



**UNION DES COMORES**  
**Unité – Solidarité – Développement**

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA SOLIDARITE ET DE LA PROMOTION DU GENRE

**PLAN STRATEGIQUE DE DEVELOPPEMENT DES  
RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE  
2010-2015**

**25 Janvier 2010**

- Remerciement
- Liste des tableaux
- Liste des sigles et acronymes
- Avant propos
- Résumé analytique
- Introduction
- Justification et objectifs du plan
- Opérationnalisation du plan
- Vision
- Objectifs
- Méthode de travail
- Forces du système des RHS
- Faiblesses du système des RHS
- Opportunités, menaces et défis
- Axes stratégiques
- Cadre logique
- Quantification des besoins et estimation des coûts
- Coûts du PNRHS
- Mise en œuvre
- Modalités de mise en œuvre
- Facteurs favorisant la mise en œuvre
- Contraintes dans la mise en œuvre
- Menaces à la mise en œuvre
- Conclusion générale

## **Remerciement**

Le Ministère en charge de la Santé de l'Union des Comores tient à remercier très sincèrement l'Organisation Mondiale de la Santé et l'Alliance Mondiale des Ressources Humaines pour la Santé pour les appuis tant matériels que financiers qui ont permis l'élaboration de ce précieux document. Ces remerciements s'adressent aussi à toute l'équipe de consultants qui ont œuvré sans relâche et qui ont abouti au résultat actuel, ainsi qu'à toutes celles et tous qui, dans le cadre du Comité National de la Santé et du Comité National Technique de la Santé qui ont contribué à l'adoption définitive de ces documents. Il n'oublie pas non plus les différents travailleurs du Ministère de la Santé tant au niveau central qu'insulaire et de l'OMS qui ont facilité la mission en charge de l'élaboration des documents.

## LISTE DES TABLEAUX

**Page**

Tableau 1 :	Capacités en planification	
Tableau 2 :	Production et développement des compétences	
Tableau 3	Management des ressources humaines	
Tableau 5	Normes et besoins de formation des paramédicaux et autres cadres intermédiaires	
Tableau 6	Normes et besoins de formation en médecins et autres spécialisés médico-techniques	
Tableau 7	Récapitulatif des coûts	
Tableau 8	Coûts de formation des médecins et autres spécialistes	
Tableau 9	Coûts de formation des paramédicaux et autres cadres intermédiaires	
Tableau 10	Coûts des autres actions du PNDRHS	

## Listes des acronymes et sigles

- ASCOBEF : Association Comorienne pour le Bien Etre de la Famille
- CMU : Centre Médico-Urbain
- CHR : Centre Hospitalier Régional
- CHN : Centre Hospitalier National
- DRH : Direction des Ressources Humaines
- DNS : Direction Nationale de la Santé
- EDS : Enquête démographique et sociale
- EMSP : Ecole de Médecine et Santé Publique
- FOP : Fonction Publique
- IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
- IDH : Indice de développement humain
- MICS :
- MSPASCF : Ministère de la santé publique des Affaires Sociales et de la Condition Féminine
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
- PEV : Programme élargi de vaccination
- PIB : Produit intérieur brut
- PMI : Protection maternelle et infantile
- PNDS : Plan national de développement sanitaire
- PNDRH : Plan National de Développement de Ressources Humaines
- PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement
- RGPH : Recensement Général de la Population de l'Habitat
- RHS : Ressources Humaines pour la Santé
- SFDE : Sage Femme Diplômé d'Etat



## AVANT PROPOS

L'objet du présent travail est l'élaboration d'un plan stratégique des ressources humaines pour la santé en Union des Comores. Il traduit les préoccupations du Ministère en charge de la Santé de mettre en œuvre les actions les plus efficaces pour améliorer les conditions de vie et de travail des professionnels en vue d'une plus grande productivité. Son élaboration est l'illustration des soucis constants des plus hautes autorités politiques de considérer la santé de la population comorienne comme l'un des déterminants du développement socio-économique. Il est la traduction de la volonté politique en actions.

Cet exercice est impulsé par les autorités sanitaires du pays qui sont préoccupées par l'émergence et la réémergence des problèmes de santé qui handicapent sérieusement le développement socio-économique du pays. Il est le fruit d'un consensus national, et est appuyé par les principaux partenaires au développement du pays, notamment l'OMS et l'Alliance Mondiale pour les Ressources Humaines pour la Santé. Il prend en compte toutes les spécificités des îles et du niveau central et son application rigoureuse nécessite l'implication de tous. Il est à la fois un outil de planification, mais aussi d'orientation et de décision. Sa vision met le cap sur le rendez-vous de 2015.

L'enjeu principal d'un plan stratégique de développement des RHS aux Comores est de garantir la disponibilité en quantité et en qualité suffisantes, à tous les niveaux professionnels et techniques, à l'endroit et au moment opportuns, des travailleurs de la santé bien motivés pour accomplir les tâches à eux confiées. Ce plan quinquennal qui doit entrer en vigueur dès la fin de son adoption, c'est-à-dire en 2010 recevra donc toutes les attentions des plus hautes autorités du pays.

Le Gouvernement de la République, par ma voix, remercie toutes celles et tous ceux qui ont contribué à l'élaboration de cet outil fondamental et veille sur son application sans réserve sur l'ensemble du territoire national.

**LE MINISTERE DE LA SANTE, DE LA SOLIDARITE  
ET DE LA PROMOTION DU GENRE**

**HODHOAER INZOUDDINE**

# I. INTRODUCTION ET CONTEXTE

## 1.1. JUSTIFICATION ET OBJECTIFS DU PLAN

Cette première partie s'inspire de l'analyse situationnelle des ressources humaines pour la santé<sup>1</sup> aux Comores. Ce document qui constitue un préalable à l'élaboration d'un plan stratégique, a été validé par le Comité National Technique de la Santé en sa séance du 21 janvier 2010.

L'Union des Comores est formée d'un archipel comprenant quatre îles principales situées à l'entrée septentrionale du canal de Mozambique et couvrant une superficie totale de 2.236 km<sup>2</sup>. Malgré la réprobation unanime de la communauté internationale et en dépit des protestations des autorités comoriennes, l'ancienne puissance colonisatrice, la France, maintient son administration sur l'une des îles, en l'occurrence Maore (Mayotte, 424 km<sup>2</sup>), depuis l'accession du territoire à l'indépendance le 6 juillet 1975. Ainsi, la souveraineté de la République comorienne ne s'exerce, en pratique, que sur les trois autres îles que sont Mwali (Mohéli, 290 km<sup>2</sup>), Ndzuwani (Anjouan, 374 km<sup>2</sup>) et Ngazidja (Grande Comores, 1148 km<sup>2</sup>). La population totale est estimée à 652 202 habitants. L'Union des Comores fait partie des pays à IDH moyen (PNUD, 2006).

Les différents arrangements politiques et institutionnels associés aux diverses difficultés économiques n'ont malheureusement pas permis au système de santé de se déployer efficacement. Malgré certains efforts déployés, l'offre des services de santé continue de se dégrader au cours des années en raison de plusieurs facteurs économiques, politiques, organisationnels, notamment la mauvaise gestion et la faible motivation des personnels de santé, la faiblesse du partenariat avec les ONG et la société civile et l'insuffisance de la coordination et du pilotage des activités. Difficile dans ces conditions d'être au rendez-vous des OMD de 2015, même si par ailleurs le pays enregistre un nombre assez appréciable des ressources humaines pour la santé qualifiées (près de 3 médecins, 4 Infirmiers d'Etat et 3 Sages Femmes d'Etat pour 10 000 habitants).

Un fait important à signaler est la taille modeste du pays tant en termes des territoires à couvrir (2236 km<sup>2</sup>) que de la population bénéficiaire des prestations (652 202 habitants). On pourrait partir de cette évidence pour pronostiquer que l'Union des Comores peut être en mesure de se placer parmi les pays aux mêmes conditions socio-économiques qu'elle aspirant à l'atteinte des OMD d'ici 2015 aux mêmes conditions socio-économiques. Mais, pour des raisons politiques, le pays s'est doté d'arrangements politiques et institutionnels qui sont loin de faciliter rationnellement un développement sanitaire de qualité.

---

<sup>1</sup> Pour plus de détails, prière consulter le document portant analyse situationnelle des ressources humaines pour la santé aux Comores, 2010



En effet, l'architecture institutionnelle complexe dont s'est doté le pays depuis 2001 a entraîné des conflits de compétences multiples et récurrents entre les pouvoirs exécutifs des îles et celui de l'Union, d'autant plus que la constitution s'est contentée de préciser les domaines exclusifs du pouvoir central et a renvoyé à la future Assemblée de l'Union le soin de voter des lois organiques définissant le champ des prérogatives et des compétences exclusives des îles et celles partagées entre l'Union et les îles. Sans définition claire des compétences de tous les niveaux, la confusion ne peut que s'installer. Ce qui ne manqua pas de se produire en 2007, lorsque, à la suite de l'élection ratée d'un chef de l'exécutif d'une île autonome, le président sortant s'autoproclama réélu et confisqua le pouvoir. Cet acte replongea le pays dans une période de hautes turbulences politico-institutionnelles. Il faudra attendre pratiquement une année et une intervention de l'armée comorienne appuyée par des forces de l'Union Africaine pour que les trois îles soient à nouveau réunifiées.

Dans la foulée, le Président de l'Union a pris l'initiative de soumettre à la population, par référendum en 2009, un projet de révision de la Constitution de 2001. Entre autres, la Loi référendaire adoptée le 17 mai 2009 restreint les prérogatives dévolues aux pouvoirs insulaires et remplace les appellations « Président de l'île », « Ministre de l'île » et « Député de l'île » par respectivement « Gouverneur de l'île », « Commissaire » et « Conseiller ». Au niveau de l'Union, le principe de la Présidence tournante entre les îles est maintenu et le Président est élu pour cinq ans avec trois vices présidents dont un par île. Mais des textes d'application clarifiant les rôles et compétences de tous les niveaux tardent à venir, ce qui n'est pas sans conséquence sur l'organisation efficace des services de santé sur l'ensemble du territoire national. Ces considérations montrent que sans un environnement institutionnel viable, une planification rationnelle des actions de santé est impossible.

L'enjeu de la gestion des ressources humaines pour la santé dans l'Union des Comores doit donc être analysé au regard de la complexité du montage institutionnel au plan politique telle qu'elle apparaît dans la réalité de la gestion des pouvoirs entre les niveaux central et périphérique des îles. En effet, au niveau central il y a un Ministre de la Santé de l'Union, mais au niveau de chaque île son pendant est le Commissaire de la Santé. Nommé par le Gouverneur de l'île, le Commissaire joue à priori un rôle politique, tout en gardant la haute main sur la santé de base (centres de santé, postes de santé). La première question à poser est celle de savoir quelles relations fonctionnelles existent-t-il entre le Ministre de la Santé de l'Union et le Commissaire de la Santé au niveau d'une île. Au prime abord, il semble que rien de vraiment formalisé existe entre ces personnalités les plus importantes en charge de la gestion du système de santé.

De plus, un Directeur Général de la Santé de l'île (au niveau central de l'Union, il s'agit d'un Directeur National de la Santé) est nommé par le Gouverneur de l'île sur proposition du Commissaire de la Santé de l'île, lequel Directeur Général de la Santé (un médecin) s'occupe de la gestion opérationnelle de la santé (mise en oeuvre de la politique sanitaire au niveau de l'île), sans liens opérationnels avec le niveau central.

Hiérarchiquement, sur une île, le Commissaire de la Santé et le Directeur Général de la Santé dépendent du Gouverneur de l'île, lequel est un élu au suffrage universel. Pour ajouter un peu plus à la complexité de la situation, les Directeurs des hôpitaux régionaux (Hombo à Anjouan, El Maarouf, Mitsamioli et Domoni à Moroni et Fomboni à Mohéli) sont directement nommés par le Président de l'Union (sur proposition du Ministre de la Santé de l'Union). Hiérarchiquement, ils ne dépendent ni des Commissaires de la Santé, moins encore du Directeur Général de la Santé de l'île, lequel, il faut le rappeler, est nommé par le Gouverneur de l'île. Les hôpitaux régionaux sont certes gérés par le niveau central de l'Union, mais paradoxalement les personnels de ces hôpitaux régionaux sont gérés par les Commissaires de la Santé des îles. Le paiement des salaires de tous les professionnels de santé qu'ils soient du niveau central ou insulaire est assuré par le niveau central, à partir du Ministère des Finances.

Au-delà de ces considérations structurelles, il faut faire remarquer que la gestion des ressources humaines pour la santé concerne aussi bien le recrutement, la gestion de carrière à proprement parler que les motivations et incitatifs pour escompter avoir une plus grande efficacité ou productivité. De façon générale, il n'existe pas de mécanismes de motivation appliqués dans la Fonction Publique comorienne, sauf pour des chefs de services en termes d'indemnités de service. Il y a bien longtemps que le fonctionnaire originaire d'une île travaillant dans la capitale pouvait bénéficier d'une indemnité d'éloignement. Ce qui n'est plus le cas aujourd'hui. Une telle mesure aurait permis un déploiement maximum des personnels de santé entre les îles. Pour un pays en proie à certaines vellétés sécessionnistes, un tel dispositif aurait pu concourir à une meilleure cohésion sociale.

Un plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé en Union des Comores doit tenir compte de toutes ces spécificités et complexités, et doit être bâti sur un modèle assez rationnel afin d'éviter des confusions qui ne feraient qu'ajouter des doutes sur son opérationnalité. Dans ce sens, le Ministère en charge de la Santé, par cette initiative d'élaborer un PNDRHS, pourrait contribuer à une plus grande clarification de la façon dont un système social peut se déployer en situation complexe.

En 2001, le Ministère de la Santé de l'Union des Comores avait élaboré un plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé devant être déployé jusqu'en 2010. Le plan mettait essentiellement l'accent sur la production et l'emploi des médecins spécialistes et additionnellement des médecins généralistes et d'autres professionnels qualifiés. A l'évaluation de ce plan, on constate en effet que la situation suivante, en termes de réalisation, a été constatée sur 9 ans. De 68 médecins en 2001, le nombre est passé à 121 en 2009, soit une augmentation de 79%. Bien que n'étant pas dans les mêmes proportions, le nombre des autres professionnels les plus qualifiés a aussi connu des évolutions positives au cours de la période considérée, soit: Techniciens de Laboratoire (+127%); Sages Femmes d'Etat (+116%); Infirmiers Diplômés d'Etat (+73%); Pharmaciens (+38%) et Dentistes (+23,5%).

Mais, il reste que pour obtenir un développement des ressources humaines pour la santé qui soit effectivement associé à l'offre efficace des services de santé dans un pays, la question de la quantité seule ne suffit pas. La critique principale du plan qui arrive à expiration est liée au fait que les autres aspects du développement des ressources humaines n'avaient pas été suffisamment pris en compte, et n'ont, par conséquent, pas connu d'amélioration pendant les dix dernières années, à savoir la problématique de l'éducation et de la formation, les aspects critiques de la gestion efficace et efficiente des professionnels employés dont la répartition équitable à tous les niveaux, les mécanismes de motivations, la productivité, la disponibilité d'un véritable système d'information et de recherche sur les RHS et les moyens de faire le suivi et l'évaluation des actions engagées dans ce domaine critique du développement sanitaire.

Le pays dispose actuellement d'un potentiel humain estimé à 2253 agents de santé (54% de sexe féminin contre 46% de sexe masculin, 5% de médecins, 11% des infirmiers toutes catégories confondues, 9% de Sages Femmes d'Etat) dont 41% sont des fonctionnaires ; le secteur privé étant très peu développé puisqu'il représente à peine 18% du potentiel public. Dans le cadre des diverses coopérations bilatérales et multilatérales, on note que l'intervention extérieure pèse au moins pour 29%, surtout au niveau des médecins spécialistes.

Les travailleurs du secteur public de la santé sont inégalement répartis (environ 35% au niveau central, 32% au niveau de l'île de Ngazidja, 24% à Anjouan et 10% à Mohéli) et privilégient plus le travail en milieu urbain (79%) que rural (21%). Comme dans d'autres pays africains, le niveau central consomme l'essentiel des professionnels les plus qualifiés (42% des médecins, 40% des IDE et 38% des Sages femmes d'Etat). Par rapport aux structures des soins, on note que les hôpitaux (au nombre de trois) consomment 57% des médecins, 47% des SFDE et 51% des IDE, au détriment des centres de santé de district et de postes de santé.

En raison de la mise en œuvre du PNDRH 2010, les besoins pour les prochaines cinq années semblent maîtrisables puisque ceux-ci s'élèvent à 296 paramédicaux et autres cadres intermédiaires dont le plus grand nombre concerne les IDE (92), les techniciens supérieurs (73) et les administrateurs et gestionnaires (52). Quant aux professionnels médico-techniques spécialisés dont les médecins, les besoins sont plus importants (139), l'accent étant essentiellement mis sur la formation des médecins de santé publique (36 dont 4 épidémiologistes), des radiologues (11), des chirurgiens généralistes (10), des pédiatres (10) et des gynéco-obstétriciens (7).

Au plan de l'éducation et de la formation, il faut noter que la totalité de la formation de base des médecins généralistes, des pharmaciens et des chirurgiens dentistes ainsi que de la plupart des spécialités médicales et chirurgicales se fait à l'extérieur du pays par manque de faculté de médecine. Elle s'inscrit dans les programmes de formation supérieure du Ministère de l'Education Nationale. Le ou la candidate choisie bénéficie de bourse et de frais de formation dans un des pays ayant une convention de formation avec l'Union des Comores. Le pays ne dispose que d'une seule école de formation des cadres moyens, laquelle évolue sans aucun lien fonctionnel avec le Ministère de la Santé et qui, par ailleurs, rencontre beaucoup de difficultés pour assurer des actions de formation qui répondent adéquatement aux besoins des structures de santé du pays.

Pour ce qui est de la gestion et du suivi de la carrière du personnel, il est à reconnaître des insuffisances importantes sur tous les plans, et ce, malgré la mise en place d'un plan stratégique depuis bientôt dix ans et des recensements réguliers des agents sanitaires. En fait, les personnels qui travaillent dans le secteur de la santé sont considérés comme des fonctionnaires et agents de l'Etat conformément aux dispositions de loi n°04-006/AU du 10 novembre 2004, portant Statut Général des fonctionnaires de l'Union des Comores, notamment en son article 39. Et la pratique de la gestion qui en découle manque de cadre formel de coordination entre les différents acteurs, qu'ils soient de la Fonction Publique ou des Finances. Le personnel de la santé est géré par un simple service du personnel qui n'est pas une structure autonome, mais rattaché à la Direction des Affaires Administratives et Financières. Ce service comprend un chef de service, un chargé de personnel et un chargé de la formation et du perfectionnement.

Ce manque de coordination rend plus difficile la gestion et le suivi du personnel. A ce manque de coordination, il faut ajouter une centralisation de cette gestion de carrière au niveau central, lorsque c'est possible, ce qui ne permet pas aux responsables des niveaux opérationnels et aux superviseurs de proximité d'influencer les décisions prises, relatives aux personnels qu'ils encadrent. La supervision, indispensable à une amélioration durable des performances du secteur, est quasi inexistante. Elle aurait permis l'amélioration de la qualité des ressources humaines au travail, le développement de la personnalité et de la maturité du personnel, et l'augmentation de son degré de rendement de ce personnel. Il n'existe pratiquement aucune forme de supervision régulière du niveau central vers les niveaux opérationnels des îles.

A cela, s'ajoute la démotivation généralisée du personnel qui constitue un réel handicap à la performance du secteur en général, et du système de santé en particulier. Plusieurs facteurs contribuent à cette démotivation du personnel ; il s'agit en particulier:

- de l'insuffisance du salaire;
- de l'absence de description de poste ;
- de la dégradation des conditions de vie et de travail des personnels en général, et de ceux exerçant dans les zones les plus reculées, en particulier;
- de l'inexistence d'un système efficace de suivi-évaluation ;
- et du sentiment de ne pouvoir s'améliorer dans le statut actuel de la fonction publique et qui a été pris en compte dans l'élaboration du plan de carrière.

Il n'existe pas au niveau national une politique formelle de motivation, cependant plusieurs types d'incitatifs financiers co-existent théoriquement au sein du secteur.

Le régime des indemnités est précisé dans le décret n° 08-093/PR du 18 décembre 2006 fixant le statut particulier des fonctionnaires des corps du cadre de la santé, en son article 5. Selon cet article, peuvent s'ajouter au traitement des médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes, biologistes, administrateurs, ingénieurs, ainsi que des paramédicaux les indemnités suivantes:

- indemnité compensatrice de logement au cas où le fonctionnaire devant être logé par l'administration ne l'est pas;
- indemnités justifiées par des sujétions ou des risques particuliers, inhérents à l'emploi/fonction;

Il est en outre précisé que seul un arrêté conjoint du Ministre en charge de la Fonction Publique et du Ministre en charge de la Santé précise les conditions et les modalités d'application propre à chaque corps. Toutefois pour des fonctions exposées à des risques particuliers, à l'instar des paramédicaux, des primes suivantes peuvent être accordées, en accord avec les établissements hospitaliers:

- **indemnités de Risques:** Une prime de risque (sang, rayonnement, maladie contagieuse...) de 25% du salaire de base est allouée à tout agent paramédical exerçant dans un centre hospitalier ou dans un centre médical de district;

- **indemnités de Fonction:** La prime de fonction est attribuée à l'exercice des fonctions considérées comme importantes à cause du niveau de responsabilité liée à leur exercice ou des fonctions considérées comme essentielles pour un service hospitalier difficile à pourvoir en raison de leur technicité ou des contraintes qui leurs sont inhérentes. Ces primes sont liées aux gardes des nuits dans l'hôpital, aux astreintes, aux appels ou à des risques.

Une prime de fonction de 50 % du salaire de base est attribuée aux cadres supérieurs exerçant dans les centres hospitaliers et centres médicaux de district. Il s'agit plus particulièrement des médecins chefs de district, des infirmiers et des sages femmes majors. Pour ce qui concerne plus particulièrement les primes de Garde, le règlement intérieur de chaque établissement précise les modalités de paiement des émoluments qui sont dévolus (primes de gardes, primes d'astreinte, primes d'appels) pour une prise en charge par le budget de l'établissement. Ces primes de motivation sont payées sur le système de recouvrement des coûts, mais celles-ci ne concernent pas les personnels délivrant des prestations non payantes. D'où un délaissement des prestations préventives – qui sont gratuites – et des zones rurales, reculées et pauvres qui ne « produisent » pas beaucoup de bénéfices. Ce type de « motivation matérielle », qui n'a pas été accompagné par les autres facteurs de motivation, a conduit au renforcement du sentiment de rejet de ces zones et de ces prestations préventives qui constituent la priorité du secteur, d'où une certaine incohérence. Au niveau hospitalier, un système similaire est instauré sans harmonisation effective des méthodes, des tarifs et des niveaux d'incitation. De plus, dans la tête des agents de santé, ces différentes primes font désormais partie d'un complément de salaire. Ce qui, dorénavant, ne motive plus.

Il devient nécessaire de procéder à une évaluation de l'application de ces primes en dégageant le degré de transparence dans leur gestion et quel impact ont-elles eu sur la stabilisation du personnel qualifié en zones reculées. L'irrégularité des paiements des salaires, l'absence des mécanismes de motivation, les mauvaises conditions de vie et de travail constituent les principaux obstacles qui expliquent la mauvaise qualité des services de santé offerts au pays, et qui pourraient empêcher celui-ci d'atteindre les OMD.

Par ailleurs, le Ministère ne dispose pas d'outils de recherche sur les RHS, comme il en est de même pour assurer le suivi et la mise en œuvre. La nécessité de disposer d'un véritable système d'information et d'un observatoire national des RHS s'impose ici. Au total, l'Union des Comores possède beaucoup d'atouts pour atteindre les OMD pourvu qu'un nouveau PNDRH soit élaboré et mis en œuvre dans un cadre concerté avec tous les partenaires.

## II. OPERATIONNALISATION DU PNDRHS

Le développement des ressources humaines pour la santé en Union des Comores passe par trois principaux domaines d'intervention suivants : la planification des ressources humaines en santé, la production et développement des compétences et la gestion ou management des ressources humaines en santé. Pour chaque domaine, des axes stratégiques ont été définis avec les principales actions à mener.

### 2.1. Vision du PNDRH

D'ici cinq ans, le secteur de la santé sera organisé, animé et géré par des professionnels qualifiés, en nombre suffisant, motivés et disponibles qui contribueront à l'amélioration des états de santé des populations comoriennes visant ainsi l'atteinte des OMD au plan sanitaire.

## **2.2. Objectifs du PNDRH**

L'enjeu principal du nouveau PNDRHS 2010-2015 est de garantir la disponibilité en quantité et en qualité suffisantes et l'utilisation à tous les niveaux professionnels et techniques, à l'endroit et au moment opportuns, des travailleurs de la santé bien motivés pour accomplir les tâches à eux confiées.

### **2.2.1. Objectif général**

L'objectif général de ce plan stratégique est de contribuer à l'amélioration des états de santé des populations à travers l'offre des services de santé de qualité en vue de l'atteinte des objectifs sanitaires du millénaire pour le développement.

### **2.2.2. Objectifs spécifiques.**

Les objectifs spécifiques du PNDRHS sont :

- promouvoir la planification du personnel de santé en rapport avec les besoins de la santé de la population ;
- produire les différentes catégories de personnel requis par l'utilisation optimale des opportunités à l'intérieur et à l'extérieur du pays ;
- assurer une distribution rationnelle du personnel de santé à travers le pays ;
- promouvoir la motivation et la fidélisation au poste du personnel de santé.

Au cours du processus en cours, il s'agira en outre de :

- identifier les axes stratégiques de développement des ressources humaines pour la santé tant au plan d'éducation et de formation, de la gestion, de l'utilisation, des motivations que de recueil systématique des données essentielles, de la recherche et de l'évaluation du suivi/évaluation;
- estimer les besoins prioritaires du pays en matière d'éducation et de formation des professionnels de la santé;
- identifier les principales actions prioritaires devant être mises en œuvre sur les cinq ans à venir ;
- estimer les coûts des actions envisagées ;
- identifier les principales parties prenantes dans la mise en œuvre du plan élaboré;
- élaborer un plan d'action.

## **2.3. Méthode de travail**

Les principales étapes de la méthodologie utilisée pour l'élaboration de ce PNDRH sont les suivantes :

- ◆ Mise en place d'une équipe de consultants pour l'élaboration des différents documents ;
- ◆ adoption de la méthodologie à suivre à l'issue d'une mission exploratoire de l'OMS au niveau central et insulaire (Anjouan, Mohéli et Ngazidja);

- ◆ élaboration et d'adoption d'un draft de l'analyse de la situation à l'issue d'un atelier du Comité Technique National de la Santé ;
- ◆ élaboration d'un draft du PNDRH
- ◆ Tenue de deux ateliers du Comité Technique National de la Santé (organe technique) et du Comité National de la Santé (organe politique d'orientation) pour tenir compte des observations et aboutir à un consensus national sur la vision, les axes stratégiques, l'ensemble des forces, faiblesses et recommandations, ainsi que sur la pertinence des objectifs, des résultats attendus, des stratégies et des principales actions par axe stratégique ;
- ◆ validation du PNDRH.

#### **2.4. Forces du système des RHS aux Comores**

- une volonté politique forte en faveur du développement des RHS
- un engagement en faveur de l'atteinte des OMD nécessitant l'offre des services de santé de qualité ;
- l'existence d'un service central et de services régionaux chargés de la gestion des ressources humaines;
- l'existence d'un ensemble d'outils essentiels: une base de données réactualisées grâce aux recensements physiques du personnel menés en 2005, 2007 et 2009;
- l'élaboration d'un nouveau plan pour 2010-2015;
- un cadre organique de personnel de santé de l'Union et des Iles;
- l'existence d'un plan décennal de développement des ressources humaines pour la santé élaboré en 2001.

#### **2.5. Faiblesses du système des RHS aux Comores**

- En matière de **faiblesses générales**, l'insuffisance dans les aspects de prévision, de production, de gestion et de motivation constituent les principaux obstacles au développement des ressources humaines. Les principales faiblesses sont :

##### **a) Au plan organisationnel**

- l'inexistence d'une Direction des Ressources Humaines (DRH) au Ministère de la Santé en charge exclusive de la gestion des ressources humaines ;
- l'inexistence des institutions des formations médicales et d'autres formations spécialisées;

##### **b) Au plan organisationnel**

- l'inexistence d'une Direction des Ressources Humaines (DRH) au Ministère de la Santé en charge exclusive de la gestion des ressources humaines ;
- l'inexistence des institutions des formations médicales et d'autres formations spécialisées;
- les multiples résistances et autres interventions néfastes dans la gestion rationnelle du personnel;

- les spécificités insulaires qui ne favorisent pas un cadre harmonieux de gestion des RHS.

➤ **En matière de prévision et de production :**

- l'absence de gestion prévisionnelle des ressources humaines à l'origine d'une situation de déséquilibre entre le programme d'infrastructures et la disponibilité de personnels de santé, avec l'existence de multitude de structures fermées ou peu fonctionnelles par manque de personnels qualifiés;
- l'insuffisance quantitative et qualitative en ressources humaines ;
- l'insuffisance quantitative et qualitative de la formation initiale.

➤ **En matière de gestion :**

- Fragmentation de l'environnement institutionnel (spécificités des îles) à la base d'une gestion non coordonnée entre les différents niveaux ;
- le manque de coordination entre les départements impliqués dans la gestion des ressources humaines (Santé, Fonction publique, Finances, Administration du Territoire) et entre les différents niveaux (central, régional, district) ;
- le manque de suivi efficace et absentéisme fréquent du personnel, plus prononcé dans les zones reculées et pauvres ;
- l'absence d'un système efficace et équitable de récompense et de sanction ;
- l'insuffisance du système d'information et de gestion avec des problèmes :
  - de fiabilité par manque de mise à jour régulière ;
  - d'exhaustivité ne renseignant pas sur toutes les données essentielles (telles que celles relatives à l'historique et à la formation) ;
  - de gestion ne permettant pas de répondre aux différentes requêtes exprimées par les services utilisateurs de la base ;
  - de cohérence avec les autres systèmes tels que celui des finances (base de données de la solde).
- l'absence d'une description claire des responsabilités et des tâches ;
- l'insuffisance des capacités de la structure de gestion en termes de prérogatives, de compétences et d'outils pour les différentes étapes de la gestion (planification, recrutement, affectation, suivi, sanction ou récompense), le service de personnel ne pouvant pas jouer le rôle de leadership dans la gestion des ressources humaines de la santé.

➤ **En matière de motivation :**

- la faiblesse de la rémunération (salaire et primes) ;
- le manque d'équité dans l'affectation, la gestion, le développement de la carrière et la formation continue ;
- la non application d'un système équitable de récompense/sanction
- l'absence de description claire des responsabilités et des tâches ;
- les mauvaises conditions de travail dans la plupart des structures périphériques (postes et centres de santé), et dans certaines structures régionales et même centrales ;
- les conditions difficiles de vie (hébergement, communication, éducation des enfants, loisirs, ...) dans la plupart des agglomérations périphériques;



- la surcharge de travail des personnels disponibles due au fait que la plupart des structures techniques et même administratives travaillent à moins de 50% de leurs besoins en personnels ;
- au total, l'absence d'un système de motivation formalisé, transparent et équitable.

## **2.6. Opportunités, Menaces et Défis**

Le Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines devra profiter d'**opportunités** offertes par l'environnement national. Il s'agit essentiellement du choix du développement des ressources humaines comme axe prioritaire dans la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté pour la croissance.

Cependant, la mise en œuvre de ce plan devra aussi prendre en compte un ensemble de menaces afin de minimiser les risques d'échec. Il s'agit essentiellement:

- des incertitudes politiques liées à la spécificité même de la politique comorienne ;
- des contraintes budgétaires qui ne favorisent pas le recrutement des agents nécessaires pour le bon fonctionnement des formations sanitaires ;
- de la détérioration de la qualité de la formation suite à l'augmentation intempestive des flux de formation, sans mesures d'accompagnement, visant à répondre aux besoins du secteur ;
- de l'impossibilité de répondre aux besoins en personnels avec, comme corollaire, (i) la non fonctionnalité de structures périphériques ou intermédiaires érigées en particulier sur l'île de Ngazidja sous l'impulsion politique ou de la diaspora (ii) la détérioration de la qualité de service par surcharge du personnel existant ;
- de la faiblesse et des arriérés des revenus (salaires et primes) des personnels de santé responsable (i) d'absentéisme, (ii) de détérioration de la qualité des services, et (iii) de mauvaises pratiques ;
- de l'exil de personnels qualifiés, en particulier vers les secteurs connexes ou, plus grave, la migration vers d'autres pays plus nantis (« exode de cerveaux »).

Enfin, d'autres défis risquent d'hypothéquer lourdement la réussite de ce plan, et ce en l'absence de réformes profondes, le plus souvent à l'extérieur du secteur. Il s'agit essentiellement de la nécessité d'une décentralisation effective de la gestion des principales ressources du secteur – les ressources humaines et financières – des départements concernés vers celui de la santé au niveau central, et des autorités administratives locales vers les responsables sanitaires régionaux. En l'absence d'emprise du MSP sur les décisions essentielles relatives à la gestion des ressources essentielles ne lui permet pas d'en assurer une utilisation efficace et efficiente.

## **III. LES AXES STRATEGIQUES DU PNDRH**

Le développement des ressources humaines pour la santé en Union des Comores passe par trois principaux domaines d'intervention suivants : la planification des ressources humaines en santé, la production et développement des compétences et la gestion ou management des ressources humaines en santé. Pour chaque domaine, des axes stratégiques ont été définis avec les principales actions à mener.

D'ici cinq ans, le secteur de la santé sera organisé, animé et géré par des professionnels qualifiés, en nombre suffisant, motivés et disponibles qui contribueront à l'amélioration des états de santé des populations comoriennes visant ainsi l'atteinte des OMD au plan sanitaire.

### **3.1. Domaine de la Planification des ressources humaines**

#### *Axes stratégiques et principales actions*

#### **a. Renforcement de la capacité nationale en planification des RHS**

- ◆ Renforcement du système de collecte et de traitement des données sur les ressources humaines en santé
- ◆ Description des postes et profils
- ◆ Renforcement du recrutement de nouveaux agents en fonction des besoins
- ◆ Développement de missions médicales étrangères et nationales (avec les médecins spécialistes nationaux et de la diaspora)

#### **b. Renforcement du partenariat entre les acteurs internes et externes**

- ◆ Renforcement de la collaboration entre acteurs internes et externes, publics ou privés par la mise en œuvre d'un cadre national de concertation et de facilitation;
- ◆ Valorisation du dialogue social

#### **c. Renforcement de la capacité nationale en recherche sur les RHS**

- ◆ constitution d'une banque de données sur les sujets prioritaires et par domaine de la gestion des ressources humaines en santé ;
- ◆ création d'un cadre d'échange pour la promotion de la recherche sur les ressources humaines en santé ;
- ◆ création d'un environnement incitatif pour le développement de la recherche.

### **3.2. Domaine de la production et du développement des compétences**

#### *Axes stratégiques et principales actions*

#### **a. Développement d'un plan consensuel de formation initiale du personnel du secteur**

- ◆ Constitution d'une banque de données sur les besoins et les coûts de formation ;
- ◆ Renforcement des relations avec les institutions de formation et les autres structures impliquées dans la formation ;
- ◆ Renforcement des capacités de production de l'EMSP et création éventuelle d'une école de médecine ;
- ◆ Appui à l'amélioration de l'encadrement des élèves et étudiants sur les lieux de stage ;
- ◆ Suivi et évaluation du plan de formation.

#### **b. Développement des compétences des agents du secteur de la santé**

- ◆ Promotion de la spécialisation et du perfectionnement des agents ;

- ◆ Développement de l'apprentissage en situation professionnelle ;
- ◆ Promotion de nouvelles filières de formation ;
- ◆ Mise en place d'un réseau de formateurs dans les domaines prioritaires du secteur.

### **3.3. Domaine du management des ressources humaines**

#### *Axes stratégiques et principales actions*

##### **a. Amélioration de la gestion de la carrière du personnel**

- ◆ érection de l'actuel service en Direction des RHS et son renforcement en moyens d'actions;
- ◆ reorganisation et renforcement du système de gestion au niveau central et insulaire;
- ◆ amélioration de la Gouvernance dans le domaine des RHS ;
- ◆ renforcement des mécanismes de production des actes administratifs ;
- ◆ valorisation des compétences professionnelles et des expériences ;
- ◆ amélioration des mécanismes de suivi de la carrière des agents ;
- ◆ mise en place d'un système d'évaluation des performances des agents facilitant une gestion rationnelle des carrières;
- ◆ amélioration des mécanismes de répartition du personnel ;
- ◆ renforcement de la délégation des pouvoirs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- ◆ Consolidation du cadre institutionnel de gestion des ressources humaines tenant compte des spécificités institutionnelles du pays;
- ◆ appui au fonctionnement des structures de gestion aux niveaux intermédiaire et périphérique.

##### **b. Amélioration des mécanismes de motivation au maintien au poste et à la performance du personnel**

- ◆ élaboration et adoption d'une politique nationale visant la motivation à la performance des agents
- ◆ adoption des mesures visant le maintien des agents à leur poste ;
- ◆ renforcement des mesures pour contrôler le phénomène de migration du personnel de santé.

##### **c. Prévention et gestion des risques professionnels**

- ◆ Elaboration et adoption d'une politique nationale en matière de la gestion des risques professionnels ;
- ◆ création/dynamisation de structures de prévention et de gestion des risques professionnels en milieux de travail ;
- ◆ Mise en place d'un système d'information et d'un mécanisme de qualification des risques professionnels ;
- ◆ développement des mécanismes d'évaluation, de suivi des états de santé et de prise en charge des travailleurs dans le secteur ;
- ◆ renforcement des compétences des professionnels de la santé en ergonomie et en prévention des risques professionnels ;
- ◆ Développement de mécanismes de réduction du stress et des surcharges du travail.

De ces trois grands domaines d'intervention, dix axes stratégiques, dix objectifs généraux et 21 objectifs spécifiques ont été déclinés. De domaine d'intervention sont extraits des axes stratégiques; de ces stratégies, les principales actions spécifiques sont définies, avec les résultats attendus de la mise en œuvre de chacune de ces actions. Des indicateurs objectivement vérifiables ont été définis à partir des principales actions, ainsi que les sources de vérification de la véracité de ces indicateurs. Le tout consigné dans un cadre logique du PNDRHS à opérationnaliser.

#### **IV. Cadre logique**

Le plan stratégique de développement des ressources humaines en union des Comores s'opérationnalisera autour de trois domaines d'intervention (capacités de planification, capacités de formation et de développement des compétences et gestion), le tout consigné dans les tableaux ci-après.



Tableau 1 : Capacités nationales en planification des RHS

Axes d'intervention / Objectifs généraux	Objectifs spécifiques	Résultats attendus	Stratégies	Principales actions	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification
1 : Renforcement de la capacité nationale en planification des RHS	<b>OG1</b> : <i>Mettre à la disposition des structures du secteur santé le personnel qualifié en nombre suffisant</i>	Les effectifs et les besoins en personnel sont maîtrisés	- Renforcement du système de collecte et de traitement des données sur les RHS	- Procéder à un paramétrage approprié du logiciel de gestion des RHS ;	Nbre de variables prises en compte	PV de paramétrage
	<b>OS</b> : <b>Maîtriser les effectifs et les besoins en personnel</b>			- Elaborer des supports de collecte de données sur le personnel ;	Supports de collecte de données sur le personnel élaborés	Rapport de l'atelier de validation
	<b>OS</b> : Réduire de façon substantielle la pénurie de personnel	La pénurie de personnel est réduite		- Mettre en place un mécanisme efficace de remontée de l'information de la périphérie au niveau central ;	Mécanisme mis en place	Manuel de fonctionnement du mécanisme
				- Elaborer un manuel de mise à jour de la base de données sur le personnel ;	Manuel disponible	Manuel de mise à jour

		de substantiellement				
	OS : Mettre en place un référentiel des postes et profils	Un référentiel des postes et profils est mis en place		- Produire périodiquement des tableaux de bord comme outils d'aide à la planification et décision	Nbre de tableaux de bord des RHS produits	Tableaux de bord
				- Créer un observatoire national pour les RHS	Nbre de tableaux de bord produits périodiquement	Texte régissant l'observatoire
			-Description des postes et profils	- Constituer un répertoire des emplois, postes et fonctions du secteur ;	Nbre d'emplois, postes, et fonctions répertoriés	Répertoire
				- Définir et valider les profils des différents postes et fonctions ;	Nbre de profils des différents postes et fonctions établi	Documents de profils de poste
				- Vulgariser les répertoires des postes et profils pour exploitation comme outils de décision.	Acteurs disposant des répertoires des postes et profils	Rapport

			- Réaliser un inventaire exhaustif et régulier des effectifs ;	Nbre d'inventaire des effectifs réalisés	Rapport de mission
		- Renforcement du recrutement de nouveaux agents en fonction des besoins	- Procéder au redéploiement du personnel en sureffectif dans les structures et services de santé	Nbre d'agents affectés	Titres d'affectation et certificat de prise de service
			- réactualiser les normes d'effectifs pour chaque structure selon les charges de travail ;	Nbre de structures et de corps pris en compte	Documents de normes
			- Déterminer par structure les besoins en personnel ;	Plan de recrutement disponible	Plan de recrutement
			Procéder à un recrutement massif des RHS selon les besoins	Nbre d'agents recrutés	Arrêtés d'intégration
		- Développement de missions médicales	- Constituer des équipes de missions médicales nationales ;	Nbre d'équipes constituées	Arrêté portant constitution des équipes



			étrangères et nationales (avec les médecins spécialistes nationaux et de la diaspora)	- Organiser la supervision des missions médicales sur une base annuelle ;	Nbre de supervisions des missions médicales effectuées	Rapport de supervision
				- Négocier des accords de prestations avec les médecins spécialistes comoriens de l'extérieur ;	Nbre d'accords de prestation négociés avec les médecins spécialistes de l'extérieur	Document d'accord de partenariat
<b>AS2.</b> Renforcement du partenariat entre les acteurs internes et externes en matière de planification de ressources humaines en	<b>OG2</b> : Améliorer le partenariat entre les acteurs internes et externes du secteur -		- Renforcement de la collaboration entre acteurs internes et externes	- Utiliser le personnel de santé à la retraite comme force nouvelle de développement	Nbre de contrats signés avec les intéressés	Contrats de travail
				- Instituer un cadre de communication, d'échange et de prise de décision sur les RHS entre les structures insulaires	Cadre de communication mis en place	Texte créant le cadre

santé	<u>OS.</u> Développer des mécanismes de concertation entre tous les acteurs en matière des RHS.	Les mécanismes de concertation entre tous les acteurs en matière des RHS sont développés		- Faire participer les professionnels de santé du secteur privé et d'autres secteurs publics aux formations organisées par le Ministère de la Santé	Nbre d'agents des autres secteurs ayant participé aux formations organisées	Rapport de formation
	<u>OS.</u> Rendre fonctionnelle la collaboration entre les autres secteurs privé, public et partenaires sociaux	La collaboration entre les secteurs privés, public et partenaires sociaux est fonctionnelle		- Créer un cadre de mobilisation des ressources avec les partenaires pour le financement des ressources humaines	Cadre de mobilisation des ressources institué	Texte créant le cadre
				- Formaliser les accords de partenariat entre le secteur public et les	Nbre d'accords formalisés	Document d'accord de partenariat

				autres acteurs		
			- Développement d'un cadre de concertation entre secteur public et secteur privé	- Superviser la gestion des RH dans les structures du secteur privé	Nbre de supervision organisée	Rapport de supervision

				- Créer de nouvelles formes de partenariat entre les secteurs public et privé en matière de RHS	Nouvelles formes de partenariat créées	Document cadre
				- Appuyer les structures privées par la mise en place des mécanismes de développement et de motivation de leurs RHS	Nbre de structures privées appuyées	Rapport
				- Inclure les tradipraticiens dans les programmes de développement des RHS	Nombre de tradithérapeutes pris en compte	Rapport
			- Valorisation du dialogue social	- Appuyer la mise en place des organes réglementaires de représentation du personnel	Nbre d'organe renouvelé	PV d'installation
				- Appuyer la formation des partenaires sociaux et des responsables de l'administration en matière syndicale	Nbre de formations organisées	Rapport de formation
				- Instituer des rencontres périodiques avec les partenaires sociaux	Nbre de rencontres	PV de séance
				Renforcer l'humanisation des soins par une meilleure collaboration avec les confessions religieuses	Nbre de soignants religieux mis à la disposition des formations sanitaires	Accords de partenariat
<b>AS3.</b> Développement de la recherche sur les RHS	<b>OG3</b> : Promouvoir la recherche sur les RHS		- Constitution d'une banque de données sur les sujets prioritaires de la Gestion des RH	- Faire la revue documentaire sur les problèmes liés à la gestion des ressources humaines ;	Nbre de documents sur les ressources humaines recensés;	Répertoire
				- Recenser les travaux de recherche sur la GRH ;	Nbre de travaux de recherche sur la GRH recensés	Rapport de recensement
	<b>OS</b> : Développer un répertoire sur les sujets	- Le répertoire sur les sujets prioritaires développé ;		- Faire des enquêtes sur les lieux de travail sur les problèmes de gestion	Enquêtes faites sur des problèmes liés à la gestion des	Rapport d'enquête

	prioritaires de recherche sur les RHS;			des RH ;	RHS;	
	<b>OS</b> : Mettre en place un mécanisme de collaboration avec les institutions internes et externes de recherche	- Un mécanisme de collaboration avec les institutions est mis en place		- Utiliser les résultats de recherche en vue des approches de solution	Nbre de décisions prises sur la base des résultats de recherche	bibliographie des documents de stratégie
			<b>Création d'un cadre d'échange pour la promotion de la recherche sur les RHS</b>	- Initier des rencontres périodiques avec les institutions internes et externes de recherche ;	Nbre de rencontres périodiques initiées avec les institutions de recherche	PV de séance
				- Faire un plaidoyer auprès des partenaires et des institutions de formation pour la promotion de la recherche des RHS ;	Nbre de plaidoyers organisés	Document de requête
				- Proposer aux Ecoles de formation des sujets de mémoires et thèses ;	Nbre de travaux de recherche proposés aux écoles de formation	Répertoire des sujets
				- Commanditer les travaux de recherche sur les sujets prioritaires	Nombre de travaux de recherche commandités	Rapport d'études
			<b>Création d'un environnement incitatif pour le développement de la recherche</b>	- Former à la recherche ;	Nombre de formation à la recherche entrepris	Rapport de formation
				- Vulgariser les travaux de recherche ;	Nombre de travaux de recherche publiés	Rapport de mission de vulgarisation
				- Primer les meilleurs travaux de recherche	Nombre de travaux de recherche primés	Compte rendu de cérémonie de remise

						de prix
--	--	--	--	--	--	---------

**Tableau 2 : PRODUCTION ET DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES**

Axes d'intervention	Objectifs généraux et spécifiques	Résultats attendus	Stratégies	Principales actions	IOV	Source de vérification
<b>DEVELOPPEMENT D'UN PLAN CONSENSUEL DE FORMATION INITIALE</b>	<b>OG</b> . Doter le secteur de la santé d'un plan consensuel de formation initiale		Constitution d'une banque des données sur les besoins et les coûts de formation	- Elaborer les supports de collecte de données sur les besoins en formation des RHS et des coûts	Supports de collecte de données élaborés	Supports de collecte de données
	<b>OS</b> : Maîtriser les besoins en formation sur la base des normes et standard en matière des RHS	Les besoins en formation sont maîtrisés		- Mettre en place un mécanisme efficace de remontée de l'information de la périphérie jusqu'au niveau central	Mécanisme mis en place	Manuel de fonctionnement du mécanisme
				Echelonner l'ouverture d'une école de médecine	Un plan d'ouverture de l'école de médecine mis en place	Plan d'ouverture
	<b>OS</b> : Mettre en adéquation les besoins de formation du secteur avec les curricula dans les institutions de formation	Les curricula dans les institutions de formation sont en adéquation avec les besoins de formation du secteur		-Elaborer un manuel de mise à jour de la base de données sur les besoins en formation	Manuels de mise à jour de la base de données sur les besoins en formation élaborés	Manuel de mise à jour
				- Estimer les coûts des besoins de formation	Montant estimé des coûts des besoins	Plan de formation
				- Elaborer des conventions de partenariat avec les écoles de formation agréées ;	Nbre de convention de partenariat signé	Convention de partenariat
				Organiser des périodiques du comité interministériel de recrutement des	Nbre de revues périodiques du comité interministériel	Rapport de séance

				res	organisées	
				- Organiser des missions de suivi de la formation dans les écoles	Nbre de missions de suivi de la formation dans les écoles organisé	Rapport de mission
			<b>Renforcement des capacités de production des Institutions de formation</b>	- Faire un plaidoyer en direction des Ministères en charge de la Formation	Nbre de plaidoyers organisés	Document de requête
				Echelonner l'ouverture d'une école de médecine	Un plan d'ouverture de l'école de médecine mis en place	Plan d'ouverture
				Renforcer la coopération régionale en matière de formation supérieure	Cadre de coopération mis en place	Accord de coopération
				Développer la coopération entre l'EMSP et les autres établissements de formation supérieure pour d'éventuelles formations délocalisées	Cadre de coopération mis en place	Accords de coopération dans des domaines spécifiques
				- Créer des nouveaux départements pour les différentes catégories de RHS	Nbre de départements créés	Décrets portant création des écoles ou facultés
				<b>Appui à l'amélioration de l'encadrement des élèves et étudiants sur les lieux de stage</b>	- Recenser les lieux susceptibles de recevoir les stagiaires	Structures susceptibles de recevoir les stagiaires en formation
			- Améliorer l'environnement des lieux de stages (matériels didactiques,		Environnement des lieux de stages amélioré	PV de réception



				capacité d'accueil, compétence de l'encadreur, nombre d'encadreurs, équipement)		
				- Motiver les encadreurs	Nbre d'encadreurs motivés	Textes régissant la motivation
				- Elaborer le statut des apprenants dans les espaces hospitaliers et autres formations sanitaires	Statut adopté	Statut
				Elaborer un texte relatif à l'encadrement des apprenants sur les lieux de stage	Texte élaboré	Texte
			<b>Suivi et évaluation du plan de formation</b>	- Elaborer les outils de suivi-évaluation	Nbre d'outils élaborés	Rapport de validation des outils
				- Réaliser l'évaluation à mi-parcours et finale du plan de formation	Nbre d'évaluations réalisées	Rapport d'évaluation
				- Valider les conclusions des rapports de suivi et évaluation avec les acteurs impliqués	Nbre d'ateliers de validation	Rapport de validation
<b>AS5 :</b> Développement des compétences du personnel du secteur	<b>OG 5 :</b> Améliorer les compétences du personnel du secteur de la santé		<b>Promotion du perfectionnement des agents</b>	- Identifier les besoins des professionnels de santé en nouvelles compétences	Nouvelles compétences identifiées	Rapport
	-			- Elaborer des plans de perfectionnement dans les structures sanitaires	Plans de formation élaborés	Plans de formation
	<b>OS :</b> Assurer la spécialisation et le perfectionnement des agents	- La spécialisation et le perfectionnement des agents sont assurés			- Signer des accords de partenariat entre les hôpitaux pour le perfectionnement	Nbre d'accords de partenariat signés avec les hôpitaux pour le perfectionnement du personnel

				du personnel		
	<b>OS</b> : Développer un réseau de formateurs dans les domaines prioritaires du secteur	un réseau de formateurs est développé dans les domaines prioritaires du secteur		- Organiser des séminaires et ateliers de formation au profit de tous les agents	Nbre de séminaires et ateliers de formation organisés au profit des agents	Rapports de formation
				- Insérer dans les curricula les nouvelles compétences recensées	Curricula actualisés	Programmes de formation
				- Actualiser de façon périodique les curricula de formation	Nbre d'actualisation faite	Rapport
				- Organiser des stages de spécialisation et des stages de courte durée au profit des agents	Nbre de stages de spécialisation et des stages de courte durée organisés au profit des agents	Rapports de stage
				- Elaborer un texte favorisant le développement des compétences des professionnels de la santé	Texte élaboré	Texte élaboré
				- Mettre en place un dispositif de formation à distance	Nbre de centres disposant d'un système de formation par les TIC	Centres de formation
				- Former/recycler de façon périodique les agents dans le domaine de l'éthique et de la déontologie	Nbre d'agents formés	Rapport
				- Former/recycler les agents dans le domaine de la prévention et de la prise en charge des accidents de route, des incendies et	Nbre d'agents formés	Rapport

			autres catastrophes		
			- Mettre en place une base de données sur les actions de formation du secteur	Base de données mise en place	Document de planification des formations
		Développement de l'apprentissage en situation professionnelle	- Organiser des formations par tutorat dans toutes les structures sanitaires	Nbre de formations par tutorat organisées dans les structures sanitaires	Rapport de formation
			- Organiser régulièrement des supervisions formatives	Supervisions formatives organisées	Rapport de supervision
		Promotion de nouvelles filières de formation	- Créer des nouvelles filières de formation paramédicale	Texte créant l'institut	Texte
		Mise en place d'un réseau de formateurs dans les domaines prioritaires du secteur	- Identifier des domaines prioritaires nécessitant des besoins de formation complémentaires	Nbre de domaines prioritaires identifiés	Rapport d'identification
			- Identifier des formateurs potentiels	Nbre de formateurs potentiels identifiés	Rapport d'identification
			- créer des structures d'accueil pour les formations au niveau des îles	Structures d'accueil créées	Textes

**Tableau 3: MANAGEMENT DES RESSOURCES HUMAINES**

Axes d'intervention/Objectifs généraux	Objectifs spécifiques	Résultats attendus	Stratégies	Principales actions	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	
Améliorer les pratiques en matière de gestion de la carrière des agents	Développer un plan de carrière pour chaque catégorie de personnel de santé	Un plan de carrière est développé pour chaque catégorie de personnel de santé	Amélioration de la Gouvernance dans le domaine des RHS				
				Créer une Direction des RHS par une loi et un Décret	Acte de création (décret, arrêté)	Acte de création	
				Créer un cadre de concertation impliquant la société civile, les thérapeutes et les communautés	Cadre de concertation créé	Cadre de concertation	
					Elaborer des manuels de procédures de gestion à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et dans toutes les structures et services de santé	Taux de couverture des structures et services de santé en manuel de procédures	Manuel de procédure
				- Renforcement de la justice et de la transparence dans la gestion	Mettre en place des mécanismes de lutte contre les dérives comportementales des agents de santé (rançonnement, vente illicite de médicaments, corruption, agressions sexuelles, violences à l'égard des patients, etc..)	Mécanismes mis en place / Nombre d'agents sanctionnés	Actes de sanction
				- Rendre fonctionnelles les structures de contrôle de gestion à tous les niveaux de la	Nbre de structures de contrôle de gestion fonctionnelles	Rapport	

				pyramide sanitaire		
				- Faire respecter l'adéquation entre les postes et profils (mettre l'homme qu'il faut à la place qu'il faut)	Personnes occupant des postes à leurs profils	Arrêtés de nomination
			Renforcement des mécanismes d'évolution dans les corps de la santé	Elaborer les plans de carrière	Nbre de catégories de personnel de santé pour lesquelles un plan de carrière est développé	Document de plan
				Actualiser les textes de gestion des carrières existants	Nombre d'ateliers de dissémination des textes organisés	Textes de gestion des carrières
	<u>OS</u> : Mettre en place un système efficace de répartition du personnel	Un système efficace de répartition du personnel est mis en place		Vulgariser et disséminer les textes relatifs à la gestion de carrière	Nbre d'ateliers de dissémination des textes organisés	Rapport d'ateliers
				- Corriger les disparités catégorielles	Nbre de séances organisées	Rapport
			Renforcement des mécanismes de production des actes administratifs	Recenser les différents actes de gestion de carrière	Nbre d'actes recensés	Rapport de recensement
				Mettre à la disposition des agents les textes régissant leur carrière	Nbre de textes mis à la disposition des agents	Textes de carrière
				informer les agents sur l'évolution et le suivi de leur carrière (nomination, avancement, titularisation, promotion...)	Nbre de séance d'information organisé	Rapport de séance

				Harmoniser le mode de recrutement et de gestion de la carrière des agents contractuels (fonds propre, financement communautaire)	Nbre de séance organisée	Rapport de séance
			Renforcement des capacités des structures chargées de la production et du suivi de la carrière	Renforcer les compétences du personnel chargé de la production et du suivi des actes de carrière	Nbre de séance de formation organisée	Rapport de formation
				Assurer le suivi des actes dans le circuit administratif (Fonction publique, finances, Ministère de la Santé, lieu de travail)	Nbre d'actes suivi	Rapport d'activités
			Amélioration du mécanisme de suivi de la carrière des agents	Elaborer et vulgariser le manuel de procédure de gestion des carrières	Manuel de procédure élaboré et validé	Document de manuel de procédure
				Assurer un contrôle interne de la gestion des carrières	Nbre de contrôle exécuté	Rapport de contrôle
				Informatiser la production des actes de carrières	Nbre d'actes produits	Actes de carrière
				Moderniser le traitement et la conservation des dossiers individuels	Nbre de dossiers traités	Documents d'archives
			Mise en place d'un système d'évaluation des performances des agents facilitant une gestion rationnelle des carrières	Réaliser l'audit du système actuel d'évaluation des performances	Audit réalisé	Rapport d'audit
				Elaborer et vulgariser les nouvelles grilles d'évaluation des performances des agents en fonction des profils de poste du	Grilles élaborées	Rapport

				secteur santé		
				Former le personnel à l'utilisation des nouvelles grilles des performances des agents	Nbre agents formés utilisant des nouvelles grilles d'évaluation des performances	Rapport de formation
				Signer un contrat de performance avec chaque agent appelé à occuper ou occupant un poste de travail	Agents responsabilisés disposant d'un contrat de performance	Contrat de performance
				Instaurer une évaluation annuelle de la performance du personnel	Nbre d'agents dont la performance est évaluée	Rapport d'évaluation
			Amélioration des mécanismes de répartition du personnel	Actualiser la liste des zones déshéritées ou enclavées	Nbre de séances d'actualisation	liste des zones sanitaires déshéritées
				Proposer de nouveaux mécanismes de régulation des déséquilibres d'effectifs	Nbre de mécanismes définis	Document de mécanismes
				Appliquer effectivement la nouvelle réglementation en matière des mutations du personnel	Nbre de sessions de mutation tenues conformément au nouvel arrêté	Rapport des commissions de mutation
				Définir et appliquer une politique de rétention plus particulièrement dans les zones déshéritées	Nbre de critères définis	Arrêtés
				Affecter les agents dans les zones déshéritées pour une période minimum de trois ans	Nbre d'agents affectés dans les zones déshéritées	Titres d'affectation

				Mettre en place un système d'encadrement par les anciens des nouveaux agents	Nbre de nouveaux agents encadrés	Rapport d'encadrement
				Définir et appliquer les mécanismes de fidélisation au poste déshérité	Nbre d'agents pris en compte	Etat
Amélioration des mécanismes d'incitation au maintien au poste et à la performance du personnel	Développer des mécanismes efficaces d'incitation au travail dans le secteur santé					
			Adoption des mesures visant la motivation à la performance des agents	Identifier les facteurs favorisant la déperdition du personnel	Nbre de facteurs de déperdition identifiés	Rapport
				Identifier les sources de motivation du personnel	Sources de motivation identifiées	Rapport de séance
	<u>OS</u> : Mettre en place un système adéquat de motivation à la performance des agents	Un système adéquat de motivation à la performance des agents est mis en place		Organiser un forum sur les stratégies de renforcement de la qualité des prestations de soins	Nbre de participants au forum	Rapport
				Renforcer le contrôle de présence dans les services de santé	Rapport sur le taux d'absentéisme	Rapport
				Elaborer et mettre en application les mesures de prévention universelle en matière de maladies transmissibles et contagieuses	Mesures de prévention disponibles	Documents de mesures
				Sensibiliser les agents sur les comportements à risque (risques professionnels, risques liés à la profession,	Nbre de séances organisées	Rapport de séance



				accident d'exposition au sang, respect des normes...)		
			Développement de mécanismes de réduction du stress et des surcharges du travail	Mettre de façon systématique les agents en congés administratifs	Nbre de titre de congés établis	Titres de congés
				Améliorer l'environnement physique au travail (bruit, éclairage, aération, salubrité..)	Nbre de cadres de travail améliorés	Cadres de travail
				Réduire les atteintes à la santé liées aux charges physiques et mentales du travail (respect des normes d'effectif, élimination des pressions politiques et harcèlements sexuels)	Nbre d'accidents et maladies de travail	Note de service
				Améliorer l'ambiance au travail	Nbre de réunions de service tenues	Rapport
				Combattre la discrimination et la stigmatisation	Texte de loi adoptée	Texte de loi
				Consolidation du cadre institutionnel de GRH	Créer un cadre de concertation (ordres, associations, syndicats) pour le respect de la déontologie et de l'éthique dans le secteur	Cadre créé
	<u>OS</u> : Accroître les pouvoirs de décision en matière de GRH aux niveaux central, central,	Les pouvoirs de décision en matière de GRH sont accrus aux niveaux central, intermédiaire et		- Clarifier les attributions et les rôles des différents acteurs aux niveaux intermédiaire et périphérique	Nbre de séances organisées sur la clarification des missions	Arrêtés

	intermédiaire et périphérique du secteur de la santé	périphérique du secteur de la santé		Définir les fonctions et responsabilités susceptibles d'être transférées (fonction Publique, Finances, Education)	Nbre de fonctions définies	Rapport de séance
	<u>OS</u> : Développer les capacités de gestion des RH aux niveaux central, intermédiaire et périphérique	Les capacités de gestion des RH aux niveaux central, intermédiaire et périphérique sont développées		Définir les nouvelles fonctions des organes de gestion au niveau décentralisé en matière de GRH	Nbre de nouvelles fonctions des organes de gestion définies	Rapport de séance
			Actualiser et élaborer les textes juridiques appropriés	Nbre de textes actualisés	Textes	
			Vulgariser les différents textes	Nbre de séances organisées	Rapport de séance	
			Renforcer le mécanisme d'échanges d'informations et de communication entre le MS et les autres ministères impliqués dans la GRH	Nbre de séances d'échange d'informations	Rapport de séance	

## V. QUANTIFICATION DES BESOINS ET ESTIMATION DES COUTS

En rappel, la déclaration du Millénaire à laquelle a adhéré l'Union des Comores fut adoptée par les 191 pays en 2000. Elle énonce 8 objectifs structurés autour de 18 cibles mesurables par 48 indicateurs au niveau mondial. Les OMD du secteur de la santé concernent les objectifs n° 4, 5 et 6 et sont déclinées de la façon suivante:

- ✓ **N° 4** : Réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans;
- ✓ **N° 5** : Améliorer la santé maternelle ;
- ✓ **N° 6** : Combattre le VIH /SIDA, le paludisme et d'autres grandes maladies.

Chacun de ces trois objectifs est structuré autour de cibles. L'Union des Comores s'est alors engagé à réduire le taux de mortalité infanto juvénile de 113 pour mille en 2003 à 38 pour mille en 2015 et la réduction du taux de mortalité maternelle de 380 en 2003 à 95 pour cent mille naissances vivantes en 2015. Et enfin, pour combattre le VIH/ Sida, le paludisme et autres maladies graves, deux cibles ont été prévues :

- la réduction de la prévalence des IST/VIH/Sida ;
- la maîtrise du paludisme et de la tuberculose, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle.

L'atteinte des OMD nécessite alors une offre de services de santé de qualité aux populations comoriennes. Les besoins en ressources humaines intègrent certes cette préoccupation d'atteinte des OMD, mais aussi le souci de faire fonctionner adéquatement l'ensemble du système de santé du pays.

### 5.1. PROJECTION DES BESOINS EN RESSOURCES HUMAINES

La littérature de la gestion des ressources humaines en santé compte plusieurs modèles d'estimation des besoins en ressources humaines basés, pour certains, sur les ratios Personnel de santé/Populations ou sur les besoins des populations. Pour d'autres, les besoins en ressources humaines peuvent être basés sur l'utilisation (la demande de soins de santé) ou les tâches à accomplir traduites en charge de travail. Chacun de ces modèles permet de répondre à un certain besoin de planification et présente des avantages et des inconvénients. Autrement dit, il n'existe pas encore un modèle universel. Chaque utilisateur est tenu de faire un effort d'adaptation du modèle qui répond le mieux à ses préoccupations.

Dans le cas de la présente étude, l'estimation des besoins sera basée sur la différence entre la situation actuelle et la norme de personnel adoptée pour les différentes formations sanitaires des différents niveaux de la pyramide sanitaire nationale.

Les normes d'effectifs de ressources humaines en santé par type de formation sanitaire et par niveau de soins de la pyramide sanitaire ont été définies pour les différentes catégories socioprofessionnelles de personnel suivant:

- les médecins spécialistes,
- les médecins généralistes,
- les techniciens, techniciens supérieurs de laboratoire et de radiologie,

- les techniciens supérieurs en soins médicaux
- les infirmiers diplômés d'Etat spécialistes (anesthésistes, aide-opérateurs, cadre infirmier en santé publique)
- les infirmiers diplômés d'état
- les sages-femmes diplômées d'Etat,
- les Infirmiers brevetés,
- les gestionnaires
- les administrateurs
- les comptables
- les techniciens en ressources humaines
- les agents d'assainissement
- les adjoints techniques de statistique
- les aides soignants diplômés
- les divers agents administratifs et autres.

Ces normes ont été aussi définies pour les formations sanitaires publiques des différents niveaux de soins disponibles suivants :

Tableau 4: **Catégorie des formations sanitaires**

<b>Catégories de formations sanitaires</b>	<b>Nombre</b>
Centre Hospitalier National	1
Centres Hospitaliers régionaux	2
Centres Médicaux- chirurgicaux	4
Centres de santé de district	15
Postes de santé	52

Les données concernant les ressources humaines actuelles en mesure de mettre en œuvre les plans de développement et de gérer les RHS ne sont pas actualisées. Les formations spécifiques dans le domaine de la planification et de la gestion ne sont pas organisées. Dans tous les cas, les potentialités de formation de la plupart des ressources humaines de qualités n'existent pas au pays.

Sur la base des normes ainsi définies et considérant le nombre des différentes formations sanitaires par niveau de soins dans la pyramide sanitaire national, le résumé de l'effectif des ressources humaines en santé requis pour couvrir l'ensemble des formations sanitaires publiques est contenu dans le Tableau ci-après.

En ce qui concerne les personnels paramédicaux, l'existant actuellement disponible dans le secteur public de la santé est de 956 agents. Les besoins à combler sont de 296 agents et se répartissent dans le tableau qui suit. Notons que pour l'estimation des besoins réels, il faut uniquement compte des écarts positifs. Quant ces écarts sont négatifs, ce qui actuellement le cas pour les médecins généralistes et les chirurgiens dentistes cela signifie que le pays est en situation de sureffectif.

Tableau 5: Normes et besoins de formation des paramédicaux

Catégorie de Personnel	Normes	Existant	Besoins
Infirmier Diplômé d'Etat	344	252	92
Sage Femme d'Etat	207	199	8
Technicien Supérieur en Santé	96	23	73
Infirmier Anesthésiste	32	21	11
Infirmier Instrumentiste	20	1	19
Technicien de laboratoire	64	97	-33 (N/A)
Technicien en Pharmacie	25	38	-13 (N/A)
Manipulateur Radio	18	25	-7 (N/A)
Technicien de Maintenance	14	10	4
Secrétaire Médical	12	0	12
Technicien d'Assainissement	47	130	-83 (N/A)
Technicien de statistique Sanitaire	19	0	19
Technicien en Ressources Humaines	6	0	6
Administrateur en Santé	22	0	22
Comptable Hospitalière	6	0	6
Gestionnaire des Hôpitaux	24	0	24
<b>Total</b>	<b>956</b>	<b>796</b>	<b>296</b>

Quant aux personnels médico-techniques spécialisés, les besoins sont moins importants (139), l'accent étant essentiellement mis sur la formation des médecins de santé publique (23), des anesthésistes-réanimateurs (12), des radiologues (11), des pédiatres (10), des chirurgiens généralistes (10), des gynéco-obstétriciens (7), des urgentistes (6), des nutritionnistes (5) (voir tableau qui suit).

Tableau 6: Normes et besoins en médecins et autres spécialisés médico-techniques

Catégories professionnelles	Effectifs par catégorie			Planning de Formation				
	Normes	Existants	Besoins	2010	2011	2012	2013	2014
Médecins Généralistes	65	80	-15					
Gynéco-Obstetrien	12	5	7		3	2	1	1
Cardiologue	5	3	2		2			
Psychiatre	4	1	3			1	1	1
Chirurgien Dentiste	14	21	-7					
Stomatologue	1	0	1			1		
Chirurgien Maxillaire Facial	4	0	4		1	1	1	1
Neurochirurgien	1	1	0					
Neurologue	1	0	1		1			
Gastro-enterologue	4	0	4		1	1	1	1
Anatomopathologiste	1	0	1		1			
Oto-rhino-laryngologiste	4	2	2		1	1		
Radiologue	12	1	11		4	1	3	3
Oncologiste	1	0	1		1			
Hématologue	1	0	1		1			
Endocrinologue	1	0	1		1			
Pneumologue	4	0	4		1	1	1	1
Nutritionniste	5	0	5		1	1	1	2
Néphrologue	1	1	0					
Urologue	1	0	1				1	
Orthopédiste	4	1	3			1	1	1
Dermatologue	4	3	1				1	
Ophtalmologue	5	2	3		1	1	1	
Chirurgien Généraliste	21	11	10		2	2	3	3
Pédiatre	14	4	10		3	1	1	5
Chirurgien Pédiatre	4	0	4		1	1	1	1
Anesthésiste - Réanimateur	14	2	12		2	2	2	6
Pharmacien	21	18	3			1	1	1
Médecin Epidémiologiste	4	0	4		1	1	1	1
Santé publique (Doctoral)	11	0	11		2	2	3	4
Santé publique (Master)	21	9	12		3	3	3	3
Urgentiste	6	0	6			2	2	2
Médecin Biologiste	5	1	4		2	1	1	
<b>Médecin Interne</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>3</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	
<b>Kinésithérapeute</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>4</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>TOTAL</b>	<b>284</b>	<b>167</b>	<b>139</b>		<b>38</b>	<b>30</b>	<b>33</b>	<b>38</b>

## 5.2. COUTS DE FORMATION

Sur la base de la projection des besoins sur cinq ans, les coûts totaux des actions programmées s'établissent à la somme **14 632 000 USD**, soit une moyenne annuelle de 2 926 400 USD, soit environ 1 024 240 000 francs comoriens. Ces coûts se répartissent comme suit :

Tableau 7: **Récapitulatif des coûts**

<b>Volets</b>	<b>Nombre</b>	<b>Montant total</b>
Formation des spécialistes médico-techniques	139	9 814 500 (58%)
Formation des paramédicaux	296	3528 000 (31%)
Autres coûts des actions programmées	-	1 289 500 (11%)
<b>Total</b>		<b>14 632 000</b>

### 5.2.1. Coûts de la formation des médecins

A rappeler que l'Union des Comores ne dispose pas d'une faculté de médecine. Les éléments des coûts des médecins sont estimés à partir des dépenses réelles effectuées par l'OMS qui offre souvent des bourses aux citoyens comoriens. Les besoins en médecins spécialistes et autres médico-techniques s'élèvent à 139 individus. Les coûts totaux pour leur formation sont estimés à la somme de **9 814 500USD**, soit un coût moyen de **70 608 USD** par individu formé. Etalé sur cinq ans, l'Etat devra déboursier en moyenne 1 962 902 USD par an. Les détails sont regroupés dans le tableau ci-après :

Tableau 8 : **Coûts des personnels spécialisés (en USD)**

<b>Catégories professionnelles</b>	<b>Besoins</b>	<b>Coûts unitaires annuels</b>	<b>Années de formation</b>	<b>Coûts par spécialité</b>
<b>Gyneco-Obstetricien</b>	7	18500	4	518000
<b>Cardiologue</b>	2	18500	4	148000
<b>Psychiatre</b>	3	18500	4	222000
<b>Stomatologue</b>	1	18500	4	74000
<b>Chir. Maxillaire Facial</b>	4	18500	4	296000
<b>Neurologue</b>	1	18500	4	74000
<b>Gastroenterologue</b>	4	18500	4	296000
<b>Anatomopathologiste</b>	1	18500	4	74000
<b>ORL</b>	2	18500	4	148000
<b>Radiologue</b>	11	18500	4	814000
<b>Oncologue</b>	1	18500	4	74000
<b>Hematologue</b>	1	18500	4	74000
<b>Endocrinologue</b>	1	18500	4	74000
<b>Pneumologue</b>	4	18500	4	296000
<b>Nutritionniste</b>	5	23000	1	115000
<b>Urologue</b>	1	18500	4	74000

<b>Orthopédiste</b>	3	18500	4	222000
<b>Dermatologue</b>	1	18500	4	74000
<b>Ophtalmologue</b>	3	18500	4	222000
<b>Chirurgien Généraliste</b>	10	18500	4	740000
<b>Pédiatre</b>	10	18500	4	740000
<b>Chirurgien Pédiatre</b>	4	18500	4	296000
<b>Anesthésiste. réa</b>	12	18500	4	888000
<b>Pharmacien</b>	3	18500	7	388500
<b>Médecin Epidémiologiste</b>	4	18500	4	296000
<b>Santé publique : -niveau doctoral</b>	<b>11</b>	23000	5	1265000
<b>-Niveau Master</b>	<b>12</b>	23000	1	276000
<b>Urgentiste</b>	6	18500	2	222000
<b>Médecin Biologiste</b>	4	18500	4	296000
<b>Médecin Interne</b>	3	18500	4	222000
<b>Kinésithérapeute</b>	4	18500	4	296000
<b>TOTAL</b>	<b>139</b>	<b>70 608</b>		<b>9 814 500</b>

## 5.2.2. Coûts des formations des paramédicaux et autres cadres intermédiaires

Les coûts à assumer pour assurer la formation initiale des 269 nouveaux paramédicaux s'élèvent à la somme de 3 528 000 USD, soit une moyenne annuelle 705 600 USD, soit encore des coûts moyens par individu à former de 13 115USD.

**Tableau 9: Coûts de formation des paramédicaux et autres cadres intermédiaires (en USD)**

<b>Catégorie de Personnel</b>	<b>Besoins</b>	<b>Cout unitaire</b>	<b>Cout Total</b>
Infirmiers Diplômés d'Etat	92	1	PM
Sages Femmes	8	PM	PM
Technicien Supérieur en Santé	73	18000	1314000
Infirmier Anesthésiste	11	18000	198000
Infirmier Instrumentiste	19	18000	342000
Technicien de Maintenance	4	18000	72000
Secrétaire Médical	12	18000	216000
Technicien de statistique Sanitaire	19	18000	342000
Technicien en RHS	6	18000	108000
Administrateur en Santé	22	18000	396000
Comptable Hospitalière	6	18000	108000
Gestionnaire des Hôpitaux	24	18000	432000
<b>Total</b>	<b>296</b>	<b>180000</b>	<b>3 528 000</b>

NB : Les Infirmiers ainsi que les sages femmes sont formés localement et sans bourse. Les coûts estimés concernent ceux qui sont formés à l'extérieur et en prenant en compte le montant de bourse fournis par l'OMS.



### 5.3. Autres coûts du PNDRHS

Les autres coûts du PNDRHS concernent ceux liés aux différentes stratégies adoptées. Ces stratégies sont opérationnalisées par 152 actions à organiser. L'estimation des coûts associés à ces actions programmées est de 1 289 500 USD à répartir sur les 5 années à venir, soit une dépense programmée de 257 900 USD.

Tableau 10 : Coûts des autres actions

Stratégies adoptées	Nombre d'activités	Coûts associés (en USD)
Renforcement du système de collecte et de traitement des données sur les RHS	6	-
Description des postes et profils	3	6000
Renforcement du recrutement de nouveaux agents en fonction des besoins	5	23 400
Développement de missions médicales étrangères et nationales (avec les médecins spécialistes nationaux et de la diaspora)	2	50 000
Renforcement de la collaboration entre les acteurs internes et externes	13	9 500
Constitution d'une banque de données sur les sujets prioritaires en GRH	4	5000
Création d'un cadre d'échange pour la promotion de la recherche sur les RHS	4	-
Création d'un environnement incitatif pour la recherche	3	-
Renforcement des capacités de production des institutions de formation	4	25 000
Appui à l'amélioration de l'encadrement des élèves et étudiants sur les lieux des stages	5	5 000
Suivi et évaluation du plan de formation	3	8 000
Promotion du perfectionnement des agents	11	259 400
Promotion des nouvelles filières de formation	1	-
Mise en place d'un réseau de formateurs dans les domaines prioritaires du secteur	3	1 500
Amélioration de la gouvernance dans le domaine des RH	9	19 000
Renforcement des mécanismes d'évolution dans les corps de la santé	4	5 000
Renforcement des mécanismes de production des actes administratifs	10	45 000
Mise en place d'un système d'évaluation des performances des agents	5	7 200
Amélioration des mécanismes de répartition du personnel	7	45 000
Adoption des mesures visant la motivation à la performance des agents	12	434 500
Adoption des mesures visant le maintien des agents à leur poste	3	5 000
Renforcement des mesures pour la réduction du phénomène de migration	2	-
Création/dynamisation des structures de prévention et de gestion des risques professionnels	11	9 000
Développement des mécanismes d'évaluation et de suivi des états de santé et prise en charge des agents	6	8 000
Renforcement des compétences des professionnels en ergonomie et en prévention des risques professionnels	4	270 000
Développement des mécanismes de réduction du stress et des surcharges du travail	5	-
Consolidation du cadre institutionnel de GRH	7	3 000
Renforcement de la délégation des pouvoirs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et au niveau insulaire	3	3 000
Appui au fonctionnement des structures aux niveaux intermédiaire et périphérique	4	43 000
<b>Total</b>	<b>152</b>	<b>1 289 500</b>

## **VI. MISE EN ŒUVRE**

Tout programme dans le domaine de la santé visant l'amélioration de l'offre des services de santé de qualité devra tenir compte du plan stratégique de développement des ressources humaines (PNDRHS). Les éléments prévus dans ce présent plan concernent les besoins nationaux et sa mise en œuvre efficace nécessitera des plans d'actions pour deux années et demi tout en tenant compte des spécificités insulaires. L'élaboration des indicateurs de suivi permettra de suivre l'atteinte des résultats.

### **6.1. CADRE DE MISE EN ŒUVRE ET DE COORDINATION :**

Il incombe au Ministère de la Santé, à travers ses démembrements tant au niveau central qu'insulaire d'assurer la mise en œuvre du présent plan en jouant le rôle de coordination d'ensemble. Il peut être appuyé en cela par ses multiples partenaires.

Au niveau central, un des besoins urgents à combler est de doter le Ministère d'une Direction Des Ressources Humaines qui sera responsable de la coordination de la fonction ressources humaines pour la santé entre les différentes parties prenantes tant internes qu'externes. Dans le contexte comorien, une mise en œuvre efficace nécessitera un maillage coordonné entre les niveaux central et insulaire. Cette direction sera, pour les partenaires au développement, considérée comme le point focal des ressources humaines et supervisera l'élaboration et l'exécution de tous les plans d'opération du PNDRHS. A la fin de chaque année, elle devra présenter des rapports sur l'exécution de ce plan et formulera des recommandations qui s'imposent. Elle appuiera les instances décentralisées et abritera les allocations des ressources entre les différents niveaux.

Vu l'importance de la question, le Ministère instaurera un Comité de Pilotage (au niveau politique) et un Comité de Suivi (au niveau opérationnel) ainsi que des mécanismes de concertation périodiques pour évaluer le niveau d'avancement des activités. Ainsi les parties prenantes et les membres de la société civile seront régulièrement tenus informés des progrès et des difficultés rencontrées. En connaissance de cause, ils appuieront le Ministère de la Santé dans le rôle de plaider pour la mobilisation des ressources, la mise en œuvre coordonnée des actions de terrain et la mobilisation sociale.

Au niveau des îles (Mohéli, Anjouan et Ngazidja), la coordination technique du plan d'action sera assurée par la Direction Générale de la Santé qui devra veiller à l'élaboration d'un plan de travail annuel et d'un budget extraits du plan d'action national de l'année en cours, lesquels transmis à la DRH nécessitera des financements requis. La DGS présentera chaque trimestre un rapport d'étape du plan validé au niveau de l'île à tous les acteurs concernés (commissaires de la santé, médecins chefs de districts, gestionnaires des hôpitaux régionaux, élus locaux et autres acteurs de base dont les ONG) par le développement des ressources humaines.

Au niveau district, la coordination de la mise en œuvre du plan d'action est assurée par le médecin chef de district qui, à son tour élaborera un plan de travail annuel et son budget qui sera validé au plan régional. Ce plan annuel de district devra intégrer les micro-plans des centres de santé et des postes de santé. Pour une meilleure animation, le Médecin Chef de District fera participer au cours des réunions périodiques les élus locaux, les infirmiers majors et les autres acteurs de base.

## **6.2. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE:**

Au plan organisationnel, la mise en œuvre du PNDRHS qui s'étend de 2010 à 2015, se fera, comme prévu dans la section précédente, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (central, insulaire et périphérique) avec l'appui des partenaires au développement. Comme prévu au départ, sa mise en œuvre devra se faire conformément au PNDS et à la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et pour la croissance et visera l'atteinte des OMD.

Au-delà des appuis attendus des partenaires pour ce qui concerne le renforcement des capacités de la Direction des Ressources Humaines nouvellement créée, de l'Ecole de Médecine et de santé Publique, le financement des bourses, les partenaires au développement devront aussi assurer aux différents acteurs nationaux (niveau central, insulaire et insulaire) une formation au suivi et évaluation. Une table ronde des partenaires autour du développement des ressources humaines pour la santé devra être très rapidement organisée aux fins de mobiliser les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs fixés.

### **6.2.1. FACTEURS FAVORISANT LA MISE EN ŒUVRE:**

Parmi les facteurs favorisant la mise en œuvre du PNDRHS, l'on note:

- la volonté politique du Gouvernement de faire de la santé un des secteurs prioritaires dans la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et pour la croissance et l'atteinte des OMD;
- l'intérêt porté par le Gouvernement dans tout le processus d'élaboration du PNDRHS;
- la disponibilité de nombreux partenaires internationaux au développement à appuyer le secteur de la santé, en général, et les ressources humaines pour la santé, en particulier.

### **6.2.2. CONTRAINTES DANS LA MISE EN ŒUVRE:**

Parmi les principales contraintes à la mise en œuvre du PNDRH, il convient de noter :

- l'absence d'une fonction ressources humaines pour la santé en charge uniquement de la question ;
- l'insuffisance en quantité et en qualité des personnels;
- l'absence d'une organisation efficace des structures en charge des RHS, tenant compte des spécificités insulaires du pays ;
- l'insuffisance de leadership en matière de RHS ;
- les résistances diverses de tous ordres limitant une gestion efficace et rationnelles des RHS;
- Le niveau bas des salaires et autres incitatifs de la fonction publique;
- la pauvreté.

### **6.2.3. Menaces à la mise en œuvre du PNSDRHS et approches**

Parmi les principales situations qui sont des menaces potentielles à la mise en œuvre harmonieuse du PNDRHS sont :

- les capacités financières limitées de l'Etat durant la période couverte par le plan;
- la résistance des Ministères au sujet du transfert des compétences d'un département à un autre, ou encore du niveau central au niveau décentralisé;

- l'absence des cadres formés à la gestion ;
- l'extrême mobilité des cadres ;
- la résistance de certaines autorités insulaires à certaines décisions émanant du niveau central ;
- la résistance des syndicats et des ressources humaines en santé aux processus de contractualisation, d'affectation et de redéploiement, d'évaluation des performances etc. ;
- la faible motivation des responsables des structures (publiques et privées) à fournir des informations actualisées sur les ressources humaines qu'ils emploient;
- les lenteurs dans la mise à disposition des ressources financières ;

Pour lever ces contraintes, les stratégies suivantes pourraient être adoptées. Il s'agira notamment de :

- procéder au renforcement des capacités nationales en management du système de santé, en général, et en gestion des ressources humaines pour la santé à tous les niveaux en particulier;
- renforcer les capacités de la Direction des Ressources humaines pour la Santé;
- faire un plaidoyer auprès des plus hautes autorités de l'Etat (Président de la République, Ministre des Finances et du Budget, Ministre de la Fonction Publique, Ministre de l'Education Nationale, etc.) afin qu'ils adhèrent aux stratégies proposées dans le plan et qu'ils suivent la mise en œuvre de ces stratégies;
- alléger les procédures de décaissement afin que les organes de gestion des ressources humaines puissent disposer à temps des ressources dont ils ont besoin pour la mise en œuvre des différentes activités prescrites dans ce plan.

## **Conclusion générale**

L'élaboration d'un plan stratégique des ressources humaines pour la santé est une démarche pertinente pour assurer un meilleur développement du système de santé puisque c'est sur la base du document qui en est issu que l'on apprécie mieux le degré d'une offre efficace des services de santé à la population. Le document du plan est un outil politique destiné à faciliter la négociation des ressources précieuses tant au niveau sectoriel (Ministères de la Fonction Publique, du Budget et de l'Education Nationale...) qu'avec les partenaires au développement (bilatéraux, multilatéraux, globaux ou des ONG). Mais l'utilité d'un document quel qu'il soit découle de l'utilisation qu'on en fait.

Il faut toutefois faire remarquer que l'élaboration du présent document n'a pas été facile à cause du manque de certaines données qui auraient pu rendre plus aisées les analyses, en particulier celles relatives aux éléments de coûts, les départs à la retraite, les prévisions pour la formation en cours d'emploi... Ces manques ont dans un sens limité la capacité de l'équipe d'élaboration de faire des prévisions précises pour l'avenir.

Les estimations qui ont été faites concernant les formations initiales ont été globales au niveau du pays. Il a été prévu que des plans annuels tant au niveau central qu'au niveau insulaire complètent le présent travail. Ce qui aboutira à un chronogramme le plus réaliste possible. En effet, faire dans la précipitation sans tenir compte des réalités au niveau de chaque île et surtout au niveau chaque formation sanitaire, c'est prendre le risque de dégarner ceux-ci des prestataires des services. Une gestion rigoureuse et parcimonieuse s'impose donc. Il ne faut jamais l'oublier, un plan est après tout un outil de prise de décision. Ce qui suppose que la mise en œuvre d'un tel plan nécessite des arbitrages.

## Documents consultés

1. WHO/Regional Office for Africa. Guidelines for Human Resources for Health Policy and Plan Development at Country Level. Draft. Brazzaville, 2004.
  2. K. Diallo, P. Zurn, N. Gupta and M. Dal Poz. Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective. Human Resources for Health 2003, 1:3 [available at: <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/3>].
- DSRP
  - PNS
  - PNDRH, 2001-2010
  - Les normes des structures de santé
  - Statut de la fonction publique
  - Statuts particuliers des fonctionnaires de la santé
  - Code national de la santé
  - Profil du système de santé
  - Les Décrets portant réorganisation et missions des Ministères
  - Les cadres organiques
  - Base de données sur les ressources humaines, 2005, 2007 et 2009
  - Décret relatif au rattachement de l'école de santé au Ministère de l'Education Nationale
  - Journal officiel Mai 2010.