibilisation des professionnels de santé. Par ailleurs, il y a une mise en œuvre insuffisante des recommandations suite aux inspections : problème de management. L'intervention peut présenter un intérêt économique car la fonction de contrôle peut permettre davantage d'efficacité et d'optimisation des ressources du système de santé. Quel est l'évidence pour l'efficacité de cette stratégie?

- Il faut explorer les résultats des initiatives existantes en milieu rural qui visent à améliorer la fidélisation du personnel et d'assurer leur productivité et qualité de travail (p.e. un projet pilote de Financement Basé sur les Résultats (FBR), sur la redevabilité sociale, sur la supervision constructive etc.).
- Il y a un effet inverse potentiel de l'inspection sur la démotivation du fait du contrôle ; une perte de l'esprit de sacrifice et d'initiative.

Réviser les curricula

- Quelle sera la charge de travail administrative des institutions de formation publique (statut d'EPA), rigidité des programmes de formation, surtout chez les médecins.
- Existente-t-il d'autres options pour améliorer les compétences en adéquation avec les prestations attendues, comme par exemple l'autoévaluation des pratiques?
- La révision des curricula est conforme au processus d'harmonisation des curricula dans l'espace CEDEAO.

La formation continue

- Quelles seront les implications économiques (les coûts, l'impact, la disponibilité des sources financières) et opérationnelles (la disponibilité des enseignants, l'impact sur l'absence, le plan d'allocation et de suivi-évaluation de la formation continue) liées à la mise en œuvre des plans de formation continue pour les IDE, SF et des MG ?

Prochaines étapes

Pendant les ateliers de développement des projections et des stratégies, les premières étapes ont été prises pour le développement du Plan Triennal de DRHS 2014-2016 et aligné le PDRHS sur le PNDS 2011-2020 avec des objectifs clairs et quantifiés. Ce qui reste sont les étapes suivantes ;

1. Approfondir et finaliser l'analyse de la faisabilité et l'analyse de coûts et ressources disponibles

Il y a encore des questions par rapport à la faisabilité de quelques interventions proposées. Il est important de mener une analyse détaillée de la faisabilité, des coûts et des impacts de chaque stratégie, en prenant en compte le budget disponible des différents Ministères ou autres parties prenantes qui sont actuellement responsables pour le financement des interventions. Comme indiqué dans le texte, il s'agit de questions sur la faisabilité économique des interventions proposées en générale, et de questions sur les coûts par rapport aux effets, par exemple la

formation et le recrutement de plus de SF/ME par rapport à la conversion des AA en AB et AB en SF, et de diminuer les coûts de la formation et du recrutement des IDE en utilisant la possibilité de convertir les IB en IDE ?

Pour faire l'analyse de faisabilité, il manque des informations importantes, particulièrement sur les besoins des agents sanitaires qui travaillent actuellement dans les zones rurales et sur les points de vue des étudiants concernant le travail dans les zones rurales. Elles serviront de base des discussions avec des parties prenantes sur la faisabilité sociale des actions proposées et de développement d'actions innovantes. Il manque aussi des données sur les initiatives et mesures novatrices pour la fidélisation en milieu rural du personnel et assurer leur productivité et leur qualité de travail, comme p.e. financement basé sur la performance, la redevabilité ou la supervision formative. Il est recommandé de faire des études de cas pour obtenir cette information.

2. Sélectionner, faire le plaidoyer et valider un paquet des stratégies

Basée sur l'analyse de la faisabilité et l'analyse des coûts, les parties prenantes doivent choisir les stratégies les plus efficaces et faisables, avec le plus d'impact sur la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services SMNI. On doit choisir un paquet de stratégies, qui peuvent être mises en œuvre ensemble et qui se renforcent mutuellement. Par exemple, réviser les curricula et en même temps discuter de la durée de la formation professionnelle des AA en AB. Pour assurer la validation politique, l'augmentation des ressources financières et l'engagement des différentes parties prenantes, l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de plaidoyer est requis.

3. Développer et adapter le plan national, suivi et évaluation.

Finalement, les stratégies proposées afin d'améliorer les RH en SMNI, devraient être intégrées dans le Plan Triennal 2014-2016. Pour chaque stratégie, il faut un plan d'action budgétisé, qui fixe clairement les rôles et les responsabilités des différents acteurs, ainsi qu'un calendrier de mise en œuvre et des indicateurs de suivi et évaluation. En plus, le PDRHS devrait mieux s'aligner au PNDS 2011-2020 avec des objectifs clairs et quantifiés. Il est recommandé d'améliorer la collecte et l'analyse des données sur les RHS, y inclus l'effectif par région et en milieu rural et urbain et la déperdition, pas seulement pour le suivi et l'évaluation, mais aussi pour la planification pour les années à venir.

4. Dynamiser la commission thématique ressources humaines du Comité de suivi du PNDS

Cette commission représente le cadre approprié pour la poursuite du processus. Les discussions menées au cours des ateliers mettent en évidence la nécessité de renforcer le dialogue afin de partager les informations entre les parties prenantes, de suivre le déroulement du processus et de la mise en œuvre du PDRHS. En coordonnant les actions, la commission peut faciliter l'adoption et la mise en œuvre des stratégies consensuelles.

Annexe 1 – Liste des participants

Nom	Prénom (s)	Institution & Titre
Atelier 1: Groupe des Experts		
DRH		
KINDO	Alexis Mahamadi	MS, DRH, Directeur
CONGO	Hervé Claude	MS, DRH, Conseiller en Gestion des Ressources Humaines, Point focal pour l'élaboration du PDRHS
SOENEN	Cédric	MS, Projet d'appui au secteur santé, Assistant technique
SANON	Benjamin	MS, Projet de formation des spécialistes, Coordonnateur du projet
NITIEMA	P. Abdoulaye	MS, Directeur de la formulation des politiques
KOUANDA	Boureima	MS, Direction de la prospective et de la planification opérationnelle
SERE	Sidiki	Ministère de la fonction publique, du travail et de la sécurité sociale, direction de la gestion des carrières, Chef de service
NACOULMA	Marius	MS, District sanitaire de Pissy, gynécologue obstétricien
KERE	Yacouba	MS, DRH/MS, chef du service administratif
OMS		
CABRAL	Djamila	OMS, Country Representative
ZAN	Souleymane	OMS, chargé de programme
ZOMBRE	D. Sosthène	OMS, chargé de programme
MILLOGO	Jean -Jacques	Consultant SERSAP
TRAORE	Adama	Consultant SERSAP
DIELEMAN	Marjolein	Institute Royal des Tropiques, Conseillère des Ressources Humaines de la Santé
COLOMBO	Alessandro	Institute Royal des Tropiques, Conseiller de la Santé Publique
SCHEEWE	Selma	Institute Royal des Tropiques, Conseillère de la Santé Publique
Atelier 2: Group des Experts et Partenaires Prenantes		
OUBDA	Mariam	MS, Direction de la lutte contre la maladie, gestionnaire
OUEDRAOGO	Seydou	Ministère de l'économie et des finances (MEF), Direction de la Solde, Chef de service
KONFE	Hamadi	Syndicat des travailleurs de la santé humaine et animale (SYNTHSA)
KABORE	Salam	Ordre national des infirmiers et infirmières du Burkina (ONIIB) Secrétaire général
ZONGO	Victor	Association des Cabinets de soins privés, Infirmier

KOUANDA	Abdoulaye	Ordre national des pharmaciens du Burkina
KI	Prosper Marie	Ministère de l'économie et des finances, DRH, Chef de service
MILLOGO	Adama	EU, chargé de projets
OUEDRAOGO	S.Constant	Ministère des enseignements secondaire et supérieur, Comité ministériel de lutte contre le sida
TIEMTORE	Mariam	Syndicat des sages femmes maïeuticiens et accoucheuses auxiliaires du Burkina (SYSFMAB), Secrétaire générale
OUEDRAOGO	Jean Paul	Syndicat autonome des infirmiers du Burkina, Secrétaire général
LANKOANDE	Bignanaboa	MS, ENSP, conseiller de santé
SAWADOGO	Romial	MS, Direction régionale de la santé du Centre Est, médecin, Directeur régional
YAMEOGO	Tanregma	MS, CHU Yalgao Ouédraogo, Ouaga, DRH
KASSAMBA	Seydou	MS, CHU Sourou Sanon, Directeur des ressources humaines
DABIRE	Y. Gustave	MS, CHR Koudougou, DRH
SANOU	M. Joseph	MS, ITSS, inspecteur technique
PITROIPA	Noufou	MS, CHR Ouahigouya, DRH
OUBDA	Eve Alice	Ecole privée de santé Wend Panga,
NIKIEMA	Sambo Paul	Cabinet du Ministre de la santé, Conseiller technique
OUEDRAOGO	Dominique	MS, Direction des statistiques sectorielles, statisticien
THIOMBIANO	Brigitte	Ordre national des sages femmes et maïeuticiens du Burkina
SANTI	Tasséré	MS, Direction régionale de la santé du Centre, médecin
OURECE	Mathieu	Ecole privée de santé Ste Edwige, Directeur
OUEDRAOGO	Sylvie	MS, CHU pédiatrique Charles De Gaulle,
OUEDRAOGO	Robert	MS, Secrétariat général du Ministère de la santé, Chargé d'études
NIKIEMA	Vincent	Association des promoteurs des cliniques privées du Burkina (APROCLIB)
NASSA	S. Michel	UNFPA, NPO
SORGHO/KOUTOU	D.Valérie	Save the children
DEME	Issa	Ministère de l'aménagement du territoire et de la décentralisation (MATD)

Annexe 2 – Paramètres et suppositions des projections

Le rapport des ateliers de projections et de sélection des stratégies donne plus de détails sur les processus et les discussions entre experts qui avaient lieu avant d'arriver aux suppositions présentées ici.

1. Déterminer les besoins de la population

Années pour la planification: 2013, 2016, 2019, 2022 et 2025. Ces années sont choisies pour permettre la planification pour le plan triennale 2014-2016 et en même temps garder un perspectif à moyen et long terme, qui cadre avec la PNDS (de 2011 à 2020). ☒

Population ciblée :

Le nombre des femmes enceintes dans les années à venir est calculé par l'Université de South Hampton, basé sur la méthode suivante:

- Données sur la population, par group d'âge et par sexe de Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), 2012
<http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm>
- La méthodologie du projet AfriPop (<http://www.afriipop.org/>), en utilisant des images Landsat satellite et un système d'information géographique, a été utilisée pour le développement d'une cartographe avec la répartition exacte de la population. La population dans cette base de données dans le système d'information géographique a été divisée en 'urbaine' et 'rurale' selon la densité de la population, en utilisant la définition de l'Université de Columbia (« Global Rural Urban Mapping Project »).
- Pour arriver aux projections de la population (par région et zone, par group d'âge et par sexe) en 2015, 2020, 2025 et 2030, les estimations des Nations Unies sur le taux de croissance par zone (urbaine and rurale) par 5 années ont été appliquées sur la base de données. Une correction a été appliquée pour assurer concordance avec estimations population ONU au niveau national.
- Pour arriver aux projections des naissances, par région et zone en 2015, 2020, 2025 et 2030, l'indice de fécondité a été appliqué aux données. Les données ont été adaptées pour assurer une concordance avec les estimations des Nations Unies concernant les « live births » au niveau national.
- Finalement, avec une déduction de la mortalité et des avortements, le nombre de femmes enceintes par région et par zone était calculé.

Pour le calcul des enfants (< 5 ans) dans les années à venir, la méthode suivante a été utilisée :

- Calcul du pourcentage des enfants moins de 5 ans dans la population en 2015, 2020, 2025 et 2030 basé sur les données de PNUD, 2012
- Pour arriver au nombre des enfants en zones rurales et urbaines, le pourcentage des enfants <5 ans a été appliqué aux données produits par l'Université de South Hampton sur la population dans les zones urbaines et rurales.

Le paquet des services

Le paquet des services pour lequel les projections ont été faites est basée sur le « Politique et normes en matière de la sante de reproduction, 2010 »⁸. Le paquet des services comprend:

⁸ Ministère de la Santé de Burkina Faso, Politique et Normes en Matière de la Sante de Reproduction, Mai 2010

Tableau 1.1 Population ciblée: % de femme enceintes qui ont besoin de cet service

Sante Maternelle et Néonatale			Supposition
Consultation prénatale 1	CPN 1	100%	
Consultation prénatale 2-4	CPN 2-4	90%	100% - 10% avortements
Surveillance du travail et de l'accouchement (accouchement assiste)	AA	90%	100% - 10% avortements
Prévention de la transmission Mère-Enfant du VIH	PMTE/VIH	2%	2% prévalence
Soins néonataux essentiels	SNE	90%	100% - 10% avortements
Consultation postnatale 1 - 3	CPoN 1-3	90%	100% - 10% avortements
Soins après avortement	SAA	3%	3% ont des complications
Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base Incl. prise en charge des complications du post partum	SONUB	9%	10% de 90%
Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complet Incl. Soins néonataux d'urgence	SONUC	4,50%	5% de 90%
La planification familiale est inclus sans les SAA et CPoN 1-3	PF		

Tableau 1.2 : Population ciblée: % des enfants < 5 ans qui ont besoin de cet service

Sante infantile			Supposition
Surveillance de la croissance	SC	100%	
Vaccination: (3 x pentavalent, BCG, Rougeole, Polio)	VACC	100%	
Alimentation: Supplémentation en vitamine A	VIT.A	100%	
Prise en charge des cas de paludisme, diarrhée et IRA	PADIIRA	60%	Dans 1 année 40% tombe pas malade
Soins complets des enfants infectés par le VIH ou exposés à ce virus	VIH	0,50%	
Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère	MALN	3%	prévalence 3%
Autres maladies	AUTRE	10%	

Couverture:

La couverture ciblée est basée sur l'idéale de couverture universelle de la santé. En même temps la projection prend en compte la situation actuelle pour permettre de formuler des stratégies réalistes; en se basant sur le taux d'utilisation, actuellement c'est plus réaliste au Burkina Faso de planifier pour un scénario de couverture de 85% que 100% des besoins de population ciblée (SMNI). Actuellement, le taux d'utilisation varie pour quelques service comme la CPN 4, la prise en charge du paludisme, de la diarrhée et de l'IRA, qui est entre 34% et 56%. Par contre, pour d'autres services comme la CPN 1, au Burkina Faso il y a déjà un taux de couverture de presque 100%. Pour les services avec un taux d'utilisation qui est moins de 85% ou inconnu, on utilise pour la projection un taux de couverture de 85% ; pour les services avec un taux de couverture de plus 85%, on utilise un taux de couverture de 100%. Plus précisément, pour les projections, les suppositions suivantes ont été utilisées par rapport aux services ;

- Sante maternelle et néonatale: CPN1 100%, autres services 85%
- Sante infantiles : SC, VACC, VIT.A 100%, PADIIRA, VIH, MALN 85%, AUTRES 70%

Tableau 1.3 : Taux d'utilisation et taux de couverture

Service	Taux d'utilisation	Taux de couverture pour la projection
Sante maternelle et néonatale		
CPN 1	95% EDSBF-MICS IV	100%
CPN 2	74% PNDS 2099	85%
CPN 3	?	85%
CPN 4	34% EDSBF-MICS IV	85%
SAA	76% EDSBF-MICS IV	85%
PMTE/VIH		
Autres services : AA, SNE, CPoN1-3, SONUB, SONUC, FP	?	85%
Sante infantile		
VACC	87-97% EDSBF-MICS IV	100%
SC, VIT.A	Supposition ; même que VACC	100%
Paludisme, Diarrhée, IRA	37-56% EDSBF-MICS IV	85%
VIH, MALN	?	85%
AUTRES (maladies)	?	70%

Secteur privé:

Dû au fait que le secteur privé est dans le secteur sanitaire assez limité au Burkina Faso, la planification est axée sur le secteur publique, et les besoins par rapport au secteur privé ne sont pas inclus. Dans les projections, on a supposé que 3% des clients (femmes et enfants) qui ont besoin des services SMNI utilise le secteur privé.

2. Les besoins des ressources humaines de la santé maternelle, néonatale et infantile

Types de personnel:

Les ressources humaines qui sont responsable pour la SMNI et qui sont pris en compte pour les projections sont;

Tableau 2.1 Types de personnel

	Responsabilités clés	Durée de formation	Admission par concours direct	Admission par concours prof.	Admission sur titre
Agents Itinérante de Santé (AIS)	- donner des conseils d'hygiène aux malades et à la communauté ; - effectuer des visites à domicile pour identifier les malades, les femmes enceintes, les nouveaux nés et les nourrissons et les orienter vers une formation sanitaire ; mobiliser la communauté pour les activités préventives ; - encadrer et superviser les agents de santé communautaire ;	18 mois	Certificat d'études primaires	Titulaire du diplôme de garçon/fille de salle (GFS) + 5 ans dans l'administration dont 3 ans dans l'emploi de GFS	Titulaire du diplôme d'Agent Itinérant de santé (AIS)
Accoucheuses Brevetées (AB)	surveiller l'évolution de la grossesse normale ; - dépister et référer les grossesses à risque ou pathologiques ;	18 mois	Certificat d'études primaires	Titulaire du diplôme de Fille de	Titulaire du diplôme

	<ul style="list-style-type: none"> - référer les accouchements dystociques et les suites de couches pathologiques ; - pratiquer les accouchements eutociques ; - conseiller les méthodes contraceptives non prescriptibles ; - dispenser les soins aux nouveaux nés et aux accouchées ; - effectuer la consultation post-natale ; - collecter les données statistiques ; - remplir tous les documents prescrits dans le cadre de ses activités ; - fournir les comptes rendus des activités menées ; - participer à l'encadrement des stagiaires ; - surveiller la croissance et le développement psychomoteur des enfants de 0 à 5 ans. 				salle (FS) + 5 ans dans l'administration dont 3 ans dans l'emploi de FS	d'Accouchées Auxiliaires (AA)
Infirmiers Brevetés (IB)	<ul style="list-style-type: none"> - dépister et référer les grossesses à risque, les accouchements dystociques et les suites de couches pathologiques ; - pratiquer des accouchements eutociques ; - conseiller les méthodes contraceptives non prescriptibles ; - surveiller l'évolution de la grossesse normale ; - dispenser les soins aux nouveaux-nés et aux accouchées ; - effectuer la consultation postnatale ; 	18 mois	Brevet d'Etudes du Premier Cycle	Titulaire d'AA + 5 ans dans l'administration dont 3 ans dans l'emploi d'AA		Pas de concours sur titre
Infirmiers d'Etat (IDE)	<ul style="list-style-type: none"> - dépister et référer les grossesses à risque, les accouchements dystociques et les suites de couches pathologiques ; - concevoir des programmes d'Information, d'Education et de Communication (IEC) en santé ; - exécuter des activités d'IEC ; - effectuer la vaccination des groupes cibles ; 	18 mois	Brevet d'Etudes du Premier Cycle	Titulaire du diplôme d'AIS + 5 ans dans l'administration dont 3 ans dans l'emploi d'AIS		Titulaire du diplôme d'Infirmiers Brevetés (IB)
Sages-femmes (SF)	<ul style="list-style-type: none"> - effectuer les SONUC, effectuer la prise en charge du prématuré et du nouveau né à risque ; - effectuer la consultation de planning familial ; - dépister et prendre en charge les pathologies gynécologiques dégénératives ; - surveiller l'évolution de la grossesse normale et celle à haut risque ; prendre en charge les grossesses pathologiques ; - pratiquer les accouchements eutociques et dystociques dispenser les soins aux accouchées et aux nouveaux nés ; - effectuer les soins post-abortifs ; - effectuer des soins pré et post opératoires en gynéco obstétrique ; - effectuer la CPN; suivre la croissance et le développement psychomoteur des enfants de 0 à 5 ans ; - effectuer la prise en charge intégrée des maladies courantes des enfants de 0 à 5 ans ; - dépister et traiter les pathologies des femmes durant la période gravido puerpérale ; - contribuer à des programmes de communication pour le CCC en santé ; - exécuter des activités d'IEC ; 	27= concours directs 18 = concours professionnels	Brevet d'Etudes du Premier Cycle + Niveau de la classe de Terminale	Titulaire d'IB + BEPC + 5 ans dans l'administration dont 3 ans dans l'emploi d'IB		Titulaire du diplôme Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE)
Médecins généralistes (MG)	<ul style="list-style-type: none"> consulter, diagnostiquer, traiter et suivre les malades ; - référer les cas compliqués aux centres spécialisés ; 	27= concours directs 18 = concours	Brevet d'Etudes du Premier Cycle + Niveau	Titulaire d'AB + BEPC + 5 ans dans l'administration dont 3		Titulaire du diplôme de Sages Femmes d'Etat (SF)

		s professi onnels	de classe de Terminale	la ans dans l'emploi d'AB	
Gynécologues (GYN)	consulter, diagnostiquer, traiter et suivre les malades présentant une pathologie de sa spécialité ;				Pas de concours professionnel Titulaire du diplôme d'Etat de docteur en médecine
Pédiatres (PED)	consulter, diagnostiquer, traiter et suivre les malades présentant une pathologie de sa spécialité ;	4 ans			Titulaire du diplôme d'Etat de docteur en médecine + 3 ans dans l'emploi de médecin généraliste Titulaire du diplôme de docteur en médecine + D.E.S Gynécologie-obstétrique

Dans l'avenir, les AA et IB ne seront plus des emplois officiellement reconnus comme personnel qualifié, donc ils ne seront plus calculés dans les besoins. Puisque ces sont des emplois importants sur le terrain actuellement, ils sont pris en compte pour calculer l'offre. Les AB sont considérés par les experts nationaux comme « un emploi transitionnel ».

En plus, les experts nationaux ont décidé que malgré l'importance des Attachés de Santé en Soins Obstétricaux et Gynécologue (ASSOG) et des Attachés de Santé en Pédiatrie (ASP), leur paquet des tâches n'est pas encore clairement défini et pour cette raison ils ne peuvent pas être pris en compte. Actuellement (en 2013) il y a 4 ASSOG et 67 ASP, et ils sont prennent en compte dans les interventions proposée.

Les Chirurgiens, les Attachés de Santé en Chirurgie et les Attachés de Santé en Soins Infirmiers et Obstétricaux dédient la plupart de leur temps aux autres services que la SMNI, et donc ne sont pas inclus dans les projections.

La répartition des tâches

La répartition des tâches dans le paquet de services parmi les emplois sélectionnés ci-dessus a été définie par les experts nationaux dans les tableaux ci-dessous, avec des suppositions suivantes :

- Dans les années à venir (jusqu'au 2025), des tâches qui sont actuellement faites par les AA seront faites par les AB et les SF
- Dans les années à venir (jusqu'au 2025), des tâches qui sont actuellement faites par des IB seront faites par les IDE
- Dans les années à venir, la plupart des services sont fait par le même type de personnel dans les zones rurales et urbaines.

Tableau 2.1: répartition normative des tâches pour les services la santé maternelle et néonatale

Emploi	Lieu de services	CPN1-4	AA	PTME/VIH	SNE	CPoP1-3 SAA	SONUB	SONUC
AB	Urbaine	30%	40%		25%	35%	30%	
	Rurale	40%	40%	25%	40%	45%	23%	

AIS	Urbaine								
	Rurale			10%		5%			
IDE	Urbaine			5%				10%	
	Rurale	10%	15%	50%	15%	5%	5%	15%	
SF/ME	Urbaine	70%	50%	30%	50%	60%	60%	50%	
	Rurale	50%	45%	15%	45%	45%	80%	57%	
MG	Urbaine			5%			5%		15%
	Rurale						15%	5%	
GYN	Urbaine		10%	40%	10%	5%	35%	5%	85%
PED	Urbaine			20%	15%			5%	

Tableau 2.2: Répartition normative des tâches pour les services de la santé pour les enfants <5 ans

Cadre	Lieu de services	SC	VAC/VitA	PADIIRA, Maln & Autres	VIH
AB	Urbaine	40%	30%		
	Rurale	25%	35%		10%
AIS	Urbaine				
	Rurale	20%	25%	10%	5%
IDE	Urbaine	20%	30%	45%	15%
	Rurale	30%	20%	60%	35%
SF/ME	Urbaine	40%	40%		15%
	Rurale	25%	20%	10%	20%
MG	Urbaine			20%	30%
	Rurale			20%	30%
GYN	Urbaine				20%
PED	Urbaine			35%	20%

La productivité

Une partie de la méthodologie « Workload Indicators of Staffing Needs » (WISN) a été utilisée afin de déterminer la productivité (nombre de femmes et enfants qu'un prestataire qualifié pourrait prendre en charge par an), à savoir

- A. Calculer le temps de travail disponible par an
- B. Estimer le standard d'activités : le temps requis pour mener une activité
- C. Estimer le pourcentage du temps pour fournir des services SMNI

A. Temps de travail disponible : Concernant le temps de travail disponible par emploi, les experts nationaux ont recommandé d'utiliser les hypothèses documentées dans les « Normes en Personnel des Structures des Sanitaires Publiques, DRH 2013 ». Les suppositions suivantes ont été utilisées pour les projections pour chaque emploi :

Tableau 2.3: Temps de travail disponible

Variable	Catégorie de personnel	Valeur
Moyen d'heures de travail par jour	Chaque catégorie	8
Moyen de jours de travail par semaine	Chaque catégorie	5
Moyen de jours de congés fériés	Chaque catégorie	14
Moyen de jours de congés annuels / administratifs	Chaque catégorie	22
Moyen de jours d'absence et autres	Chaque catégorie	10
Moyen de jours de formation	Chaque catégorie	10

B. Les standards d'activités (pour chaque activité SMNI, les minutes requis par client afin de mener une activité selon des standard de qualité) : ont été déterminés avec les experts nationaux comme suit – pour chaque emploi qui fournit cette service.

Tableau 2.4 : Les standards d'activités

Activité	Standard d'activité (minutes par client)	
	Sante Maternelle et Néonatale	Sante Infantile
CPN 1	35	SC
CPN 2	30	VAC 12
CPN 3	30	VIT.A 2
CPN 4	30	PADIIRA 70
SAA	60	VIH 30
AA	480	MALN 30
PTME/HIV	40	AUTRE 30
SNE	10	
SONUB	60	
SONUC	45	
CPoN1	15	
CPoN2	30	
CPoN3	35	

C. Pourcentage du temps dédié aux SMNI : Afin d'arriver au pourcentage du temps dédié aux activités directes liées à la pratique SMNI ,il est supposé que chaque prestataire dédie au moyen 10% du temps aux activités imprévues et 10-40% au activités d'administration et gestion, comme le montre tableau 2.5.

Tableau 2.5 : Pourcentage du temps dédié aux SMNI

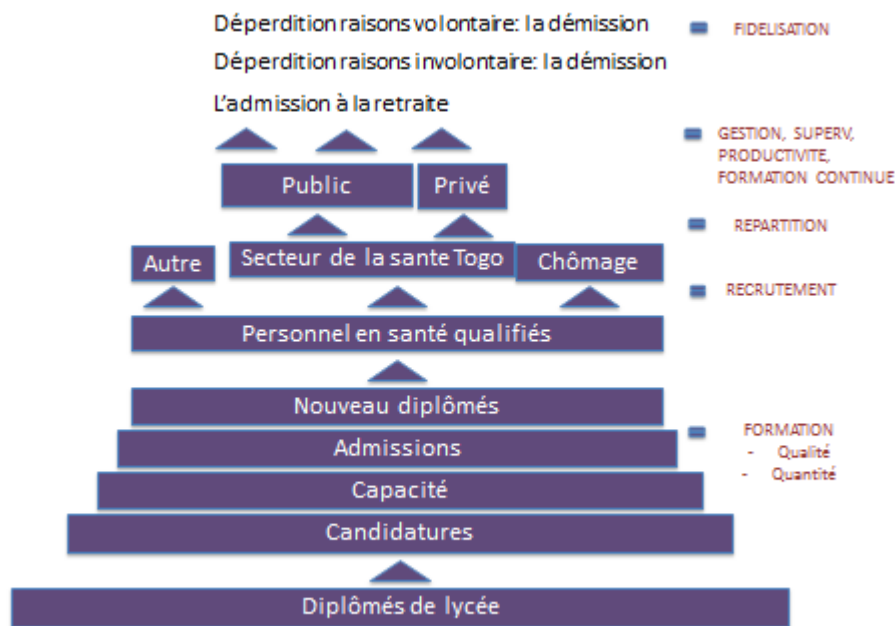
	Temps services SMNI	Temps d'autres services	Temps soutien admin/gestion et autres	Temps imprévus/ indirect
AA	70%	10%	10%	10%
AB	70%	10%	10%	10%
AIS	25%	45%	15%	15%
IDE	25%	35%	30%	10%
IB	35%	40%	15%	10%
SF/ME	75%	5%	10%	10%
MG	25%	25%	40%	10%
GYN	75%	0%	15%	10%

PED	75%	0%	15%	10%
-----	-----	----	-----	-----

3. L'offre des ressources humaines de la santé maternelle, néonatale et infantile

La couverture des besoins en RSHMNI consiste en deux éléments : le côté des besoins (la population) et le côté de l'offre (le système de santé). Figure 3.1 montre les différents aspects qui déterminent la disponibilité des RSHMNI pour le secteur public ; la formation, le recrutement, et le déperdition. Ci-dessous les données sont présentées sur tous ces aspects.

Figure 3.1 : Marché du travail; l'offre des RSHMNI



Source: adapted from Vujicic and Zum, 2006

Les données disponibles sur l'effectif, la formation et le recrutement sont résumées dans le tableau ci-dessous

Tableau 3.2 : L'effectif, formation et recrutement

	Effectif 2012	Formation par an (moyenne 2011-2013)	Recrutement par an (moyenne 2011-2013)	Promotion (partir) (moyenne 2011-2013)
AIS	2097	270	297	60
AA	2982	192	120	47
AB	148	79	47	21
IB	2824	299	237	103
IDE	3156	514	561	35
SF/ME	1317	370	408	35
MG	360	278	84	25
GYN	47	12-15	12	0
PED	32	12-15	12	0

Sources des données :

- Effectif:
 - Annuaire statistique 2012. Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires.
 - Désagrégation des GYN et PED par rapport aux autres médecines spécialistes basée sur le pourcentage des GYN et PED rapporter par DGISS.
- Recrutement
 - Données reçues de la Ministère de la Fonction Publique (25-10-2013) sur le concours professionnel, concours direct en mesures nouvelles 2011-2013. Le concours professionnel permet le personnel de MS de se convertir à un niveau plus haut, par exemple du niveau de l' AB à SF, et ce concours est organisé chaque année. Le concours direct est, aussi organise annuellement, et est destiné aux candidates qui ont terminés leur formation médicale initiale. Les nouvelles mesures sont décidées annuellement, en fonction des besoins spécifiques et de la disponibilité du budget.
- Formation:
 - Données le DHR a reçu (24-10-2013) de l' Ecole Nationale de la Sante Publique (ENSP) sur les années 2012 et 2013 et « ENSP: Effectifs des Diplômes Sortis de l'ENSP de 2001 à 2011, Ministère de la Santé ».
 - Base des données « TISAM » 26-1-2010; étude des écoles publique et prive avec données sur les admissions et nouveau-diplômés 2004-2009.
 - Données le DRH a reçu (25-10-2013) de l'ENSP sur les nouveaux diplômés des écoles privées et publiques 2013
- Promotion
 - Il n'y a pas des données sur la promotion par emploi par an. Une estimation des promotions par emploi par an est faite sur la base des données reçues de la Ministère de la Fonction Publique (25-10-2013) sur le concours professionnel, concours direct en nouvelles mesures 2011-2013. Il est supposé que le personnel qui entre le concours professionnel (p.e. pour devenir SF) est sur un niveau plus bas (p.e. avant le concours professionnel la personne était une AB).

Suppositions:

- En général, il y a des variations importantes entre les recrutements par an pendant les années passés, et le nombre de nouveau diplômés par an dans les années passés. Le groupe d'Experts a pris le moyen pour les trois années précédentes (2011-2013) comme l'estimation la plus précise.
- Pour les MG, l'estimation de nombre de nouveaux diplômés par an est basée sur l'admission et le supposition que 40% des étudiants qui commence arrêtent leur formation seraient renoncer.
- Pour les AA et IB, les écoles publiques ont fermées l'admission, mais les écoles privées continuent de recruter les étudiants.
- Pour les GYN et PED, le recrutement pendant les trois dernières années était environ en moyen 10 par an. Il y a une capacité de former 15 GYN et 15 PED par an. Il est supposé que dans les années à venir, sans autres interventions, 12 GYN et 12 PED seront recrutés par an.

Déperdition

Il y a une manque de données concernant le taux de déperdition par an. Les agents sanitaires de burkinabé sont jeunes, donc la déperdition à cause de retraite est limitée; environ 65% des RH sont moins que 45 ans, 27% sont entre 45 et 55 ans et 6% est plus que 55 ans⁹. L'âge de retraite

⁹ Direction général de l'information et des statistiques sanitaires/Ministère de la santé (2010)
Recensement général du personnel du Ministère de la Santé

est entre 55 ans (AIS, AA) et 63 ans (Médecins spécialistes). L'émigration des ressources humaines de la santé n'est pas un problème pertinent au Burkina Faso selon les experts, il n'y a pas des données sur cet sujet. Selon le Rapport Sectorielle (2012)¹⁰ les sortis définitives sont moins que 1% de l'effectif. Le plus grand problème identifié est que les RHS les plus qualifiés, comme les spécialistes, MG, SF/ME et IDE quitter leur travail pour rejoindre le secteur privé. Par suite, les experts ont décidé d'utiliser les pourcentages de déperdition pour les différents types de personnel comme décrit dans le tableau ci-dessous.

Répartition

Le répartition des RSHMNI est basée sur les données de DGISS (2010) de DRH de MS au niveau nationale. Vu la manque des données concernant la répartition de l'effectif dans les zones urbaines ou rurales dans les régions, il a été supposé que la répartition urbaine-rurale au niveau régional égale cette répartition au niveau national.

Tableau 3.3: déperdition et répartition de l'effectif

	Déperdition	Répartition: % urbaine
AIS	1%	31%
AA	1%	45%
AB	1%	54%
IB	1%	54%
IDE	5%	58%
SF/ME	5%	83%
MG	5%	93%
GYN	5%	100%
PED	5%	100%

¹⁰ Ministère de la Santé de Burkina Faso, Rapport Sectoriel 2012 du Ministère de la Santé à la Conférence de Gestion des Ressources Humaines.

Annexe 3 – Note d’engagement : le paquet d’interventions sélectionné son coûts

- Nom de votre institution ou pays

BURKINA FASO

- Quelle institution représentez-vous ? (soulignez ou entourez ce qui convient)

National Government	Professional association	Not-for-profit NGO/ civil society	Private for-profit sector
Development partner	International/ multilateral agency	Academia/ research institution	Other (please specify)

Personne de contact (veuillez indiquer nom, adresse e-mail et numéro de téléphone du point de contact au sein de votre institution / pays pour la communication sur les engagements en matière de RHS)

Name: DJIGUEMDE Amédée Prosper	E-mail: daprosper@yahoo.fr	Phone Number: (00226)70231931
---------------------------------------	----------------------------	-------------------------------

Quelles sont les actions – voies en matière de ressources humaines pour la santé (RHS) sur lesquels votre pays/institution peut s’engager ? (Veuillez inclure l’organisation responsable, les objectifs établis et les dates prévues d’achèvement)

Contexte

Le gouvernement du Burkina Faso a développé et met en œuvre le Plan National de Développement Sanitaire 2011-2020, dont les objectifs principaux concernent la santé maternelle, néonatale et infantile. Le plan vise la réduction du taux de mortalité des enfants < 5 ans de 184 pour 1000 naissances vivantes à 54,69 pour 1000 en 2020 ; la réduction du ratio de mortalité maternelle de 484 pour 100 000 NV à 242 pour 100 000 NV en 2020 ; la réduction du taux de mortalité néonatale de 31 pour 1000 à 9,16 pour 1000 en 2020; et le taux de malnutrition chronique chez les enfants < 5 ans passerait de 29% en 2011 à 23% en 2020.

Afin d’atteindre ces objectifs et assurer une couverture universelle, la disponibilité des agents sanitaires ayant des compétences adéquates pour fournir des services de qualité dans tout le pays est essentielle, particulièrement dans les zones rurales démunies où vit la plupart de la population. La croissance rapide de la population (3,1% par an) est porteuse d’une pression accrue sur les services de santé. Les réformes en cours dans le secteur de la santé induisent un besoin supplémentaire de ressources humaines qui aura des répercussions sur la formation et sur la répartition des personnels dédiés à la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI). En effet, il est prévu de doter chaque chef-lieu de commune rurale d’un Centre médical (CM) placé sous la responsabilité d’un médecin généraliste (MG), l’affectation des sages femmes dans les centres de santé (CSPS) qui se

situent au premier niveau de soins. En 2013, au Burkina Faso il y a 12 emplois (catégories professionnelles) qui fournissent des services en santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI), avec un effectif total de 12.963 agents sanitaires dont la plupart était les Accoucheuses Auxiliaires (AA), les Infirmiers Brevetés (Lb) et Agents Itinérants de Santé. Le dernier emploi a relativement peu de responsabilité en SMNI.

En moyenne, il y a 1.334 recrutements par an, surtout les IDE (en moyen 526 par an) et les SF (en moyen 373 par an) pour assurer la couverture universelle. Deux emplois ne feront plus l'objet de recrutement à partir de 2018, à savoir les Accoucheuses Auxiliaires (AA) et les Infirmiers Brevetés (IB). Le gouvernement prévoit que les services SMNI soient fournis par des Sages-Femmes, des Infirmiers d'Etat et les Médecins. Les Accoucheuses Auxiliaires seront donc remplacées au fur et à mesure par les Accoucheuses Brevetées (AB) ; qui au fur et à mesure seront formés comme des Sage-Femmes. En 2013 on compte 200 AB, dont 93 dans les zones rurales.

Les projections ont montré que pour la SMNI avec une couverture de 85%-100% des SMNI, l'écart le plus élevé entre offre et besoin des agents sanitaires (2013) se situe dans les districts ruraux de 4 régions : le Sahel (offre 2013: 291, besoin : 941), le Centre-Nord (offre 2013: 374, besoin : 1048), l'Est (offre 2013 : 434, besoin : 1168) et la Boucle du Mouhoun (offre 2013:677, besoin : 1183).

Il y a un nombre important des Sages-femmes (SF) et des Infirmiers de l'Etat (IDE) dans la région Centre qui abrite la capitale Ouagadougou (SF offre urbain: 310, besoin urbain : 393, rural offre: 64, besoin rural : 58 ; IDE offre : 409, besoin urbain: 257, offre : rural 296, besoin rural : 65).

Partout dans le pays il y a un surplus des IDE (offre 2013: 3.524, besoin : 3.976) sauf dans le Sahel rural (offre 2013 : 74, besoin: 305), et une manque des Sages-femmes (offre 2013 est de 1.624, besoin 3.825). En plus, il y a un manque des médecins généralistes (MG) dans les zones démunies (offre en 2013: 28 et besoin : 560) ; il y a 278 MG qui sont formés toutes les années, dont 84 sont recrutés, qui travaillent dans les zones urbaines principalement. Par ailleurs, le pays manque des pédiatres (offre 2013: 36, besoin: 190) et des gynécologues (offre 2013: 60, besoins: 122).

Afin d'assurer une meilleure disponibilité et répartition des emplois pour les services SMNI, le Burkina Faso a développé des stratégies pour combler l'écart entre offre et besoin. Ces stratégies seront l'objet de plaidoyer afin d'assurer la disponibilité des ressources pour leur mise en œuvre. Ces stratégies sont d'abord planifiées pour 2 régions parmi les plus démunies ; elles seront étendues aux autres régions les plus démunies en tenant compte des résultats du suivi de la mise en œuvre.

Engagement 1 : Augmenter l'effectif des personnels de santé dédiés à la santé maternelle, néonatale et infantile

Le Gouvernement du Burkina Faso s'engage à augmenter le nombre des agents sanitaires pour assurer des services SMNI à travers l'amélioration de la capacité et la qualité de la formation initiale des Accoucheuses Brevetées (AB), des Sage Femmes (SF), Infirmiers d'Etat (IDE) et des Médecins Généralistes (MG) :

- Réviser les curricula de formation des médecins, des AB, SF et des IDE. Responsables : ENSP et UFR/SDS. Echéance : 2014.
Indication des coûts 2014-2016: 50.000.000 CFA
- Développer une filière pour former des AB (100), SF (100 à l'ENSP Tenkodogo/Fada) et 40 IDE et 100 AB (Fada) disponible en 2016. Responsable ENSP. *Indication des coûts 2014-2016: 225.000.000*
- Former (3 ans) et recruter 100 SF additionnelles par an à partir de 2015 pour une période de 10 ans, à l'issue de concours direct. Responsables : MFPTSS, MEF, DRH/MS. *Indication des coûts 2014-2016: 249.668.400 CFA*

- Affectation directe de 20 diplômés SF au Sahel (10) et à l'Est (10) par an à mettre à la disposition des communes sur engagement. Responsable : SG. Période 2014.
- Former 100 AB en SF par an à partir de 2017 par concours professionnel, commencer avec 50 AB en 2015 et 2016. Responsables: DRH, Ecoles de formation. *Indication des coûts 2014-2016: 77.342.800 CFA*
 - A partir de 2020 former 20 AB du Sahel (10) et de l'Est AB (10) par (AA formées en AB / diplôme 2016 avec 3 ans expérience) en SF pendant 2 ans. Responsable : MFPTSS, DRH/MS
- Former (2 ans) 250 AA en AB par an à partir de 2016 pour une période de 10 ans par concours professionnel (commencer avec 50 en 2014, 200 en 2015 et 250 à partir de 2016). Responsables : MFPTSS, DRH/MS. *Indication des coûts 2014-2016: 407.858.000*
 - Parmi ces 250 AA, recrutement annuel sur concours professionnel de 20 professionnels AA du Sahel et 20 de l'Est à former en AB pour servir en retour dans ces zones à partir de 2015. Parmi ces Responsable : MFPTSS, DRH.
- Etablir un partenariat entre public et privé et mobiliser des ressources par accorder des bourses de formation de 50 AB par an à partir de 2014 dans les écoles privées. Responsable : SG, DRH/MS, Ecoles privées. *Indication des coûts 2014-2016: 167.271.300 CFA*
- Augmenter le quota des bourses de 15 à 20, pour les gynécologues et pédiatres par concours professionnel à partir de 2014. Responsable SG, MEF. *Indication des coûts 2014-2016: 473.200.000 CFA*
- Mettre en place un mécanisme de suivi de la qualité de formation dans les écoles publiques et privées. Responsable : DRH/MS. Période: 2014. *Indication des coûts 2014-2016: 10.000.000 CFA*

Engagement 2 : Améliorer l'accessibilité aux services de santé dans les zones rurales les plus démunies

Le Gouvernement du Burkina Faso s'engage à rendre plus accessibles les services de santé maternelle néonatale et infantile dans les zones les plus démunies :

- Recruter directement 60 MG additionnels par an pour le milieu rural, avec des mesures d'accompagnement pour tous les MG en milieu rural (28+180 pour 2015-2017) en commençant par 2 régions (Sahel et Est) à étendre pour Boucle du Mouhoun et Centre-Nord. Responsables : MFPTSS, MEF, DRH/MS, DAF/MS. *Indication des coûts 2014-2016: 4.357.980.000 CFA*
- Recruter annuellement sur concours professionnel 20 professionnels IB des zones démunies à former en IDE pendant 2 ans pour servir comme IDE dans ces zones. Responsables : MFPTSS, DRH/MS. Période 2014. *Indication des coûts 2014-2016: 128.187.360 CFA*
- Doter les AB, IDE, SF travaillant dans les formations sanitaires les plus démunies des logements (SF/IDE/MG) , panneaux d'éclairage solaire, accès à l'internet (MG) et antenne parabolique pour les formations sanitaires. Responsable : MEF, DAF/MS. Période : 2015. *Indication des coûts 2015-2016: 1.250.000.000 CFA .*
- Elaborer et mettre en œuvre les plans de carrière des agents sanitaires. Responsable DRH/MS. Période : 2015. *Indication des coûts 2014-2016: 20.000.000 CFA*

Engagement 3 : Assurer la qualité de prestations des services

Le Gouvernement du Burkina Faso s'engage à améliorer la qualité de services de SMNI dans les formations sanitaires :

- Réduire l'absentéisme et augmenter la qualité de services fournis par les agents sanitaires en rendant systématique les visites semestrielles de l'inspection, de suivi et de supervision formative. Responsables : ITSS, DRS, ECD. Période : 2014. *Indication des coûts 2014-2016: 315.000.000 CFA*
- Intégrer dans la formation initiale et continue les codes d'éthique et de déontologie et suivre l'adhérence aux codes lors des visites de l'inspection et de suivi. Responsables: ITSS, DRS, ECD, Ordres. Période : 2015. *Indication des coûts 2014-2016: 30.000.000 CFA*
- Mobiliser des ressources pour la mise en œuvre des plans de formation continue des IDE, SF et des médecins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC), en soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB), en prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), et en tri, évaluation traitement d'urgence (TETU). Responsable : DGS. Période : 2015. *Indication des coûts 2014-2016: 525.000.000 CFA*

Comment allez-vous assurer le suivi des progrès vers la réalisation de vos engagements ? (Quels indicateurs allez-vous suivre? Quelles sources de données allez-vous utiliser ?)

Indicateurs et sources de données :

Engagement 1

- % curricula de formation révisées/ nombre planifié *Sources* : rapport des ateliers de révisions des curricula- les curricula IDE, AB, SF et MG
- % des SF/ME formées et recrutées annuellement (sur 100 planifiés) *Sources* : PV des délibérations, examens des fins des cycles, décisions d'engagement, notes d'affectations
- % des bourses de l'état données aux écoles privées annuellement pour former des AB (sur 50 bourses planifiés) *Sources* : convention de partenariat pour la formation entre MS et écoles privées, attestations d'inscriptions délivrées par les institutions
- % des écoles de publiques et privées avec des formations de qualité selon les normes du Ministère de Santé *Sources* : rapport des inspections pédagogique

Outcome : % des effectifs de SF et des AB disponibles pour les zones démunies avec des compétences adéquates par rapport aux effectifs de 2013. *Source* : Système d'information de la DRH (période : annuellement, et évaluation en 2017 après la mise en œuvre du plan triennal)

Engagement 2

- % SF, IDE et MG affectés annuellement aux zones les plus démunies et mis à la disposition des communes sur engagement *Sources* : Décisions et notes d'affectations, certificats de prise de service

- % des professionnels IB dans les zones démunies formés en IDE et retournés annuellement dans les zones démunies (sur 40 planifié annuellement) *Sources* : Communiqué d'admission au concours professionnel, arrêtés de mise en position de stage
- % des logements construits avec les commodités dans les zones les plus démunies (sur le nombre planifié) *Sources* : PV de réception des logements, inventaires annuels
- Les plans de carrière des différents emplois sont disponibles, communiqués et mis en œuvre *Sources* : Document de plan de carrière

Outcomes :

- % des effectifs de SF et des AB présents dans les zones les plus démunies par rapport aux effectifs de 2013. *Source* : Système d'information de la DRH (période : annuellement, et évaluation en 2017 (après la mise en œuvre du plan triennal)
- % des AB, SF, IDE et MG affectés dans les zones les plus démunies fidélisés pour une période de 5 ans *Sources* : rapport annuel de la DRH

Engagement 3

- % des visites de l'inspection, suivi et supervision formative par semestre par les équipes cadres, les DRS, les Ordres (sur le nombre planifiés) *Sources* : Rapports des visites
 - Les curricula de formation initiale des IDE, AB, SF et MG ont un module sur les codes d'éthique et de déontologie *Sources* : Les curricula
 - % des formations continues des IDE, SF/ME et des médecins en SONUC, SONUB, PCiME, TETU mise en œuvre (par rapport au nombre planifié) *Sources* : rapports de formation
- Outcomes :
- % des agents IDE, SF/ME et MG présents dans les formations sanitaires et accueillent des clients selon les normes *Sources* : Enquête de qualité ponctuelle, SNIS et SARA
 - % d'enfants pris en charge selon l'approche PCiME. *Sources* : Enquête de qualité ponctuelles, SNIS et SARA
 - % d'accouchements réalisés avec le partogramme. *Sources* : Enquête de qualité ponctuelles, SNIS et SARA

Vous, ou un représentant de votre pays/institution, seriez disponible pour annoncer vos engagements en matière de RHS lors du 3ème Forum sur les Ressources humaines de la santé à Recife, Brésil, du 10-13 novembre 2013 ? (Oui)

Accepteriez-vous d'être contacté par l'Alliance ou par le Secrétariat de l'OMS après le 3ème Forum au sujet du suivi de la mise en œuvre des actions en matière de RHS pour lesquelles vous vous êtes engagé ? (Oui)

Pour toute clarification ou information complémentaire sur les engagements en matière de RHS, pour demander le formulaire de soumission en format Word et pour soumettre vos engagements, veuillez écrire à: globalforum2013@who.int en mentionnant “engagements” dans l'objet

Veillez soumettre vos engagements avant le 10 novembre 2013 (on encourage les envois anticipés afin de faciliter leur inclusion dans le programme du Forum).