

REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

Honneur-Fraternité-Justice

MINISTERE DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES

**PLAN STRATEGIQUE DE DEVELOPPEMENT
DES RESSOURCES HUMAINES
2006 - 2015**

DRAFT 7

Mai 2006

TABLE DE MATIERES

CHAPITRE	N°
Avant-propos	3
Remerciements	4
Abréviations et acronymes	5
Résumé	6
Introduction	9
1. Contexte national	12
2. Principales conclusions de l'analyse de situation	17
2.1. Forces et faiblesses	17
2.2. Opportunités et menaces	18
2.3. Défis	19
3. Projection des besoins	20
4. Options politiques et stratégiques	25
4.1. Renforcement de l'acquisition des RHS	29
4.2. Mise en œuvre d'un développement efficace et durable des RHS	30
4.3. Instauration et maintien d'un environnement où il fait bon vivre, travailler et s'accomplir	31
4.4. Renforcement du cadre institutionnel des RHS du MSAS, et mobilisation d'un partenariat dynamique autour du PSDRH	33
5. Cadre logique du PSDRH	36
6. Mise en œuvre du PSDRH	39
6.1. Actions préalables à la mise en œuvre du PSDRH	39
6.2. Cadre de mise en œuvre et de coordination	39
6.3. Modalités de mise en œuvre	41
6.4. Rôle des communautés et des partenaires	42
6.5. Facteurs favorisant la mise en œuvre	42
6.6. Contraintes dans la mise en œuvre	42
7. Suivi évaluation	43
8. Financement du PSDRH	45
Conclusion	47
Annexes	48

AVANT-PROPOS
(Attend validation par Mr Le Ministre)

La problématique des ressources humaines occupe une place de choix au sein des politiques nationales de développement. Aujourd'hui, l'indicateur réel pour évaluer la richesse d'une nation n'est plus sa disponibilité financière mais plutôt sa capacité de mobiliser des ressources humaines efficaces, susceptibles d'assumer les responsabilités et tâches qui leurs sont dévolues.

Les ressources humaines pour la santé constituent la pierre angulaire et la ressource principale du système de santé. Elles se trouvent en effet au cœur de toutes les interventions sanitaires et optimisent l'utilisation des autres ressources du système de santé. Pourtant, au niveau africain, les ressources humaines continuent de souffrir d'une insuffisance quantitative et qualitative consécutive à un sous-investissement dans ce secteur, à la faiblesse de nos systèmes de santé, aux conditions de travail difficiles et à l'absence de leur valorisation. L'absence de politiques et de plans de développement des ressources humaines à base factuelle vient compliquer davantage cette situation. La planification des ressources humaines pour la santé - à travers des plans stratégiques - demeure le socle sur lequel repose le développement harmonieux des ressources humaines pour la santé.

En Mauritanie, le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté constitue une opportunité pour le secteur de la santé et des affaires sociales de disposer des ressources humaines nécessaires à l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le Développement. La politique nationale de santé et d'action sociale (2005-2015) accorde un intérêt particulier pour le développement des ressources humaines en vue d'améliorer les performances du secteur.

Ainsi, pour relever les défis posés, ce plan stratégique de développement des ressources Humaines a été élaboré afin de garantir une disponibilité permanente de personnels qualifiés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire conformément aux objectifs et normes nationaux. Ce Plan devra permettre :

- ❖ de mettre en place un système de gestion prévisionnelle des ressources humaines et d'acquiescer les besoins en personnel d'ici l'année 2015,*
- ❖ d'assurer une formation suffisante, en quantité et en qualité, de personnels des différentes catégories ,*
- ❖ et d'asseoir un système de motivation capable de retenir un personnel satisfait et performant*

L'atteinte de ces objectifs dépendra de la capacité de l'ensemble des acteurs – gouvernementaux, de la société civile et des partenaires – à créer l'environnement favorable à la mise en œuvre de ce plan et à participer efficacement au partenariat qui sera mis en place tout au long de la période 2006-2015.

Je profite de cette occasion pour remercier et féliciter, tous ceux qui, de près ou de loin, ont participé à l'élaboration de cet important outil. Le Gouvernement de la RIM s'engage à mettre en place le cadre juridique et institutionnel adéquats, et à promouvoir la mobilisation des ressources nécessaires à cette mise en œuvre.

Le Ministre de la Santé et des Affaires Sociales

REMERCIEMENTS

(à compléter)

Ce document a été préparé par une équipe mauritanienne successivement coordonnée par Dr Moustapha Ould Abdalla, Directeur des établissements de soins et ex-Directeur des ressources humaines (de janvier à juillet 2005), puis par Mme Roghaya Mint Habott, Directrice des Ressources Humaines (de juillet 2005 à mai 2006) au MSAS, et comprenant :

- Dr Mohamed Nedhirou Ould Hamed, Directeur du Bureau BAC-santé, et consultant principal pour l'élaboration de la politique nationale de santé et d'action sociale et du plan stratégique de développement des ressources humaines,*
- Mr Mohamed Moctar Ould Yahya, spécialiste des ressources humaines, cadre au service de gestion du personnel à la Direction des Ressources Humaines, au MSAS*
- Mr Mohamed Abderrahmane Ould Mohamed Yeslem, économiste, cadre au service de formation à la Direction des Ressources Humaines, au MSAS*
- Mr Mohamed Vall Ould Sidi Mohamed, professeur adjoint technique, cadre au service de formation à la Direction des Ressources Humaines, au MSAS*
- et Mme Aïche Fall, professeur adjoint technique, cadre au service de formation à la Direction des Ressources Humaines, au MSAS.*

Cette équipe a reçu l'appui technique de :

- Mr Ndim Hamet, chef de service de gestion du personnel, à la Direction des Ressources Humaines, au MSAS*
- Dr Bocar Diallo,, à l'OMS-Genève,*
- Dr Raphael Alpha Gbary, Conseiller régional chargé des ressources humaines, à l'OMS-AFRO,*
- Mme Zohra Ben Musa, chargé du programme ressources humaines de l'OMS en Mauritanie,*
- Pr Mamadou Pathé Diallo, Représentant de l'OMS en Mauritanie,*
- Mme, de l'Agence Espagnole de Coopération Internationale,*
- Dr Issa Coulibaly, chargé de programme à l'UNICEF,*
- Dr Thierno Ousmane Coulibaly, chargé de programme au FNUAP.*

Par ailleurs, Mr Saïdou Alpha Barry, à l'OMS-AFRO, Mme Laurence Codja, spécialiste des ressources humaines de santé à Dakar, et Mr Jules Dussault, à l'Institut de la Banque Mondiale à Washington, ont également apporté un précieux concours à la finalisation du document.

Les remerciements vont à toute personne ayant participé, de près ou de loin, à l'élaboration de ce PSDRH. Il s'agit en particulier des participants aux différentes réunions de partage et à l'atelier national de validation (voir liste en annexe).

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AS	Assistant social	MESRS	Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique
BM	Banque Mondiale	MF	Ministère des Finances
CBMT	Cadre budgétaire à moyen terme	MFPE	Ministère de la Fonction publique et de l'Emploi
CDMT	Cadre de dépense à moyen terme	Moughataa	District administratif
Chema-ma	Zone inondable du fleuve Sénégal	MSAS	Ministère de la Santé et des Affaires sociales
CRDSS	Conseil régional de développement socio-sanitaire	OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
CS	Centre de santé	OMS	Organisation Mondiale de la Santé
CSA	Centre de santé de catégorie A	ONG	Organisation à base communautaire
CSB	Centre de santé de catégorie B	ONS	Office national des Statistiques
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté	PCA	Paquet complémentaire d'activités
DAF	Direction des affaires financières	PMA	Paquet minimum d'activités
DAS	Direction des affaires sociales	PNSAS	Politique nationale de santé et d'action sociale
DES	Direction des établissements de soins	POAS	Plan opérationnel annuel du secteur
DIMM	Direction des infrastructures, du matériel et de la maintenance	PPTE	Pays pauvres très endettés
DLM	Direction de la lutte contre la maladie	PS	Poste de santé
DPCIS	Direction de la planification, de la coopération, et de l'information sanitaire	PSDRH	Plan stratégique de développement des ressources humaines
DPL	Direction de la pharmacie et des laboratoires	PTA	Professeur technique adjoint
DRH	Direction des ressources humaines	RAC	Revue annuelle conjointe
DRPSS	Direction Régionale pour la Promotion Sanitaire et Sociale	RHS	Ressources humaines de santé
EDSM	Enquête démographique et de santé de Mauritanie	SFE	Sage femme d'Etat
EMIP	Enquête mortalité infantile et paludisme	SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
ENSP	Ecole nationale de santé publique	SNIS	Système national d'information sanitaire
Hakem	Préfet de moughataa	TBM	Technicien bio-médical
HR	Hôpital régional	TS	Technicien de santé
HT	Hôpital tertiaire	TSS	Technicien supérieur de santé
IDE	Infirmier d'état	UM	Unité monétaire : ouguiya
IMS	Infirmier médico-social	US\$	Dollar des Etats-Unis
IRA	Infections respiratoires aiguës	VIH	Virus d'immunodéficience acquise
IST	Infections sexuellement transmissibles	Wali	Gouverneur
MAED	Ministère des Affaires économiques et du Développement	WHO	World health organisation
MCM	Médecin chef de moughataa	Wilaya	Région administrative

RESUME

La Mauritanie, dont le niveau des indicateurs sanitaires se situe dans la moyenne des pays africains, se trouve confrontée à une crise complexe et majeure des ressources humaines pour la santé (RHS). En effet, l'analyse de la situation des ressources humaines pour la santé, basée sur les documents existants et sur une enquête complémentaire, a mis au jour plusieurs faiblesses. Au nombre de celles-ci, il convient de citer (i) l'absence de gestion prévisionnelle des ressources humaines entraînant un déséquilibre entre le programme d'infrastructures et la disponibilité du personnel de santé, (ii) l'insuffisance quantitative et qualitative des capacités de formation, (iii) l'absence d'une description claire des tâches et des responsabilités, (iv) les conditions de travail précaires, (v) certains déséquilibres dans la répartition du personnel de santé, (vi) le manque de suivi efficace et l'absentéisme endémique du personnel, (vii) un système d'information embryonnaire, et enfin (viii) le manque de coordination entre les différents départements impliqués dans la gestion des ressources humaines.

Des opportunités existent aujourd'hui facilitant un développement harmonieux des RHS : (i) accroissement des ressources financières allouées à la santé et (ii) inscription du développement des ressources humaines comme axe prioritaire dans la politique nationale de santé et de l'action sociale 2005-2015 et dans la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté. L'élaboration d'un plan national de formation continue a constitué une autre opportunité de traiter un aspect important de la crise des ressources humaines. Cependant, l'accroissement du nombre d'infrastructures sanitaires ne s'est pas accompagné de la mise en œuvre de stratégies cohérentes de développement des ressources humaines pour la santé. Aussi, les revues annuelles de la santé 2003 et 2004 ont-elles fortement recommandé d'élaborer et de mettre en œuvre un plan stratégique de développement des RHS (PSDRH). Le présent plan couvrant la période 2006-2015 a pour but de combler ce besoin.

Vaste pays désertique à 80%, la Mauritanie est très contrastée au plan géographique et climatique, ce qui rend les conditions de travail difficiles. Sa population est très jeune et sa densité faible. Près de la moitié de la population (45,6%) vit en dessous du seuil de pauvreté malgré des potentialités économiques indéniables. Au plan du système de santé, la couverture reste insuffisante avec seulement 67% de la population vivant à moins de 5 km d'un poste ou d'un centre de santé. La pyramide sanitaire se compose du niveau central, des régions et des districts. Les longues distances entre les localités rendent le système de référence peu fonctionnel. Concentrée au niveau des deux grands centres urbains de Nouadhibou et de Nouakchott, le secteur privé connaît une croissance rapide bien que dépendant à plusieurs égards du secteur public. Le secteur pharmaceutique en plein essor reste désorganisé. Le financement de la santé est assuré par deux sources principales - l'Etat et les partenaires au développement et deux sources secondaires - la participation communautaire et la société civile.

L'analyse détaillée de la situation des RHS a démarré le processus d'élaboration du plan stratégique. Elle a utilisé les documents existants tels que le rapport du recensement de 2003, la base de données de la Direction des Ressources humaines, les différents textes du Ministère de la Santé et de l'Action sociale, le

document de Politique nationale de Santé et de l'Action sociale ainsi que des interviews auprès des acteurs clés du secteur. Des domaines d'intervention ont été définis. Pour chaque domaine, les problèmes et leurs causes ont été identifiés et des stratégies proposées. Des projections sur le nombre des différentes catégories de personnel ont été réalisées à partir des normes de personnel et des options stratégiques en utilisant le modèle adapté de l'Organisation mondiale de la Santé. Une attention particulière a été accordée à l'implication des partenaires au développement dans le processus. Ainsi, les différentes versions du document ont bénéficié des contributions des partenaires et un atelier de validation a proposé les amendements définitifs. La constitution d'un Comité national d'élaboration du PSDRH appuyé par un Bureau national¹ et par l'Organisation mondiale de la Santé a facilité l'appropriation du PSDRH par le pays.

L'objectif général du plan est de produire les RHS qu'il faut, en termes de qualité, quantité et motivation, pour les structures qu'il faut et aux moments qu'il faut durant la période 2006 – 2015.

Les objectifs spécifiques du plan sont de :

- acquérir, sur la période 2006-2015, le nombre personnels de santé nécessaires, conformément à la répartition par catégorie et par année détaillée dans le tableau ci-dessous
- accroître les capacités nationales de formation afin de répondre aux besoins quantitatifs et qualitatifs du secteur,
- améliorer efficacement et durablement les compétences du personnel de santé,
- augmenter le taux de rétention des RHS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire,
- assurer de manière continue et efficace la mise en œuvre, le suivi, l'évaluation et la révision du PSDRH.

Quatre domaines ont été identifiés : (1) l'acquisition des RHS, (2) le développement des RHS, (3) la rétention des RHS et (4) la gestion régulière accompagnée de coordination.

Dans le domaine de l'acquisition, l'adoption d'un plan de gestion prévisionnelle, la mise en place d'un cadre réglementaire de coordination, le transfert de compétences des Ministères de la Fonction publique et de l'Emploi et des Finances vers le Ministère de la Santé ont été retenus.

Le renforcement des capacités nationales de formation, la révision régulière des curricula de formation, la révision, l'adoption et la mise en œuvre du plan directeur de formation continue ont relevé du domaine du développement des RHS.

Le domaine de la rétention a fait appel à la mise en place d'outils d'élaboration des référentiels, de la révision, de l'adoption et de la mise en œuvre du cadre réglementaire d'affectation du personnel, du développement d'une stratégie d'accès des RHS aux services essentiels de base, de la révision à la hausse de la masse salariale, de l'adoption et de la mise en application d'un statut particulier du personnel de santé et la mise en œuvre d'une stratégie de supervision formative.

Enfin, la gestion régulière et la coordination a inclus les stratégies et les actions suivantes : le renforcement des capacités des structures centrales et déconcentrées

¹ Bureau BAC-santé qui était en contrat avec l'OMS

de gestion des RHS, la mise en place d'un cadre réglementaire favorable à une bonne coordination, le renforcement du système de communication entre différentes structures de la gestion des RHS ainsi que la mise en œuvre d'une stratégie de supervision intégrée et formative.

Un cadre logique a défini les résultats attendus et les indicateurs de vérification en fonction des différentes stratégies et actions.

Elle sera assurée au niveau central par la Direction des Ressources humaines, la Direction des Affaires financières, les autres directions centrales du Ministère de la Santé et de l'Action sociale, les institutions de formation, les ordres, les syndicats et les associations professionnels. Au niveau de la Wilaya, la coordination technique sera réalisée par le Directeur régional à la Promotion Sanitaire et Sociale. Le médecin chef de Moughata sera en charge de la mise en œuvre du plan au niveau périphérique. Les communautés et les partenaires au développement seront étroitement associés aux différents organes et appuieront la mise en œuvre du plan dans leurs domaines d'avantages comparatifs.

Le plan qui prend en compte le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté fera l'objet de plans opérationnels triennaux et de plans d'action annuels.

Aux fins de suivi et d'évaluation, la Direction des Ressources humaines du Ministère du MSAS élaborera des outils qui seront adoptés par consensus. Des revues annuelles multipartites feront le bilan des progrès réalisés et proposeront les mesures correctives éventuelles. Des aspects particuliers du PSDRH pourront faire l'objet d'études ponctuelles.

Le budget du plan pour toute la période est estimé à plus de 36 milliards. Ce budget additionnel excédant largement les possibilités actuelles de l'Etat, un effort substantiel de mobilisation des ressources sera fait en direction des communautés et des partenaires au développement. La priorité sera accordée aux sources de financement favorisant la durabilité des actions et des interventions.

Elaboré avec la participation active de plusieurs secteurs publics, de la société civile et des partenaires au développement, le plan stratégique de développement des ressources humaines a intégré toutes les composantes, à savoir la planification, la production et la gestion des RHS. La volonté politique affichée par le Gouvernement tout au long du processus, les perspectives de mobilisation de ressources nationales supplémentaires à travers l'exploitation pétrolière et l'engagement des partenaires au développement constituent des opportunités à saisir résolument pour faire de la mise en œuvre de ce plan et du renforcement du système de santé mauritanien un succès.

INTRODUCTION

Pays vaste aux contours géographiques et climatiques contrastés, la Mauritanie fait face à une crise majeure des ressources pour la santé (RHS), à l'instar de la plupart des pays africains. En effet, elle compte parmi les 36 pays africains qui connaissent une pénurie importante de ressources humaines pour la santé sur les 57 pays dans la monde². Cette pénurie a trait non seulement aux différentes catégories de personnel de santé, mais également aux sous-catégories et spécialités à l'intérieur de celles-ci. Ces dernières années, le budget alloué à la santé s'est accru de manière substantielle grâce notamment aux fonds libérés dans le cadre de l'initiative Pays pauvres très endettés (PPTTE). Si la construction et l'équipement de nouvelles infrastructures sanitaires évoluent rapidement, il n'en est pas de même pour la quantité et la qualité du personnel de santé. On assiste comme conséquence à la fermeture de certaines formations sanitaires faute de personnel dans le pays en général, et en particulier dans les zones pauvres et reculées. Cette situation risque à terme d'hypothéquer la couverture équitable des populations en soins de santé.

Aussi, la Politique nationale³ de Santé et d'Action sociale 2005 – 2015 a-t-elle défini six axes d'interventions prioritaires :

- **L'amélioration de l'accès à des prestations sanitaires de qualité à travers :**
 - o la construction, la réhabilitation et l'équipement de structures sanitaires publiques et privées avec le développement de la maintenance à tous les niveaux
 - o le développement des ressources humaines afin de garantir une disponibilité permanente de personnels qualifiés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire conformément aux normes nationales
 - o la disponibilité et l'accessibilité de médicaments et consommables de qualité au niveau des structures publiques et privées
 - o l'assurance qualité pour l'ensemble des prestations sanitaires en fonction du niveau et du type de structure
 - o la redynamisation de l'approche communautaire
 - o l'organisation et l'intégration de la médecine traditionnelle ;
- **La lutte contre la Maladie**
- **Le financement adéquat et équitable du système de santé**
- **La mise en œuvre d'une action sociale ciblée**
- **Le suivi/évaluation**
- **Le renforcement de la performance du secteur avec :**
 - o renforcement de la déconcentration
 - o décentralisation effective des services périphériques essentiels
 - o régulation et l'appui du secteur privé
 - o mise en place d'une approche contractuelle et d'un partenariat large
 - o développement de la multisectorialité
 - o renforcement de l'environnement juridique et institutionnel du secteur
 - o renforcement de l'approche sectorielle

Ce document insiste sur la nécessité de rendre disponibles à long terme les ressources humaines pour la santé dans tout le pays avec une attention particulière

² Travailler ensemble pour la santé, 2006. Rapport sur la santé dans le monde, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse.

³ Politique Nationale de santé et d'action sociale, MSAS, 2005

pour les zones reculées ou défavorisées. L'élaboration d'un plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé et sa mise en œuvre permettront donc de résoudre progressivement les problèmes identifiés et contribueront à l'accélération du développement sanitaire de la Mauritanie.

Le présent plan stratégique couvre la période 2006 – 2015 et s'articule autour du contexte national, de la présentation des principales conclusions et recommandations de l'analyse de la situation, des options politiques et stratégiques, de la projection des besoins, du cadre logique, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre ainsi que du financement.

Afin de faciliter la lecture du document, il est nécessaire de donner une définition opératoire des termes couramment utilisés en matière de développement des ressources humaines pour la santé.

Ressources humaines pour la santé ou personnel de santé, travailleurs de la santé, agents de santé incluent « *toutes les personnes impliquées dans la promotion, la protection ou l'amélioration de la santé des populations, y compris les travailleurs dans le domaine clinique et non clinique*⁴ ». Il s'agit donc non seulement des catégories classiques de personnel de santé tels que les médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes, infirmiers, sage-femmes et techniciens de laboratoire, mais également des administrateurs de la santé, des techniciens de maintenance et des personnels de soutien.

Développement des ressources humaines pour la santé : il réfère à trois composantes essentielles d'une pyramide, à savoir (i) la planification, l'information et la recherche sur les ressources humaines, (ii) l'éducation, la formation et le développement de compétences de même que (iii) la gestion et les systèmes de motivation/rétention des ressources humaines⁵.

Planification des ressources humaines pour la santé : se définit comme « *le processus d'estimation du nombre de personnes et des types de savoirs, compétences et attitudes dont elles ont besoin pour atteindre des cibles de santé prédéterminées et en dernier ressort les objectifs de l'état de santé*⁶ ». Avec les années, cette fonction a été élargie à la formulation de la politique des ressources humaines dans laquelle le mot « politique » renvoie à des déclarations faites par les autorités pertinentes qui ont pour but d'orienter l'allocation des ressources et les efforts à consentir.

Production des ressources humaines pour la santé : elle réfère à « *tous les aspects reliés à la formation et l'éducation de base et spécialisées du personnel de santé. Quoiqu'elles constituent un des aspects centraux du développement des*

⁴ Joint Learning initiative. Human resources for health, 2004. Overcoming the crisis. Global Equity Initiative, Cambridge, Massachusetts.

⁵ Organisation mondiale de la Santé, 2001. Les professionnels qui oeuvrent pour notre santé. Placer l'agent de santé au cœur de la prestation des services de santé en Afrique. Bureau régional de l'Afrique, Brazzaville, Congo.

⁶ World Health Organization, 1978. Health Manpower Planning : Principles, Methods, Issues. WHO Monograph, Hall, T.L. and Mejia A., eds (www.hrtoolkit.forumone.com)

ressources humaines pour la santé, elles ne sont pas le seul contrôle du systèmes de santé⁷ ».

Gestion des ressources humaines pour la santé : elle se définit comme la « *mobilisation, la motivation, le développement et la satisfaction des êtres humains dans et par le travail. Elle couvre tous les aspects de l'emploi, de l'utilisation, du déploiement et de la motivation de toutes les catégories de travailleurs de la santé, et détermine largement la productivité et par conséquent la couverture des services de santé et de sa capacité à retenir le personnel⁸* ». La gestion inclut également les programmes de formation en cours d'emploi et de la formation continue de même que l'évaluation.

⁷ Organisation mondiale de la Santé, 2001. Les professionnels qui oeuvrent pour notre santé. Placer l'agent de santé au cœur de la prestation des services de santé en Afrique. Bureau régional de l'Afrique, Brazzaville, Congo.

⁸ World Health Organization, 1978 . Health Manpower Planning : Principles, Methods, Issues. WHO Monograph, Hall, T.L. and Mejia A., eds (www.hrtoolkit.forumone.com).

1. CONTEXTE NATIONAL

1.1. CONTEXTE GENERAL

La République Islamique de Mauritanie (RIM) est un vaste pays (1.030.700 km²) de l'Afrique de l'ouest désertique à plus de 80%. Sa situation géo-climatique (prédominance de zones et de périodes arides) rend les conditions de travail des personnels de santé aux niveaux périphériques difficilement supportables : isolement et difficultés de communication, fluctuations thermiques importantes entre saisons, et même entre le jour et la nuit, rareté de l'eau et absence d'électricité ou d'autre source d'énergie, etc....

Le recensement de 2000 permet d'estimer la population à 2 876 710 habitants (chiffre de 2005), avec un taux d'accroissement de 2,6% et une densité de population de 2,4%. Cette population, entièrement musulmane, est essentiellement concentrée au sud et dans les grands centres urbains. Elle est à majorité jeune (54% de moins de 20 ans) avec un léger surnombre des femmes (51,3%). L'indice synthétique de fécondité (4,7) – inférieure à la moyenne sous-régionale – et l'analyse des tendances populationnelles⁹ montre que la Mauritanie a entamé la transition démographique, avec une réduction progressive de la natalité et une meilleure maîtrise de la fécondité.

Malgré une importante richesse de son sous-sol et de ses côtes, et d'importantes possibilités de mobilisation de ressources, la moitié (45,6%)¹⁰ de cette population mauritanienne vit encore en dessous du seuil de pauvreté (situé à 93392 UM). Cette incidence de pauvreté est inégalement répartie entre les différentes régions ; son taux dépasse 60% dans quatre régions (Tagant, Gorgol, Brakna et Guidimakha).

1.2. CONTEXTE SANITAIRE

1.2.1. Profil Sanitaire

Tableau 1 : Principaux indicateurs du pays

Indicateurs	Niveaux
Taux de mortalité infantile	78,0 pour 1000
Taux de mortalité infanto-juvénile	116,0 pour 1000
Taux de mortalité maternelle	747 p. 100000NV
Prévalence de la malnutrition chez les moins de 5 ans (Taille pour âge)	35,0%
Prévalence de la malnutrition chez les moins de 5 ans (poids pour âge)	31,8%
Allaitement exclusif à 4 mois	9,0%
Incidence de la diarrhée chez les moins de 5 ans (dans les 15 jours)	18,3%
Prévalence de l'anémie parmi les femmes enceintes	60,0%
Prévalence du VIH/SIDA (chez les femmes enceintes)	0,9%
Enfant entièrement vacciné (12-24 mois)	67,0%
Proportion d'enfants dormant sous moustiquaire imprégnée (moins de 5 ans)	20,0%
Utilisation de solution SRO en cas de diarrhée	47,7%

⁹ Taux d'accroissement de la population en diminution : 2,3% en 2000 contre 2,9% en 1988

¹⁰ EPCV 2004, ONS/MAED/CDHLCPI

Proportion de cas d'IRA ayant reçu un traitement	39,4%
Femmes bénéficiant de soins prénatals par un personnel qualifié	64,6%
Couverture anti-tétanique parmi les femmes enceintes	24,7%
Accouchements assistés par un personnel de santé qualifié	56,9%
Prévalence contraceptive « moderne »	4%

1.2.2. Politique et réformes du secteur:

La politique nationale de santé et d'action sociale se fixe un ensemble d'objectifs de santé, de services et de ressources. Parmi les objectifs de ressources, il faut signaler la disponibilité permanente de personnels qualifiés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire conformément aux normes nationales.

1.2.3. Organisation et gestion du système de soins :

La couverture sanitaire reste insuffisante avec 33% de la population vivant au-delà de 5 km d'un poste ou d'un centre de santé¹¹. La qualité des services est insuffisante dans la quasi-totalité des structures de santé, qu'elles soient publiques ou privées¹². Cette détérioration de la qualité des services publics et privés a diminué la confiance qu'ont les populations dans le système de santé en général.

Il faut signaler l'insuffisance du système de référence entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire. Ceci est tout particulièrement valable pour les urgences, en particulier les urgences obstétricales, chirurgicales et traumatologiques. Leur prise en charge initiale et le transfert ne répondent pas au besoin d'urgence et ne se font pas selon les règles techniques et déontologiques en vigueur. La faible densité de la population et les distances importantes à parcourir viennent aggraver cette situation. Par ailleurs, il faut tout particulièrement noter l'insuffisance de maintenance des équipements en général, et des équipements biomédicaux en particulier.

Le secteur privé de santé est surtout localisé dans les principaux centres urbains (Nouakchott, Nouadhibou). Il connaît un réel accroissement et vient en appoint au secteur public dans le cadre de la couverture en soins essentiels de santé. Ce secteur très convoité reste dépendant du secteur public dont il utilise le personnel qualifié et parfois les services et les moyens notamment en matière de référence/recours.

Le secteur privé pharmaceutique, très florissant, reste désorganisé. Malgré l'existence de grossistes-répartiteurs agréés par le MSAS, les officines et les dépôts pharmaceutiques privés continuent d'utiliser d'autres filières d'approvisionnement.

Par ailleurs, il existe (i) des services de santé militaire, (ii) une médecine du travail assez développée en particulier autour des grandes sociétés minières, (iii) une santé communautaire limitée à certaines localités. La médecine traditionnelle, très ancrée culturellement dans la société, très forte, par sa pharmacopée et par sa douceur, demeure non officiellement reconnue.

1.2.4. Financement du système de santé :

¹² Rapport d'évaluation du PDSAS, 2004 et rapports spécifiques d'activités au niveau régional et hospitalier central

Les ressources financières du secteur proviennent de deux sources principales – l'Etat et ses partenaires au développement – et deux sources secondaires, la participation communautaire et l'apport de la société civile.

L'Etat participe au financement du secteur de la santé à travers :

- un budget de fonctionnement sous forme de subventions aux différents niveaux du système de santé ;
- un budget d'investissement visant l'élargissement de la couverture sanitaire et le renforcement des capacités du système de santé.

Ce budget d'Etat a connu récemment une importante augmentation à la faveur de l'initiative PPTTE. Le niveau régional a été le principal bénéficiaire de cet accroissement du budget dans un effort d'amélioration de l'efficacité de la dépense de santé.

La contribution financière des partenaires au développement de la Mauritanie joue un grand rôle dans le financement du secteur de la santé. Ces derniers privilégient le niveau régional dans le cadre du développement de l'option de décentralisation. Les réalisations s'orientent vers la réhabilitation, l'extension et l'équipement des hôpitaux régionaux, des centres et des postes de santé, ainsi que la formation de leurs personnels.

1.2.5. Place de la ressource humaine

La disponibilité de ressources humaines efficaces à tous les niveaux de la pyramide sanitaire conditionne fortement la réalisation des volets de « santé » des Objectifs du Millénaire pour le Développement, en conformité avec les orientations du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté. La politique nationale de Santé et d'Action sociale, couvrant la période 2005-2015, a mis en exergue cette importance en définissant un axe stratégique spécifique au développement de cette ressource. C'est ce qui explique la place qu'occupe cet axe stratégique dans le programme sectoriel de la santé pour le court et moyen terme. En effet, depuis 2002, le département de la Santé et des Affaires sociales met en œuvre une stratégie nationale articulée autour de six axes¹³. L'un des axes vise à garantir une disponibilité durable de ressources humaines essentielles au niveau de toutes les structures publiques, en particulier dans les zones reculées et pauvres.

Durant les trois dernières années, les revues sectorielles de la santé se sont accordées à placer le manque de personnel qualifié comme premier obstacle à la réalisation des objectifs du secteur¹⁴. Les participants aux revues nationales du secteur organisées en 2003 et 2004 ont fortement recommandé l'élaboration d'un plan de développement des ressources humaines permettant de garantir une disponibilité effective et durable des personnels de santé au sein des structures.

¹³ CBMT, MSAS/BM, 2001

¹⁴ Aides Mémoires conjoints des revues de 2003 et de 2004, MSAS et Partenaires

1.2.6. Répartition du personnel par catégorie, par sexe, par type de structure et par région d'affectation

Tableau 2 : Répartition du personnel par catégorie et par type de structure

	TOTAL	PS	CS	HR	DRPSS	CHT	CENT	PRIVE	PARAPU
Médecins généralistes	160	2	58	26	11	33	19	5	5
Médecins spécialistes	146	1	6	22	10	80	19	6	2
Biologistes	12	0	0	0	0	12	0	0	0
Pharmaciens	49	0	1	9	13	14	12	0	0
Chirurgiens dentistes	42	0	21	10	1	5	5	0	0
Professeurs techniques Adjoints	46	0	1	1	4	13	26	0	0
Techniciens supérieurs de santé	333	10	50	48	39	125	39	1	14
Sage femme d'Etat	240	24	129	21	17	28	12	0	8
Infirmiers d'Etat	503	151	102	40	46	103	26	1	26
Assistants sociaux	48	4	9	1	11	9	14	0	0
Techniciens bio-médicaux	15	0	1	3	0	5	6	0	0
Autres cadres non santé	247	3	9	9	43	59	119	1	3
Infirmiers médico-sociaux	693	191	183	57	21	131	9	0	75
Accoucheuses auxiliaires	429	168	157	53	11	1	31	2	5
Aides infirmiers	293	36	107	36	6	60	7	0	33
Autres auxiliaires	37	5	28	1	1	0	1	0	1
Garçons et filles de salle	502	40	164	90	28	147	15	3	14
Chauffeurs	89	0	18	8	16	13	31	1	1
Autres personnels	403	39	77	40	20	155	58	1	7
TOTAL	4287	674	1121	475	298	993	449	21	194

Source : Recensement National du personnel de santé en Mauritanie, MSAS, 2003

Il faut signaler que ces données sont incomplètes, et ne reflètent pas avec exactitude la situation actuelle des RHS en Mauritanie. A titre d'exemple, l'ensemble des contractuels du système n'y sont pas comptabilisés, et les derniers recrutements de 2005 et 2006 ne sont pas pris en compte.

L'équilibre apparent entre les deux sexes au niveau global (48% de femmes et 52% d'hommes cache des disparités importantes. La prédominance masculine est très perceptible au niveau des cadres et au niveau du personnel de soins affecté en milieu périphérique. Cette situation constitue un obstacle socioculturel à l'utilisation des services maternels offerts par les personnels masculins affectés en milieu rural (voir annexe 2).

Par ailleurs, la répartition du personnel selon le niveau de la pyramide sanitaire paraît acceptable avec plus de la moitié (53%) au niveau opérationnel (PS, CS, HR), environ un quart (23,2%) au niveau tertiaire et moins d'un cinquième (17,4%) au niveau administratif central et régional. Les 5% restants concernent les personnels recensés au niveau du privé et du parapublic (voir tableau ci-dessus.)

Par contre, l'analyse de la répartition des RHS en fonction de la catégorie et de la région (voir annexe 2) montre une nette prédominance à Nouakchott (46,1% pour un poids démographique de 22,3%) et à Nouadhibou (7,3% du personnel pour un poids démographique de 3,2%). Cet important déséquilibre s'explique par le poids du

niveau tertiaire qui occupe à lui seul 24,1% du personnel de santé, et reste très majoritairement localisé à Nouakchott.

Une comparaison de la répartition du personnel hors niveau tertiaire par catégorie et par région montre un équilibre global tenant compte du poids démographique, à l'exception de Nouadhibou où la proportion du personnel a atteint 10,3% pour un poids démographique de 3,2%. Cependant, cette harmonie apparente cache des disparités régionales pour certaines catégories essentielles :

- pour les médecins et les infirmiers (IDE et IMS), l'équilibre est plutôt favorable aux régions de l'intérieur ; Nouakchott ne compterait respectivement que 17,9% et 20,4% des médecins et infirmiers travaillant dans les structures de santé hors tertiaire (voir tableau en annexe 2);
- pour les SFE, Nouakchott compterait à elle seule 45,6% des SFE travaillant dans les structures de santé hors niveau tertiaire.

2. PRINCIPALES CONCLUSIONS DE L'ANALYSE DE SITUATION

(Tiré du document d'analyse de situation des RHS en Mauritanie, annexe du présent PSDRH)

L'analyse de situation des RHS en Mauritanie a été élaborée entre février 2005 et mars 2006. Elle a utilisé un ensemble de données récoltées au niveau (i) du rapport du recensement de 2003, (ii) de la base de données de la DRH, (iii) du plan directeur de formation continue, (iv) des textes réglementaires du MSAS relatifs à l'organigramme, aux normes et aux primes, (v) au document de politique nationale de santé et d'action sociale (PNSAS), (vi) ainsi qu'au cours des interviews tenues avec les principaux intervenants du secteur.

De cette analyse, il ressort un ensemble de forces et de faiblesses qui ont servi de base aux choix stratégiques qui ont été opérés.

2.1. Forces et faiblesses

Les principales **forces** sont :

- l'existence d'une direction centrale et de services régionaux chargés de la gestion des ressources humaines, disposant de personnels plus qualifiés ;
- la disponibilité d'un ensemble d'outils essentiels :
 - une base de données réactualisée grâce à un recensement physique du personnel mené en 2003,
 - un cadre organique d'emploi et un plan de carrière non encore validés,
 - un plan de formation continue,
 - et des normes en personnel par type de structures ;
- l'existence d'institutions de formation avec des programmes éducatifs ponctuellement révisés et adaptés aux priorités nationales de santé ;
- l'introduction de primes de zones et de technicité au profit du personnel déconcentré de la santé ;
- la diffusion d'une note circulaire améliorant la coordination de la formation et la gestion du personnel.

Concernant les **faiblesses**, l'insuffisance dans les aspects d'acquisition, de développement et de rétention des RHS constituent les principaux obstacles au développement des ressources humaines.

➤ En matière d'acquisition

- l'absence de gestion prévisionnelle des ressources humaines à l'origine d'une inadéquation 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, et la non disponibilité à temps des ressources humaines,
- l'inexistence d'un statut particulier des personnels de santé,
- l'absence de marketing en vue d'augmenter l'offre en RHS, et visant les élèves du secondaire et les étudiants en formation de santé à l'extérieur du pays.

➤ En matière de développement

- l'insuffisance quantitative et qualitative des capacités de formation,

- l'inexistence d'un répertoire opérationnel des métiers, emplois et compétences à tous les niveaux, et l'absence d'un accompagnement technique et professionnel des nouvelles recrues dans le système,
 - l'absence de mise en œuvre du plan directeur de formation continu.
- **En matière de rétention**
- l'absence d'une description claire des responsabilités et des tâches,
 - les mauvaises conditions de travail et de vie : insuffisance du plateau technique, surcharge de travail, conditions difficiles de vie (hébergement, communication, éducation des enfants, loisirs, ...)
 - le manque d'équité (absence de critères et fréquence des notes individuelle) dans l'affectation, la gestion, le développement de la carrière (avancements arbitraires) et la formation continue ;
 - la faiblesse de la rémunération (salaires et primes) ;
 - le manque de suivi efficace et l'absentéisme fréquent du personnel – plus prononcé dans les zones reculées et pauvres – et l'absence d'un système efficace et équitable de récompense et de sanction.
- **En matière de système d'information et de gestion des RHS**
- le manque de coordination entre les départements impliqués dans la gestion des ressources humaines (Santé, Fonction publique, Finances, Intérieur) et entre les différents niveaux (central, régional, de moughata),
 - 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,
 - l'insuffisance du système d'information et de gestion existant 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),

2.2. Opportunités et menaces

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 ;
- de l'existence d'une politique nationale de santé et d'action sociale qui place le développement des ressources humaines de la santé au cœur des préoccupations du secteur ;
- de l'accroissement attendu des recettes publiques à la faveur de l'exploitation prochaine des ressources pétrolières,
- des derniers changements politiques intervenus dans le pays qui mettent en avant le développement des ressources humaines comme levier essentiel du développement socio-économique et qui donnent une priorité particulière aux secteurs sociaux, dont la santé.

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:

- de l'impossibilité de répondre aux besoins en personnels avec, comme corollaire, (i) la non fonctionnalité de structures périphériques ou intermédiaires et (ii) la détérioration de la qualité de service par surcharge du personnel existant ;
- de l'inadéquation de la formation suite à l'augmentation intempestive des flux de formation, sans mesures d'accompagnement, visant à répondre aux besoins du secteur ;
- de la faiblesse du revenu (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 ») ;

2.3. Défis

L'élaboration d'une stratégie nationale de développement des ressources humaines constitue un exercice, à la fois, politique et technique. C'est pour cette raison qu'elle a fait l'objet d'un consensus très large à la faveur d'un partenariat national multisectoriel qui devra être mis en place tout au long du processus de planification, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation de la stratégie. A cet effet, la mise en place formelle de structures nationales et régionales, chargées de superviser et de coordonner le processus d'élaboration de la stratégie, procède d'une vision politique pertinente pour le développement efficace et durable des ressources humaines. Un des défis majeurs est donc de réussir une mobilisation effective des partenaires tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur de la santé, et réaliser un consensus dynamique afin d'atteindre les objectifs du PSDRH

Par ailleurs, le PSDRH est un outil de mise en œuvre de la politique nationale de santé et action sociale (PNSAS) dans le cadre la lutte contre la pauvreté (CSLP) et en droite ligne avec les OMD. L'autre défi majeur est donc de produire et de rendre disponibles et accessibles, partout où besoin est, les ressources humaines nécessaires et motivées, en quantité et en qualité suffisantes, et en un temps record afin que les objectifs de la politique de santé et d'action sociale soient atteints. En effet, tout retard dans cette production ou toute insuffisance de qualité ou de distribution constituera un handicap national sérieux à la réalisation des objectifs de la PNSAS. Ce qui, par conséquent, influencera négativement l'atteinte des objectifs du CSLP et, par la suite, des OMD.

Enfin, en l'absence de réformes profondes, le plus souvent à l'extérieur du secteur, d'autres défis risquent d'hypothéquer lourdement la réussite de ce PSDRH. 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 (wali et hakem) vers les responsables sanitaires régionaux et de moughata. En effet, malgré des avancées perceptibles ces dernières années dans le domaine financier, l'absence d'emprise du département sur les décisions essentielles relatives à la gestion de ces ressources ne lui permet pas d'en assurer une utilisation efficiente.

3. PROJECTION DES BESOINS

3.1. METHODOLOGIE

L'analyse de la situation a permis d'identifier un certain nombre de problèmes tels qu'ils sont formulés ci-dessus. Ces problèmes sont, en clair, les écarts perçus entre la situation vécue et celle souhaitée en termes normatifs. Il est donc nécessaire, dans ce qui va suivre d'identifier les besoins quantitatifs et/ou qualitatifs. C'est-à-dire: "ce qu'il faut" pour combler ces écarts, et ce, pour la période du PSDRH.

3.1.1. Objectif

L'Objectif est donc de déterminer les besoins additionnels, en RHS par an et par catégorie professionnelle, de 2006 à 2015. Ce qui suppose la disponibilité et l'utilisation d'un matériel adéquat.

3.1.2. Matériel

Le présent travail de projection des besoins sur la période impartie au PSDRH est basé essentiellement sur l'exploitation des matériels suivants:

- la base de données du recensement physique des personnels de la santé (2003) complétée par les données du fichier du personnel de santé développé par le MSAS en collaboration avec les partenaires en 2004. Ce qui permet de dénombrer les personnels de santé par catégorie professionnelle, mais également de mesurer les pertes en RHS par an et par catégories professionnelles. Elle permet donc de calculer le disponible par an et par catégorie professionnelle sur la période de la projection.

- le document du MSAS sur le plan de développement des infrastructures sanitaires (PDIS) et l'estimation de l'évolution des besoins normalisés en la matière sur la période 2005-2015. Même si la carte sanitaire officielle n'est pas encore disponible, ce matériel permet de faire une projection valable des normes en structures de santé pour les besoins du développement du PSDRH;

- les documents du MSAS sur les normes en personnel par structure sanitaire. Il convient de noter que si le document sur les normes en personnel au niveau tertiaire est en attente d'être approuvé, celui relatif aux niveaux primaire et secondaire est déjà adopté par le Gouvernement.

Cependant, l'ensemble des acteurs s'accordent sur la nécessité urgente de revoir ces normes afin de les adapter aux besoins du système de santé. Cette révision de normes nécessitera une étude de la charge de travail en conformité avec les besoins de services, et répondant ainsi aux besoins de santé des populations.

Tableau 12 : Normes en personnels techniques par type de structure

Catégories	PS	CSB	CSA	HR	CHR	HT
Médecin Généraliste		1	2	2	3	13
Médecin Spécialiste				4	4	43
Biologistes						2
Pharmaciens				2	2	2
Dentistes			1	1	1	2
TSS/PTA		1	3	7	8	30
SFE		2	2	4	4	11
IDE	1	1	2	6	6	51
IMS	2	4	4	12	12	96
AS			1	1	1	4
Gestionnaires			1	1	1	3
TBM			1	1	1	12
Auxiliaires	1	3	3			
Autres cadres			1	1	1	8
Personnel d'appui				14	14	63

Source : Arrêté N° 198/MSAS/2003 pour les PS, CS, HR et CHR et Document des normes du tertiaire pour le HT.

Il s'agira, dans ce travail, de proposer une modulation qui fasse évoluer ces normes sur la période impartie au PSDRH et réaliser une projection des besoins selon la méthode choisie.

3.1.3. Hypothèses

Le « PDIS » prévoit un accroissement en infrastructures sanitaires proportionnellement à l'évolution démographique, afin de satisfaire les besoins de la population. Les normes en structures sanitaires tiennent donc compte des besoins des populations et du ratio population/structures de santé qui évolueront sur la période 2005-2015.

Les normes en pma/pca telles que définies dans les documents officiels (cf documents sur les normes) et selon les niveaux de la pyramide sanitaire seront respectées pendant la période impartie au PSDRH.

Les normes en personnel définies selon les niveaux de prestation des services (cf documents sur les normes en personnel) seront respectées pendant les différentes phases opérationnelles du PSDRH, en veillant particulièrement à la mixité des compétences au sein des équipes opérant au niveau des structures.

Les pertes en ressources humaines (décès, retraites et soldes migratoires) varieront selon une distribution Normale Gaussienne, et la DRH appliquera une politique de remplacement systématique de tout poste qui serait vacant.

Sur la base de ces hypothèses il a été procédé à l'estimation des besoins en ressources humaines par an et par catégorie professionnelle en utilisant le modèle adapté ci-dessous.

3.1.4. Modèle

La littérature managériale compte plusieurs modèles d'estimation des besoins en ressources humaines basés, pour certains, sur les ratio Personnel de

santé/populations ou sur les besoins des populations, pour d'autres, sur l'utilisation (demande) 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 devra donc faire un effort d'adaptation du modèle qui répond, le mieux, à ses préoccupations. Ainsi, compte tenu des données disponibles, de la catégorie de normes définies par le MSAS, de l'objectif et des hypothèses ci-dessus fixés, le modèle développé par l'OMS (WHO: *A model to assessing health workforce needs, Geneva, August 2004*), dans son approche basée sur les structures, est apparu comme le plus adaptable au contexte actuel d'estimation des besoins en ressources humaines pour le système de santé mauritanien. Dans la démarche d'adaptation, les formats et le genre des feuilles d'entrée sont tirées de ce modèle alors que les données et le contenu de chaque feuille sont tirés des matériels indiqués au paragraphe 2 ci-dessus.

3.1.4.1. Limites de la méthode

Le modèle choisi, dans son application basée sur les structures, ne permet de faire les projections que pour le secteur public, car il n'existe pas encore de normes, à fortiori des critères mesurables, relatifs au secteur privé.

Par ailleurs, l'utilisation de normes pour le niveau tertiaire – encore en phase de pré-approbation - pour cette projection est basée sur l'hypothèse que ces normes seront adoptées par le Gouvernement

De plus, l'évidence sur les pertes est bien mince, si bien que la projection de ce paramètre est basée sur une estimation de la moyenne gaussienne

Enfin, il faut reconnaître que l'absence de carte sanitaire officielle, est par elle-même, une limite à la validité de la méthode.

3.1.4.2. Validité

Tel qu'adapté pour les besoins de ce travail, le modèle pourrait être utilisé pour d'autres travaux d'estimation des RHS pour d'autres programmes, d'où son degré élevé de validité interne.

Mais il n'y a aucune évidence pour garantir son utilisation pour estimer d'autres ressources dans d'autres circonstances. Ce qui ne plaide point pour une quelconque validité externe de la méthode. Il est donc conseillé à la DRH de procéder à une appréciation de la validité des normes ainsi projetées à la fin de chaque phase de mise en œuvre du PSDRH.

3.2. INSUFFISANCES DES DONNEES DE BASE

Ces projections utilisent essentiellement trois types d'informations de base. Ces données se caractérisent toutes par un manque de précision. Il s'agit en particulier :

- des **normes en personnels** pour les différents types de structures : comme expliqué plus haut, elles nécessitent d'être révisées à la lumière de la charge de travail qui sera définie pour chaque type et sous-type de structure ;
- des **projections d'infrastructures** : en l'absence d'une carte sanitaire dynamique et répondant aux exigences de la PNSAS, ces projections restent sujet à caution, et risquent de ne pas refléter, avec exactitude, les besoins en infrastructures des années futures ;
- des **RHS disponibles** : leurs chiffres nécessitent une mise à jour et devront être plus exhaustifs (en intégrant l'ensemble du personnel du privé et les contractuels du système public de santé).

3.3. RESULTATS

3.3.1. Projection des besoins en Infrastructures (voir tableau en annexe 4)

Le plan de développement des infrastructures sanitaire, adopté en 1997 pour la période 1998-2002, ne peut plus constituer une base de projection pour la carte sanitaire. Ainsi, tenant compte du besoin urgent de disposer de cette donnée, le MSAS avait mis sur pied une commission technique ayant pour tâche de proposer une projection des nouvelles créations d'infrastructures sur la période 2005-2015.

Ces projections se basent sur les hypothèses de programmation suivantes :

- 10 nouveaux postes par an à partir de 2007,
- 1 nouveaux centres de santé de catégorie B par an à partir de 2007,
- à partir de 2008, la transformation tous les ans d'un CSB en CSA,
- à partir de 2007, la création tous les ans d'un hôpital de moughataa,
- la création, tous les 5 ans, d'un centre hospitalier régional,
- la création, tous les 10 ans, d'un centre hospitalier national,
- la création, tous les 10 ans, d'une école nationale de formation.

Cette projection devrait être revue à l'occasion de l'élaboration d'une carte sanitaire nationale. L'augmentation régulière – de 10 postes de santé et d'un CSB par an – pourrait être revue en fonction des besoins quantifiés correspondants aux normes en infrastructures, et des disponibilités de ressources financières nécessaires.

3.3.2. Projection des besoins additionnels en ressources humaines :

Commentaire du tableau 3 (ci-dessous): Après estimation (i) des besoins totaux – ou cumulés – en ressources humaines, et (ii) des départ attendus (en terme de retraite, de décès, révocation, ...), il a été possible de dégager la différence qui constitue les besoins additionnels en ressources humaines. Les besoins exprimés en négatif (ex : - 382 auxiliaires en 2005) signifient que, pour cette catégorie et pendant cette période, nous disposons déjà du nombre nécessaire pour l'ensemble des structures du pays. L'analyse de ce tableau soulève quelques interrogations :

- pour toute la période, n'aurons nous pas besoins de recruter des biologistes et des auxiliaires de santé ?
- pour les 5 premières années, aura-t-on effectivement suffisamment de sage femmes et de personnels d'appui?

Pour revoir ces aspects, il sera nécessaire de réétudier les normes en personnel et par structure de santé qui constituent en fait des choix stratégiques forts en matière de fonctionnement du système de santé en général (pour avoir une réponse à cette question il faut actualise les normes en faisant une étude de la charge de travail).

Par ailleurs, le besoin paraît particulièrement élevé pour les médecins – qu'ils soient généralistes ou spécialistes - les paramédicaux qualifiés (TSS, IDE, IMS) ainsi que pour les personnels d'administration et de gestion.

Tableau 3 : Projection des besoins additionnels en ressources humaines par catégorie t par an

Catégories	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Médecin généraliste	31	65	73	79	88	96	115	123	131	140	147
Médecin spécialiste	52	104	110	115	124	129	176	184	192	203	209
Biologistes	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
Pharmaciens	-9	9	11	13	17	19	23	25	27	31	35
Dentistes	0	20	21	23	26	28	32	34	36	39	41
TSS/PTA	32	79	104	125	148	164	212	256	273	310	339
SFE	-54	-28	-20	-10	6	15	34	46	56	70	82
IDE	245	315	341	370	401	432	509	541	573	612	650
IMS	776	892	936	984	1 043	1 093	1 248	1 312	1 371	1 454	1 542
AS	26	27	29	33	37	39	46	50	54	59	64
Gestionnaires	32	35	38	40	43	45	50	54	58	62	65
TBM	74	75	76	78	82	84	99	101	104	107	111
Auxiliaires	-382	-273	-258	-243	-229	-210	-181	-137	-98	-56	-16
Autres cadres	74	77	81	82	83	85	95	98	99	100	103
Personnel d'appui	-228	-149	-118	-100	-64	-41	56	117	163	236	295

4. OPTIONS POLITIQUES ET STRATEGIQUES :

L'analyse de la situation a permis d'identifier trois groupes de problèmes (voir tableau 4 ci-dessous) :

- **les problèmes d'acquisition des RHS**
 - l'absence de gestion prévisionnelle des ressources humaines
 - l'insuffisance quantitative en ressources humaines
- **les problèmes de développement des RHS**
 - l'insuffisance des capacités de production des institutions de formation
 - l'insuffisance qualitative en RHS et l'inadéquation des curricula avec les besoins du MSAS
 - l'absence de mise en œuvre du plan directeur de formation continue
- **les problèmes de rétention des RHS**
 - l'absence d'une description claire des responsabilités et des tâches
 - le manque d'équité dans l'affectation, la gestion et le développement de la carrière
 - les mauvaises conditions de travail et de vie
 - la faiblesse de la rémunération
 - l'inexistence d'un statut particulier des personnels de santé
- **les problèmes de gestion régulière, de coordination et de suivi**
 - le manque de suivi efficace et l'absentéisme fréquent du personnel
 - l'insuffisance des capacités de coordination de la structure de gestion RH
 - l'insuffisance du système d'information et de gestion

Face aux problèmes ci-dessus, les axes d'intervention politiques et stratégiques décrits ci-dessous devront être mis en œuvre afin de garantir la réalisation des objectifs nationaux de santé. Cependant, il appartient aux décideurs politiques, aux gestionnaires des RHS et aux partenaires du développement des RHS d'en choisir les combinaisons les plus efficaces à mettre en œuvre, selon les objectifs politiques et les moyens disponibles.

Tous ces axes visent à répondre aux exigences de la politique nationale de santé et d'action sociale qui fixe pour l'axe de développement des RHS les objectifs suivants :

- ❖ « mettre en place un système de gestion prévisionnelle des ressources humaines en cohérence avec l'ensemble des sous programmes,
- ❖ assurer une formation suffisante, en quantité et en qualité, de personnels des différentes catégories,
- ❖ garantir une couverture complète des besoins en ressources humaines qualifiées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et dans toutes les zones du pays,
- ❖ garantir une équité et une justice réelles et durables dans la gestion, l'incitation et le suivi des personnels de santé,
- ❖ élargir le système d'incitation du personnel en y intégrant des primes de performance et de rendement visant à récompenser l'effort de qualité du personnel,
- ❖ promouvoir et de renforcer l'éthique professionnelle à côté d'un développement de carrière cohérent, motivant,
- ❖ renforcer, à tous les niveaux, le suivi et la supervision formative visant, en particulier, l'amélioration de la qualité des services ».

Tableau 4 : Synthèse des problèmes et causes, et des principales actions nécessaires

Domaines	Problèmes	Causes	Stratégies/Actions
Acquisition	Absence de gestion prévisionnelle des ressources humaines	-Absence de plan de mise en œuvre adopté	-Adoption d'un plan de gestion prévisionnelle
		-Manque de coordination efficace entre différentes directions/programmes	
		-Manque de coordination entre les départements impliqués dans la gestion des ressources humaines (MFPE, MESRS, MF)	-Mise en place d'un cadre réglementaire de coordination
		-Insuffisance de décentralisation de la gestion des carrières des RHS vers le MSAS	-Transfert de compétences/attributions des ministères de la FPE et des finances vers le MSAS
	Insuffisance quantitative en ressources humaines	-Manque de disponibilité de personnels qualifiés des catégories médicales sur le marché de l'emploi	-Augmentation de la production et du recrutement de RHS qualifiées, et des départs
		-Limitation des fiches budgétaires des professionnels de santé	
-Inexistence d'une faculté de médecine			
Développement	Insuffisance des capacités de production des institutions de formation	-Insuffisance en personnel pédagogique	Renforcement des capacités nationales de formation
		-Déficit en locaux et équipements pédagogiques	
		-Insuffisance des ressources financières des institutions de formation	
	Insuffisance qualitative en RHS et inadéquation des curricula avec les besoins du MSAS	-Absence d'un répertoire opérationnel des métiers, emplois et compétences à tous les niveaux	Révision régulière des curricula de formation
		-Inexistence d'un processus formalisé de révision des curricula de formation	

	Absence de mise en œuvre du plan directeur de formation continue	-Absence d'adoption du document finalisé -Absence d'une stratégie claire de mobilisation des ressources	Révision, adoption et mise en œuvre du plan directeur de formation continue
Rétention	Absence d'une description claire des responsabilités et des tâches	-Inexistence d'un référentiel des emplois et des activités -Absence de validation du cadre organique d'emploi	Mise en place d'outils d'élaboration et de révision des référentiels Révision, adoption et mise en œuvre du cadre organique d'emploi
	Manque d'équité dans l'affectation, la gestion et le développement de la carrière	-Inexistence d'un cadre réglementaire d'affectation du personnel - gestion des carrières centralisée au niveau de du MFPE	Mise en place d'un cadre réglementaire d'affectation du personnel
	Mauvaises conditions de travail et de vie	-Manque d'accès à l'eau, à l'électricité et au téléphone dans les zones reculées, -Absence de logement pour personnels de santé	Développement d'une stratégie d'accès des RHS aux services essentiels de base
	Faiblesse de la rémunération	-Insuffisance du niveau salarial -Insuffisance des primes de zones et de technicité -Inexistence de primes de performance	Révision à la hausse de la masse salariale
	Inexistence d'un statut particulier des personnels de santé	-Absence d'adoption d'un statut particulier des personnels de santé	Adoption et mise en application d'un statut particulier du personnel de santé
	Manque de suivi efficace et	-Insuffisance de la supervision intégrée et formative	-Mise en œuvre d'une stratégie de supervision intégrée et formative

	absentéisme fréquent du personnel	-Manque d'accès à l'eau, à l'électricité et au téléphone dans les zones reculées, -Absence de logement pour personnels de santé	-Développement d'une stratégie d'accès des RHS aux services essentiels de base
Gestion régulière et coordination	Insuffisance des capacités de coordination de la structure de gestion RHS	-Insuffisance en moyens humains, matériels et financiers -Insuffisance du cadre réglementaire de la DRH	-Renforcement des capacités des structures centrales et déconcentrées de gestion des RHS -Mise en place d'un cadre réglementaire favorable à une bonne coordination
	Insuffisance du système d'information et de gestion	-Insuffisance du système de communication entre les structures centrales et déconcentrées de gestion des RHS -Insuffisance de renseignement et d'exploitation de la base de données -Insuffisance de la supervision intégrée et formative	-Renforcement du système de communication entre différentes structures chargées de la gestion des RHS -Mise en œuvre d'une stratégie de supervision intégrée et formative

4.1. Renforcement de l'acquisition des RHS

4.1.1. Adoption d'un plan de gestion prévisionnelle des RHS

Au vu du temps nécessaire à la production de RHS qualifiées, répondant aux besoins du secteur, un développement harmonieux des RHS exige au Gouvernement qu'il dispose d'une vision sur le moyen et long termes. Un plan de gestion prévisionnelle des RHS permet de mettre en corrélation les besoins de santé, les besoins de services et les besoins en ressources. Ce plan nécessitera l'adoption, au préalable, (i) de normes en personnel pour les différents types de structures et (ii) d'une carte sanitaire nationale définissant les besoins en infrastructures par wilaya. Le présent PSDRH constituera l'ossature de base d'un tel plan. Il prendra en compte l'ensemble des stratégies et sous stratégies développées de le cadre de l'action du secteur (santé de la reproduction, lutte contre les endémo-épidémies, assurance qualité, ...).

4.1.2. Transfert de compétences et attributions

L'accomplissement des objectifs de la santé exige de donner au MSAS les compétences et attributions nécessaires à la planification, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du PSDRH. Ce qui permettrait au département de la Santé de recevoir :

- du MFPE les aspects de gestion de carrière des RHS (avancement et mise en retraite) afin de pouvoir maîtriser l'acquisition de ces RHS en conformité avec les besoins exigés par la politique de santé,
- du MF les aspects de définition des besoins en postes budgétaires, de gestion des primes de motivation afin d'améliorer l'acquisition et la rétention des RHS.

Dans le même ordre d'idée, le MSAS procèdera à un transfert de compétences et d'attributions du niveau central vers les niveaux déconcentrés (DRPSS, CSM). Il s'agira en particulier des questions liées à la gestion et au suivi au quotidien des RHS, à la définition des niveaux de motivation en relation avec la performance de l'agent et aux modalités de sanction.

4.1.3. Augmentation de la production et du recrutement de RHS qualifiées, et lutte contre les départs non planifiés

Pour répondre efficacement aux besoins du secteur, l'Etat renforcera les capacités de production des RHS (voir axe développement) et continuera à augmenter le rythme des recrutements dans le secteur en conformité avec ses besoins. Dans cette perspective, un plan de disponibilité de postes budgétaires sera adopté couvrant la période du PSDRH, et en cohérence avec les besoins exprimés par celui-ci. Une clause sera rajoutée dans les procédures de recrutement exigeant la prise en compte des besoins par wilaya, et obligeant toute nouvelle recrue à passer trois ans dans la région initiale

Par ailleurs, à l'instar de certains pays voisins, l'État devrait veiller au respect des conditions et dispositions relatives aux départs des fonctionnaires pour des secteurs, programmes ou pays plus rémunérateurs. Enfin, à titre de mesure transitoires et/ou d'urgence, l'utilisation des expatriés pour combler, temporairement certains besoins urgents, sera envisagée.

4.2. Mise en œuvre d'un développement efficace et durable des RHS

4.2.1. Renforcement des capacités nationales de formation et révision régulière des curricula de formation

Dans le domaine de la formation des RHS, l'analyse met en exergue les besoins relatifs à l'amélioration des capacités d'accueil des écoles de formation, le relèvement des niveaux (quantitatif et qualitatif) des personnels d'encadrement et de soutien à la formation, l'amélioration de la qualité des programmes de formation (y compris les stages de formation) par rapport aux besoins de santé et par rapport aux récents développements scientifiques et technologiques. Dans cette optique:

❖ l'Etat devra identifier précisément les filières de formation et les compétences requises pour produire les services de santé nécessaires à la réussite de la PNSAS. Une révision du nombre et du type de filières permettra aussi d'améliorer indirectement les capacités de l'ENSP et des nouvelles institutions de formations qui devront être créées. Dans ce cadre, une priorité particulière sera accordée à la formation d'infirmières accoucheuses pouvant remplacer les SFE dans des structures reculées en cumulant leur rôle avec celui de l'infirmière. Cette catégorie sera du même coup, la responsabilité à laquelle pourront aspirer les accoucheuses ayant exercées plus de trois ans dans une localité rurale du pays.

❖ il procèdera également à l'amélioration de la capacité d'accueil des écoles de formation avec :

- la mise en œuvre de programmes de réhabilitation, de construction, d'équipement et de maintenance des infrastructures existantes,
- le recrutement, la formation et la motivation des personnels de formation, d'encadrement et de soutien à la formation.

❖ le MSAS et le MESRS proposeront au Gouvernement les formations à réaliser dans le pays et celles qu'il faudra faire faire à l'étranger, avec comme mesure d'accompagnement la pratique d'une politique d'orientation des bacheliers de l'enseignement secondaire; à cet égard, une étude pour la création d'une faculté des sciences de la santé mais également d'écoles de santé privées serait menée au tout début de la mise en œuvre du PSDRH.

❖ l'autre action stratégique consistera à adapter les programmes aux besoins de services en conformité avec les besoins de santé, et aux progrès techniques et scientifiques. Ceci sera déterminant pour le développement des matériels de formation. Les nouvelles technologies de l'Information et de la communication seront mises à profit pour améliorer les techniques de formation et de supervision.

4.2.2. Révision, adoption et mise en œuvre du plan directeur de formation continue

Le plan directeur de formation continue – adopté en 2003 – sera révisé afin de l'adapter aux nouvelles exigences de la PNSAS et du PSDRH. Sa mise en œuvre se basera sur les principes suivants :

- garantir une réelle harmonie entre la formation continue et la formation initiale,
- mettre en place un organe de décision chargé du suivi de la mise en œuvre du plan directeur de formation continue ; cet organe travaillera en étroite

- collaboration avec les institutions nationales de formation, les programmes nationaux et les partenaires au développement,
- décentraliser le maximum de formations continues vers les niveaux régionaux et départemental,
 - intégrer les formations continues orientées en priorité sur l'acquisition des compétences nécessaires pour effectuer le PMA à tous les niveaux de soins ainsi que pour assurer une bonne gestion des services de santé,
 - assurer la coordination des activités de formation continue au niveau de la DRH et leur mise en œuvre sous la responsabilité technique des institutions de formation,
 - assurer le suivi et l'évaluation réguliers à tous les niveaux des formations continues réalisées,
 - valider les formations continues et les prendre en compte dans la carrière du personnel.

4.2.3. Adoption d'une politique claire de financement de la formation

Le pays devra avoir une politique claire de financement de la formation, tant celle organisée sur le territoire national que celle réalisée à l'étranger. Elle intégrera un appui aux institutions de formations, publiques et privées, chargées de la production de RHS qualifiées. Les coûts seront estimés avec précision et des mécanismes de financement viables, préférablement endogènes, mis en place. Ceci est possible dans le cadre du financement du secteur conformément aux orientations du CSLP (en cours de révision), aux projections financières du secteur (CDMT santé 2006-2010) et à la politique d'appui des partenaires au programme du Gouvernement. L'orientation mondiale en faveur du développement des RHS – avec la décennie des RHS – facilitera la mobilisation de ressources complémentaires au plan international.

4.3. Instauration et maintien d'un environnement où il fait bon vivre, travailler et s'accomplir

4.3.1. Révision à la hausse de la grille salariale

Malgré les dernières augmentations salariales, le niveau de rémunération est jugé encore insuffisant, et le salaire des personnels reste inférieur aux niveaux appliqués dans le secteur de l'éducation (à années d'études égales) et dans la sous région¹⁵. La rétention des RHS passera nécessairement par la révision à la hausse de la grille salariale de l'ensemble des catégories de personnels de santé. L'environnement économique et social du pays s'y prête, et les journées nationales de concertation d'octobre 2005 l'ont recommandé pour l'ensemble des fonctionnaires de l'Etat.

4.3.2. Mise en place d'outils d'élaboration et de révision des référentiels

La gestion des RHS nécessite l'application de référentiels des activités et des compétences permettant de mieux planifier les besoins et d'évaluer efficacement les performances. Les outils nécessaires seront élaborés et adoptés par l'ensemble des acteurs, et un processus sera mis en œuvre en vue de leur prise en compte systématique à toutes les étapes de gestion des RHS. Le cadre organique d'emploi constitue un des outils à mettre en place ; un projet de document est disponible. Il

¹⁵ Cadre Budgétaire à Moyen Terme 2002-2004, MSAS/BM

s'agira de procéder à sa mise en cohérence avec les nouvelles orientations sectorielles (PNSAS, PSDRH), à son adoption et à sa mise en œuvre. Par la même occasion, ces outils serviront à déterminer avec précision les responsabilités et les tâches de chaque personnel ; ce qui renforcera davantage la motivation des RHS.

4.3.3. Mise en place d'un cadre réglementaire d'affectation du personnel

Le processus d'affectation, détaillé au niveau du document d'analyse de situation, ne favorise pas la rétention des personnels sur leur lieu de travail. Il constitue souvent un des facteurs importants de démotivation du personnel. Un cadre réglementaire plus adapté sera mis en application. Il permettra de rendre le système d'affectation plus équitable et mieux organisé. Il facilitera aussi la gestion et le suivi régulier du personnel. Il permettra la prise en compte des conditions sociales (regroupement de famille), des conditions de scolarité et renforcera ainsi la motivation des RHS.

4.3.4. Amélioration des conditions de travail des RHS

Mais pour permettre aux agents de santé d'être plus performants et de s'épanouir professionnellement et humainement, il sera indispensable de rendre les structures de santé plus fonctionnelles. Notamment, les plateaux techniques, les médicaments et les fournitures, notamment, devront être disponibles, en quantité et qualité adéquates, conformément aux objectifs et stratégies de la PNSAS. C'est toute la politique de l'approvisionnement en matériels médicaux, en fournitures et en médicaments qu'il va falloir revoir et réactualiser.

4.3.5. Développement d'une stratégie de motivation équitable et durable

A partir de connaissances empiriques, la motivation et l'émulation constituent les bases fondamentales du maintien des personnels et de la performance dans un secteur de production donné, celui de la santé notamment. Le Gouvernement devra alors concevoir, tester et, advenant le cas où les résultats seraient positifs, généraliser un système viable de motivation et d'émulation des personnels de santé. En plus d'une pratique de salaires et primes équitables et réguliers, un système de motivation qui comporterait (i) un avancement systématique et équitable, (ii) des primes d'éloignement consistantes, (iii) un logement décent, (iv) un accès à l'eau potable, à l'électricité, au téléphone et aux moyens de transport, (v) des facilités de scolarisation des enfants, (vi) une connectivité à un réseau de communication interne et externe, et (vii) des possibilités de prise en charge des soins médicaux/sanitaires contribuerait grandement à maintenir les personnels dans le secteur.

4.3.6. Adoption et mise en application d'un statut particulier du personnel de santé

Une autre intervention politique qui aiderait à maintenir les personnels dans le secteur serait l'adoption d'un statut particulier du personnel qui prendrait en compte un certain nombre de réformes développées dans cette partie. Il s'agira, par exemple, de réviser à la hausse l'âge légal de départ à la retraite des fonctionnaires de la santé afin de retarder leur départ. Dans le même ordre d'idées, l'État engagera un certain nombre de contractuels de services, même parmi les retraités et les sans emplois éventuels. De même, une réglementation bienveillante des activités rémunératrices, en dehors des heures normales de service, participerait d'une politique de maintien des personnels dans le secteur. Par ailleurs, il serait

souhaitable que l'attribution de bourses de formation et l'obtention/reconnaissance des diplômes soient soumises à un engagement, de la part du bénéficiaire et de l'État, à servir le pays pendant un temps donné.

4.3.7. Mise en œuvre d'une stratégie de supervision intégrée et formative

La faiblesse de la supervision constitue l'un des facteurs de mauvaise gestion et de démotivation des RHS. Une stratégie de supervision intégrée et formative sera mise en œuvre. Il s'agira ainsi de mettre en place les procédures et moyens nécessaires à la collecte de l'information sur (i) la performance, (ii) les conditions de travail et (iii) la motivation du personnel. Le personnel sera supervisé dans ses trois dimensions : les tâches à accomplir, les conditions de travail et les facteurs internes de motivation. Cette supervision devra s'organiser à trois niveaux :

- de l'organe de pilotage du PSDRH vers les différents départements impliqués,
- du niveau central vers le niveau régional
- et du niveau régional vers le niveau moughataa.

4.4. Renforcement du cadre institutionnel des RHS du MSAS, et mobilisation d'un partenariat dynamique autour du PSDRH

La gestion des RHS implique une multitude d'acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux, tant au niveau central que décentralisé. Il s'agira nécessairement de mettre en place un cadre institutionnel solide permettant à chaque intervenant de jouer son rôle, et ce de manière synergique. Pour cela, il sera nécessaire d'adopter un montage institutionnel multisectoriel et à tous les niveaux permettant de définir les rôles, prérogatives et ressources de chaque acteur impliqué, en conformité avec les choix stratégiques ci-dessus.

La mise en place de ce cadre permettra de renforcer les capacités institutionnelles des structures impliquées, et de mobiliser un large partenariat autour de ce PSDRH.

4.4.1. Renforcement des capacités des structures centrales et déconcentrées du MSAS et renforcement du système de communication

Au niveau du MSAS, la DRH jouera le rôle de leadership de la gestion des RHS conformément aux termes de l'organigramme du Département. Les dispositions légales, réglementaires et pratiques nécessaires seront mises en place. Elles permettront de rendre la DRH apte à jouer son rôle de chef d'orchestre et de leader en matière de RHS. La DRH sera appuyée par l'ensemble des autres directions. En effet, les autres directions sont responsables des volets (i) planification des RHS (DPCIS), (ii) utilisation des RHS (DES, DLM, DAS) ou (iii) disponibilités des autres ressources : infrastructures (DIMM), financements (DAF) ou médicaments et consommables (DPL).

Au sein de la DRH, l'organisation des services sera révisée afin de garantir un système efficace de gestion des RHS. Ainsi, elle sera composée de quatre services qui se déclinent en divisions. Les services seront respectivement chargés :

- de la planification et de la recherche en matière de RHS
- de la formation initiale et continue
- de la gestion des carrières et de la motivation des RHS
- de l'administration et du suivi des RHS

Ces différentes unités seront dotées en personnel qualifié, capable (i) d'assurer le développement d'une base factuelle de connaissances sur les RHS pour éclairer les options politiques et stratégies en la matière, (ii) de participer à l'élaboration des politiques/stratégies et programmes nationaux de développement sanitaires afin d'y intégrer les aspects relatifs aux RHS, (iii) de veiller au respect par tous des règles du jeu en matière de RHS, de coordonner l'ensemble de la formation en santé et d'assurer un suivi régulier de l'ensemble du personnel de santé.

La DRH aura l'autorité, le pouvoir et les outils nécessaires pour suivre l'application de la politique de recrutement et de promotion, la mise en œuvre des plans de développement des RHS, le renforcement des mécanismes de motivation et de rétention et l'utilisation des méthodes standardisées de suivi et d'évaluation de la performance des RHS. Elle sera dotée en ressources humaines, infrastructures, matériels, outils, fournitures et équipements adéquats pour assurer son mandat avec un accent particulier sur la bonne gouvernance, la coordination, le suivi, l'évaluation et le plaidoyer à base factuelle.

Au niveau régional, les services de gestion des RHS seront mis en place et renforcés en personnel et matériels afin de leur permettre d'assurer une gestion et un suivi de proximité. La DRH mettra en place les dispositions/outils juridiques et administratifs existants pour une décentralisation effective de la gestion des RHS. Au niveau des hôpitaux, l'application de la réforme hospitalière permettra de donner à ces structures un statut d'établissements publics de santé avec une large autonomie de gestion, en particulier des RHS. Dans ce cadre, la base de données sur les RHS, déjà installée au niveau des services sera réactualisée, suivie et renforcée. Un réseau de connexion Internet permettra l'exploitation simultanée des informations saisies au niveau régional par les services de la DRH.

4.4.2. Promotion de la recherche sur les RHS

Le développement des RHS constitue un vaste domaine dans lequel les innovations sont indispensables pour une amélioration continue de leur performance. C'est ainsi qu'il sera indispensable de mener régulièrement des travaux de recherche visant l'ensemble des domaines du développement des RHS, en particulier :

- la charge de travail des personnels de santé en général, et des personnels de soins en particulier,
- la formation, la performance et la motivation des RHS,
- les causes d'absentéisme et de départs hors du système de santé.

4.4.3. Mise en place d'un cadre favorable à une bonne coordination

Pour assurer une coordination efficace et durable entre les différents intervenants, les dispositions/outils juridiques et administratifs seront révisés et/ou élaborés. C'est dans ce cadre qu'un comité de pilotage du PSDRH sera mis en place sous la direction du Ministre en charge de la Santé et avec la participation (i) des ministres en charge de la Fonction publique et de l'Emploi, des Finances, de l'Enseignement supérieur, de l'Intérieur et de la Défense, (ii) des parlementaires membres de la commission parlementaire de Santé, (iii) des représentants des ordres, syndicats et associations professionnelles de santé et (iv) des représentants des principaux partenaires au développement impliqués dans la mise en œuvre du PSDRH. Cette instance nationale mettra en place les structures légères lui permettant d'assurer le pilotage et le suivi du PSDRH.

Par ailleurs le développement d'une intelligence à base factuelle, continuellement mise à jour, accessible à toutes les parties prenantes (décideurs et utilisateurs) et utilisée par tous les acteurs facilitera cette coordination. Elle servira à la prise de décision éclairée dans le secteur. Outre le profil du pays en matière de RHS, elle permet de dresser la carte sanitaire officielle, d'établir un tableau de bord des interventions de tous les partenaires. De plus elle permettra d'établir une base consensuelle de suivi/évaluation, de documenter les progrès ainsi que les meilleures pratiques et de les partager avec les parties prenantes.

4.4.4. Mobilisation d'un partenariat dynamique autour du PSDRH

Stratégiquement, la DRH sera le cadre de dialogue effectif, de partenariat agissant, de coordination efficace et de concertation permanente entre acteurs autour du développement et de l'encadrement des RHS. Notamment entre l'État et les parties prenantes dans la mise en œuvre du PSDRH, afin d'instaurer et opérationnaliser un cadre d'appui au PSDRH doté de mécanismes viables de mobilisation des ressources. Ce qui suppose, entre autres:

- ❖ une analyse fine des parties prenantes faisant ressortir leurs intérêts, leurs forces et faiblesses dans le domaine des RHS, mais aussi et surtout les stratégies à envisager afin d'obtenir leur engagement à soutenir les efforts du PSDRH.

- ❖ la réactualisation ou la mise à jour du tableau de bord, si nécessaire, de toutes les interventions en cours et à venir, dans le domaine des RHS afin d'indiquer qui fait quoi, où, combien, quand et avec quelles ressources. Ainsi, les rôles, domaines et zones d'intervention ainsi que les responsabilités et les besoins potentiels de chaque acteur seront clairement précisés et connus des tous les partenaires, et notamment, du planificateur des RHS.

- ❖ une coordination effective des partenaires sous le leadership du Gouvernement. Tous les partenaires apporteront leur appui, de façon synergique, à la mise en œuvre du PSDRH. Ce qui implique une contribution en ressources, financières notamment, mais aussi l'adhésion de tous aux mêmes règles du jeu, aux mêmes outils et procédures de coordination, de suivi et évaluation.

- ❖ une assise transparente de partenariat et de dialogue politique au niveau pays. Sur cette assise, il faudra s'entendre sur une approche fonctionnelle de développement des RHS. Une telle approche interpelle le niveau politique afin qu'il mette en place deux cadres indispensables à un partenariat dans la mobilisation des ressources ; à savoir:

- un cadre officiel et consensuel d'appui au PSDRH qui recevra tous les fonds et autres ressources destinés au développement des RHS, avec application des procédures et mécanismes transparents de gestion et de compte rendu,
- et un cadre de dépenses à moyen terme pour les RHS en harmonie avec la PNSAS, le CSLP et les OMDs.

5. CADRE LOGIQUE DU PSDRH

5.1. But

Le PSDRH est un outil de mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé sur la période 2006-2015. Ainsi, le but du PSDRH est de contribuer à l'atteinte des objectifs de la PNSAS et des Objectifs du Millénaire pour le Développement à l'horizon 2015.

5.2. Objectif Général

L'objectif général est de produire les RHS qu'il faut, en termes de qualité, quantité et motivation, pour les structures de santé qu'il faut et aux moments qu'il faut durant la période 2006-2015.

5.3. Objectifs Spécifiques

Pour cela, cinq objectifs spécifiques devront être atteints. Il s'agira :

- d'acquérir, sur la période 2006-2015, le nombre nécessaire de personnels de santé, conformément à la répartition par catégorie et par année détaillée dans le tableau ci-dessous

Tableau 5 : Besoins en RHS sur la période 2006-2015

Catégories	2006-2009	2010-2012	2013-2015
Médecins généralistes	336	334	418
Médecins spécialistes	505	491	607
Pharmaciens	50	67	93
Dentistes	90	94	116
TSS/PTA	488	632	922
SFE	6	95	208
IDE	1672	1482	1835
IMS	4631	3653	4367
AS	152	135	177
Gestionnaires	188	149	185
TBM	385	284	322
Auxiliaires	0	0	0
Autres cadres	397	278	302
Personnel d'appui	0	173	694

- d'accroître les capacités nationales de formation afin de répondre aux besoins quantitatifs et qualitatifs du secteur,
- d'améliorer efficacement et durablement les compétences du personnel de santé,
- d'augmenter le taux de rétention des RHS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire,
- d'assurer de manière continue et efficace la mise en œuvre, le suivi, l'évaluation et la révision du PSDRH.

Tableau 6 : Cadre logique du PSDRH

Objectifs spécifiques	Stratégies/actions	Résultats attendus	Indicateurs de vérification
Acquérir, sur la période 2006-2015, 27013 personnels de santé	l'adoption et la mise en œuvre d'un plan de gestion prévisionnelle des RHS	Les programmes d'infrastructures, d'équipements et de RHS évoluent de manière cohérente et synergique	Proportion de structures de santé répondant aux normes en personnel (Rapports régionaux)
	le transfert de certaines compétences et attributions au MSAS	Le MSAS maîtrise l'ensemble du processus de recrutement et d'évolution de carrière des RHS	Nombre de réclamations (exploitations des dossiers)
	l'augmentation de la production et du recrutement de RHS qualifiées, et lutte contre les départs non planifiés	La tendance de recrutement suit la courbe des besoins et les départs non planifiés ont été réduits à un niveau négligeable	Tendances des recrutements (Rapports annuels de la DRH)
Accroître les capacités nationales de formation afin de répondre aux besoins quantitatifs et qualitatifs du secteur	le renforcement des capacités nationales de formation et révision régulière des curricula de formation	Les capacités de formation ont été multipliées par X et les curricula de formation sont réadaptés tous les trois ans	-Nombre de personnels formés par catégorie et par an (Rapports annuels de la DRH)
	l'adoption d'une politique claire de financement de la formation	L'ensemble des ressources financières nécessaires à la formation ont été mobilisées	Proportion de mobilisation de ressources nécessaires à la formation (Rapports annuels de la DRH)
Améliorer efficacement et durablement les compétences du personnel de santé	la révision, l'adoption et la mise en œuvre du plan directeur de formation continue	Les compétences des RHS sont régulièrement évaluées et renforcées de manière équitable	Nombre d'évaluations des compétences par phase de mise en œuvre du PSDRH (Rapports annuels de la DRH)
	la mise en œuvre d'une stratégie de supervision intégrée et formative	Tous les personnels de santé sont supervisés au moins une fois tous les six mois	Nombre de supervision par agent et par an (Rapports de supervision)

Objectifs sp.	Stratégies/actions	Résultats attendus	Indicateurs de vérification
Réduire de deux tiers le taux d'absentéisme du personnel et diminuer de moitié le nombre attendu de départs	la révision à la hausse de la grille salariale	Le revenu des personnels de santé leur permet de subvenir à leurs besoins essentiels de base	Proportion de personnels de santé dont le revenu ne couvre pas les besoins essentiels de base (Rapports des enquêtes nationales sur les revenus et les prix)
	la mise en place d'outils d'élaboration et de révision des référentiels	Tous les personnels connaissent avec précision leurs responsabilités et leurs tâches, et disposent de fiches personnalisées	Proportion de personnels de santé citant de manière précise leurs responsabilités et tâches (Rapports de supervision)
	la mise en place d'un cadre réglementaire équitable d'affectation du personnel	Le système d'affectation est équitable et prend en compte les considérations sociales et de scolarité	Taux de satisfaction du personnel (Enquête de satisfaction)
	l'amélioration des conditions de travail des RHS	Les RHS travaillent dans des conditions minimales acceptables	Taux de satisfaction du personnel (Enquête de satisfaction)
	le développement d'une stratégie de motivation équitable et durable	Les primes de motivation sont payées à temps sur la base de critères de présence, d'éloignement et de performance	Taux de satisfaction du personnel (Enquête de satisfaction)
	l'adoption et la mise en application d'un statut particulier du personnel de santé	Le statut particulier du personnel de santé est adopté et mis en application	
Assurer de manière continue et efficace la mise en œuvre, le suivi, l'évaluation et la révision du PSDRH	Le renforcement des capacités des structures centrales et déconcentrées du MSAS et renforcement du système de communication	-La DRH s'acquitte de ses responsabilités -Les services régionaux de gestion des RHS sont fonctionnels -La base de données centrale est hebdomadairement mise à jour -Une évaluation du PSDRH est effectuée tous les trois	-Nombre de rapports annuels produits par chaque entité de gestion des RHS (Rapport DRH) -Temps mis pour disposer d'informations spécifiques sur un agent ou sur la situation des RHS dans une région (test)
	La mise en place d'un cadre favorable à une bonne coordination	Le Comité de pilotage du PSDRH se réunit tous les six mois et ses décisions sont mises en œuvre	Nombre de réunions par an et proportion de décisions prises et appliquées (PVs de réunion)
	La mobilisation d'un partenariat dynamique autour du PSDRH	L'ensemble du financement du PSDRH a été mobilisé, et sa gestion est consensuelle et transparente	Proportions de (i) mobilisation, (ii) de décaissement et (iii) de d'exécution des financements destinés au PSDRH

6. MISE EN ŒUVRE DU PSDRH

Le PSDRH constituera désormais la référence pour tous les programmes visant l'amélioration de la disponibilité et du rendement des personnels du secteur. Ainsi, il sera concrétisé à moyen et court terme par des plans triennaux et des plans opérationnels annuels d'action qui visent l'atteinte des résultats attendus sur la base d'indicateurs de suivi. Auparavant, des actions préalables à toute mise en œuvre sont nécessaires.

6.1. ACTIONS PREALABLES A LA MISE EN ŒUVRE DU PSDRH :

La mise en œuvre de ce PSDRH nécessitera :

- La mise à jour et révision de la situation actuelle des RHS,
- l'élaboration et l'adoption d'une carte sanitaire nationale, avec des applications régionales,
- la révision et l'adoption des normes en RHS sur la base d'une étude de la charge de travail en réponse aux besoins de santé,
- la révision des besoins en RHS sur la base des données ci-dessus (sur l'actualisation des chiffres, sur la carte sanitaire et sur les normes).

Elle nécessitera aussi la mise en place du montage institutionnel comprenant :

- ☑ un comité de pilotage sous forme de comité inter-ministériel qui se réunit tous les six mois,
- ☑ un comité technique de suivi comprenant l'ensemble des acteurs (MSAS, autres ministères concernés, associations professionnelles, syndicales et ordinaires, et les partenaires au développement) qui se réunit tous les trois mois.
- ☑ Une direction chargée de la coordination de l'exécution : la DRH/MSAS.

6.2. CADRE DE MISE EN ŒUVRE ET DE COORDINATION

Le MSAS assure l'exécution du PSDRH, et joue un rôle de premier rang dans la coordination générale des interventions grâce à ses organes tant du niveau central (DRH) que du niveau décentralisé (DRPSS, CSM).

6.2.1. Au niveau central

➤ La Direction des Ressources Humaines

La coordination du PSDRH est assurée par le Ministre en charge de la Santé à travers la DRH. Celle-ci est responsable de la coordination entre les différents volets du PSDRH. Elle constitue l'interface entre les partenaires au développement et le ministère. Elle participe, en cas de besoin, aux réunions de coordination organisées par le chef de file des partenaires au développement du secteur santé. Elle assure le suivi des réformes en matière de gestion des ressources humaines. Elle supervise l'élaboration des plans d'opérations annuels des ressources humaines qui seront exécutables après approbation par le Ministre/SG du MSAS. Elle assure le suivi et l'évaluation des plans exécutés dans le cadre du PSDRH. Elle élabore chaque année un rapport sur l'état d'avancement du PSDRH et formule des recommandations pour une meilleure exécution des activités. Ce rapport, devant faire l'objet d'une large diffusion, sera alimenté entre autres par des éléments issus des rapports des directions et services nationaux et des audits commandités par la DRH. En cela, la

DRH est responsable de l'organisation des audits du programme en relation avec les partenaires au développement.

Par Ailleurs, la DRH est responsable, au cours des revues annuelles conjointes (RAC), du volet relatif au PSDRH. Elle organise également les réunions du comité de pilotage du PSDRH. Elle veille au respect des procédures de gestion du PSDRH et appuie les directions dans l'exécution de leurs plans d'opérations en rapport avec les RHS. En plus, elle arbitrera les allocations des ressources entre les différents niveaux.

La DRH assurera le secrétariat du comité de pilotage et mettra en place un Comité de Suivi ainsi que les mécanismes de concertation périodiques pour évaluer le niveau d'avancement des activités. Ainsi l'ensemble des intervenants (secteurs gouvernementaux, ordres, syndicats et associations professionnelles, et partenaires au développement) seront régulièrement tenus informés des progrès et des difficultés rencontrées. Ils appuieront ainsi le Ministère de la Santé dans le rôle de plaidoyer pour la mobilisation des ressources, la mise en œuvre coordonnée des actions de terrain et la mobilisation sociale.

➤ **La Direction des Affaires financières**

La DAF est responsable de l'exécution financière du PSDRH. A ce titre, elle prépare, en concertation avec la DRH, les dossiers d'appel d'offres concernant les services de génie civil, les acquisitions d'équipements et les études programmées dans les plans d'opération. Elle établit les plans de décaissement sur la base des plans d'action et budgets préparés par les responsables de plan d'action.

Elle procède au paiement, à la justification des dépenses et au renouvellement des fonds. La DAF est aussi chargée de l'élaboration d'un projet de budget à la veille de chaque cycle budgétaire. Dans ce cadre, elle assiste les directions (la DRH, notamment) dans l'élaboration de leur budget et organise au sein du ministère une instance d'arbitrage budgétaire. Elle facilitera également le bon déroulement des audits commandités par la DRH par la préparation de tous les dossiers pertinents et l'information des acteurs clés. Elle organisera périodiquement des réunions de coordination des comptables régionaux pour assurer la remontée, à temps, des pièces justificatives et la bonne tenue des livres journaux.

➤ **Les autres directions centrales du MSAS**

Ces directions travailleront en étroite collaboration avec la DRH ; elles veilleront à exprimer régulièrement et à temps leurs besoins en matière de RHS. Les supervisions intégrées permettront aussi de renforcer cette collaboration en vue d'une amélioration continue des performances du système de santé.

➤ **Les institutions de formation**

La DRH développera des mécanismes contractuels avec les institutions de formations. Ces dernières lui fourniront les besoins du secteur en RHS en contrepartie des ressources humaines, matérielles et financières qu'elle mettra à leur disposition. Elles seront, par ailleurs, impliquées dans les programmes (i) de renforcement des compétences, (ii) d'évaluation de la qualité des formations et (iii) d'amélioration de la supervision.

➤ **Les Ordres, syndicats et associations professionnelles**

Ces acteurs sociaux seront impliqués à toutes les phases :

- de planification lors de l'adoption du PSDRH et des plans d'action,
- de mise en œuvre du PSDRH, lors des évaluations de performance du personnel et de qualité de formation ou lors des validations d'outils juridiques (exemple statut particulier) ou d'instruments de suivi/évaluation.

6.2.2. Au niveau régional

Au niveau wilaya, la coordination technique du plan d'action est assurée par le DRPSS. Il veille à l'élaboration des plans de travail annuels et budgets extraits du plan d'action (de la phase en cours de mise en œuvre du PSDRH) de l'année en cours. Ces plans de travail sont transmis à la DRH afin de disposer, à temps, des financements requis.

Les DRPSS présentent chaque trimestre, au cours de réunion de coordination élargie, un rapport d'étape sur l'état d'avancement de leur plan d'action validé, au préalable, par les instances régionales (organes locaux/régionaux de développement).

Les DRPSS participent aux réunions du comité de suivi et à la RAC. Ils animent, au niveau régional, des réunions de coordination trimestrielles auxquelles participent les élus locaux, les médecins chefs de districts et les autres acteurs à la base dans le cadre des réunions du CRDSS.

Enfin, les wilayas fourniront l'appui technique et logistique aux moughataa (districts de santé) pour l'élaboration de leurs plans annuels et le suivi de leur mise en œuvre

6.2.3. Au niveau périphérique

Au niveau district, la coordination de la mise en œuvre du plan d'action est assurée par le médecin chef de moughata (MCM). Avec son équipe, le MCM élabore chaque année, un plan de travail annuel et son budget, qui sont validés au niveau régional. Les plans annuels des districts intégreront les micro- plans des centres de santé et des structures de référence.

Le MCM organise des réunions de coordination mensuelles auxquelles participent les élus locaux, les infirmiers chefs de postes et les autres acteurs à la base. Il élabore un rapport mensuel qu'il envoie au médecin chef de région et au Hakem.

Tous les trois (3) niveaux auront à produire des rapports périodiques qui indiqueront les acquis, les faiblesses et les solutions à envisager pour les résoudre.

6.3. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre du PSDRH se fera à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (central, régional et de moughata) avec l'appui des partenaires au développement. Des plans opérationnels seront élaborés à tous les niveaux du système de santé avec une focalisation des actions au niveau opérationnel. L'idée est d'arriver à intégrer les activités relatives au développement des RHS dans le cadre du plan opérationnel de santé de la moughata, puis de la région.

Le PSDRH s'étend sur dix ans et couvre la période 2006-2015. Sa mise en œuvre se fera aux travers des plans triennaux dont le premier est élaboré sur la période 2006-2009. Ce plan triennal prend largement en compte les stratégies et actions retenues dans le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté en cours de finalisation et des retombées attendues de l'exploitation des gisements de pétrole mauritanien.

6.4. ROLE DES COMMUNAUTES ET DES PARTENAIRES

Les communautés et les collectivités locales seront régulièrement informées dans le cadre des réunions des CRDSS (voir plus haut). Leurs capacités seront renforcées pour un accompagnement actif du développement des RHS.

De par leur présence au sein des différents organes, les ONGs et associations professionnelles de santé ainsi que les représentants des départements ministériels connexes apporteront leurs appuis, chacun dans son domaine de compétence, pour la mise en œuvre du PSDRH.

Les partenaires au développement soutiendront les efforts du Gouvernement et contribueront à la mobilisation des ressources, au renforcement du partenariat et du cadre institutionnel pour faciliter la mise en œuvre du PSDRH. Ils seront impliqués à toutes les étapes du processus.

6.5. FACTEURS FAVORISANT LA MISE EN ŒUVRE

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

- la volonté politique du Gouvernement de faire de la santé un des secteurs prioritaires dans la lutte contre la pauvreté pouvant conduire à terme la Mauritanie à accéder à l'initiative PPTE;
- l'intérêt porté par le Gouvernement au processus d'élaboration du PSDRH, avec la mise en place d'un comité interministériel chargé du pilotage du processus ; ce comité s'est réuni à deux reprises;
- l'accès à des ressources nouvelles provenant de l'exploitation des ressources pétrolières;
- la disponibilité de nombreux partenaires internationaux au développement à appuyer le secteur de la santé;

6.6. CONTRAINTES DANS LA MISE EN ŒUVRE

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

- l'insuffisance d'opérationnalisation de la moughata comme entité de mise en œuvre des activités des différents programmes ;
- l'insuffisance, la mobilité et l'instabilité du personnel;
- l'absence de leadership en matière de RHS ;
- les résistances aux affectations/redéploiement ;
- le bas niveau des salaires de la Fonction publique;
- la pauvreté ;

7. SUIVI ET EVALUATION

Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du PSDRH se feront selon les procédures établies par la DRH. La collecte de données et la constitution de bases de données sur les RHS permettront un suivi et la documentation des progrès accomplis. C'est ainsi, qu'au cours de la mise en œuvre du présent PSDRH, le suivi et l'évaluation constitueront la clé de voûte d'un "management basé sur les résultats", car ces deux activités permettront d'apprécier l'efficacité et l'efficacités des différents plans d'action.

En effet, elles vont consister en l'appréciation objective et systématique de l'adéquation des orientations politiques et stratégiques en matière de RHS par rapport aux besoins et à la demande; la pertinence des objectifs par rapport aux problèmes mais également le niveau d'atteinte des cibles et des résultats attendus du PSDRH. L'information ainsi générée, sera utilisée, de façon continue, pour améliorer la mise en œuvre du PSDRH.

De même, le suivi et l'évaluation permettront de documenter les meilleures pratiques à l'effet de les disséminer auprès des parties prenantes pour une réplique plus large. En fin, les résultats du suivi et de l'évaluation fourniront l'évidence pour les besoins de réorientation éventuelle du PSDRH, de la nécessité de réviser aussi bien les normes en personnel, que le système de compte rendu et les niveaux d'allocation des ressources au sein du PSDRH.

A cette fin, la DRH développera des outils consensuels et standardisés de suivi et évaluation pour usage par tous les intervenants dans le PSDRH. A cet effet, un support intégré de suivi et évaluation des activités, basé sur des indicateurs objectivement vérifiables et des sources de vérification clairement définies, sera institutionnalisé.

La mise en œuvre du PSDRH se fera par phases de trois ans. Chaque phase comportera des plans d'actions annuels qui se prêteront au "suivi et évaluation" et l'ensemble de ces plans seront intégrés dans le Plan national de Financement à Moyen Terme des RHS.

En conséquence, alors que le suivi sera une activité régulière, il sera nécessaire de procéder à des revues multipartites et à des évaluations annuelles des plans d'actions. Lors de ces revues, il sera procédé à l'examen et à l'adoption des plans d'actions annuels ainsi qu'à la présentation du bilan des actions menées au cours de l'année écoulée en vue d'une re-planification.

Les évaluations à mi parcours des phases de mise en œuvre du PSDRH et les évaluations (internes et/ou externes) à la fin de chacune de ces phases permettront d'apprécier le niveau des résultats atteints par rapport aux attentes.

Tout au long de la mise en œuvre, et concomitamment aux activités de suivi/évaluation, il sera mené des activités de recherche et de publication. Par exemple, des recherches/études qualitatives ou quantitatives vont étudier les domaines de la participation des populations à l'effort de santé (impact de la décentralisation de la gestion des RHS sur l'accessibilité aux services, facteurs de démotivation/motivation des personnels de santé, etc..), le niveau de satisfaction des

usagers des services de santé (par rapport à l'accueil, à la qualité des soins, la confiance dans les personnels de santé), et les systèmes de participation/solidarité mis en place pour résoudre les problèmes posés par le développement des RHS, etc.

L'on pourra également entreprendre des enquêtes/études finales vers la fin de la dernière année de la mise en œuvre du PSDRH, qui constitueront la substance du rapport d'achèvement du programme. Pour la partie quantitative, les progrès seront mesurés à partir du niveau des RHS de l'année de départ (2006).

8. FINANCEMENT DU PSDRH

8.1. LE BUDGET PROPOSE POUR LE FINANCEMENT DU PSDRH

Tableau 7 : Estimation de l'évolution des coûts additionnels nécessaires

TYPE DE COUTS	2006	2009	2012	2015
FORMATION	1 972 175 435	2 483 380 572	3 515 425 899	4 151 922 077
SALAIRE	52 804 302	65 833 416	91 729 572	112 170 572
AUTRES INVESTISSEMENT	404 995 948	127 460 699	180 357 774	213 204 632
AUTRE FONCTIONNEMENT	202 497 974	254 921 399	360 715 547	426 409 265
TOTAL	2 632 473 659	2 931 596 087	4 148 228 792	4 903 706 547

La mobilisation de fonds additionnels en faveur du programme de formation devra permettre :

- de recruter la quantité suffisante de formateurs qualifiés, dont le complément pourrait provenir du marché international ;
- d'augmenter de manière substantielle les budgets des institutions de formation afin qu'elles puissent répondre à l'exigence de plus de production de meilleure qualité ;
- de planifier à temps les coûts d'investissement et de fonctionnement des nouvelles écoles et faculté afin de ne pas retarder leur lancement ;
- de mettre en œuvre le programme de formation continue qui sera adopté et réactualisé tous les deux ans.

Le renforcement de la gestion et du suivi du personnel nécessitera (i) la mise en œuvre de formations spécialisées en gestion de RHS, (ii) l'acquisition d'équipements spécifiques et (iii) la mise en place de mécanismes garantissant l'efficacité de ce suivi régulier.

Le rehaussement des salaires, la mise en œuvre de programmes d'accès aux services essentiels et l'adjonction de primes de performance seront les principaux facteurs d'incitation financière des agents de santé et nécessiteront davantage de ressources financières pour le secteur.

Enfin, le renforcement des capacités institutionnelles nécessitera la mise en œuvre d'un ensemble d'études et de travaux de recherche nécessaires à une amélioration continue de l'exécution du PSDRH.

8.2. SOURCES DE FINANCEMENT

Le budget tel que proposé ci-dessus est bien au-delà des allocations budgétaires de l'État au secteur de la santé.

Le Gouvernement fournira à hauteur de **XX%** le financement du PSDRH (*en fonction des projections qui sont encore en cours de finalisation dans le cadre de la révision du CSLP*)

Le reste sera mobilisé dans le cadre de financements extérieurs et de participation des secteurs parapublics et privés.

8.3. FINANCEMENT DURABLE ET SOUTENABLE

Le Développement des RHS est une œuvre coûteuse et de longue haleine. Pour en assurer le caractère durable et soutenable, le MAS devra:

- appliquer une politique de rétention systématique des personnels dans le secteur. Ce qui implique la mise en œuvre des mesures stratégiques adéquates de mobilité et de rotation des staffs, favorisant le développement de carrière, mais aussi par une amélioration des conditions de vie et de travail dans le secteur ;
- veiller à la mise en œuvre du présent PSDRH selon les termes et conditions budgétaires ci-dessus proposées;
- réaliser une mobilisation sociale à l'échelle nationale afin de galvaniser les communautés et obtenir leur participation au financement des RHS.

Les modalités de financement seront périodiquement revues et améliorées pour permettre un financement global du PSDRH et assurer l'équité dans l'offre et la distribution des RHS à travers le pays.

CONCLUSION

Les ressources humaines sont le fer de lance de notre système de santé, elles occupent une place centrale et leur développement a été jugé nécessaire pour la réussite de toutes les politiques sectorielles de la santé et des Affaires Sociales.

La corrélation entre l'amélioration de l'état de santé des populations et la disponibilité des ressources humaines en quantité et qualité suffisante est évidente. Les principaux indicateurs de santé inventoriés dans l'analyse de situation et les projections des besoins faites dans ce plan démontre cette forte relation. Il devient urgent de mettre en place une gestion efficace et durable des ressources humaines basée sur la qualité, l'équité et la rigueur, et permettant de disposer d'un personnel qualifié et motivé à tous les niveaux de la pyramide de santé.

Malgré les insuffisances signalées en terme de normes et de précision du disponible, les besoins du secteur pour la période (2006-2015) ont été estimés à plus de 27000 agents de santé, ce qui est largement au dessus des capacités actuelles de production. Des stratégies et des mesures ont été retenues visant à relever ce défi et à surpasser les contraintes à l'atteinte des objectifs du secteur.

Les stratégies ont été conçues pour acquérir, développer et maintenir des ressources humaines efficaces, répondant aux besoins de santé de la population mauritanienne. Ces stratégies tiennent compte du cadre macroéconomique, de la diversité des intervenants et de la complexité de la problématique des ressources humaines. Plusieurs opportunités s'offrent aujourd'hui pour la mise en place de ces stratégies ; il s'agit en particulier d'une réelle volonté politique, d'un environnement institutionnel favorable, d'une croissance économique soutenue et d'un cadre de coopération efficace avec les partenaires.

Cependant, un des défis réels est de réussir l'adhésion effective de tous les partenaires – nationaux et internationaux – à un partenariat consensuel, efficace et transparent autour des objectifs du PSDRH. La réussite du PSDRH dépendra aussi du leadership du département sur ce partenariat et plus particulièrement son emprise réelle sur la gestion et l'utilisation efficiente de cette importante ressource. C'est dans ce cadre que le MSAS – à travers la DRH – pilote et coordonne l'exécution du PSDRH, et joue un rôle de premier rang dans la coordination des interventions au niveau central et décentralisé.

Les enjeux et l'urgence de mise en œuvre de ce plan motive le lancement imminent :

- d'études et travaux de recherche visant à affiner les données de base et à proposer des normes en personnel répondant aux besoins de services nécessaires à la satisfaction des besoins de santé ;
- et d'une stratégie efficace de mobilisation de ressources et de mise en place de ce partenariat autour du PSDRH.

ANNEXES

ANNEXE 1

Tableau 8 : Estimation de l'évolution des coûts additionnels

TYPE DE COUTS	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
FORMATION	1 972 175 435	2 128 967 435	2 267 869 435	2 483 380 572	2 637 752 572	3 298 603 838	3 515 425 899	3 698 117 945	3 959 160 018	4 151 922 077
SALAIRE	52 804 302	56 805 302	60 701 302	65 833 416	69 981 416	84 782 572	91 729 572	97 176 572	105 153 572	112 170 572
INVESTISSEMENT	404 995 948	327 865 911	232 857 074	127 460 699	135 386 699	169 169 320	180 357 774	189 764 726	203 215 679	213 204 632
FONCTIONNEMENT	202 497 974	218 577 274	232 857 074	254 921 399	270 773 399	338 338 641	360 715 547	379 529 452	406 431 359	426 409 265
TOTAL	2 632 473 659	2 732 215 922	2 794 284 885	2 931 596 087	3 113 894 087	3 890 894 371	4 148 228 792	4 364 588 695	4 673 960 628	4 903 706 547

ANNEXE 2
Répartitions du personnel

Tableau 9 : Répartition du personnel par catégorie et par sexe

	TOTAL	MASCULIN	% MASCUL	FEMININ	% FEMIN
Médecins Généralistes	160	141	88,1%	19	11,9%
Médecins Spécialistes	146	135	92,5%	11	7,5%
Biologistes	12	11	91,7%	1	8,3%
Pharmaciens	49	42	85,7%	7	14,3%
Chirurgiens Dentistes	42	40	95,2%	2	4,8%
Professeurs Techniques Adjoints	46	35	76,1%	11	23,9%
Techniciens Supérieurs de Santé	333	271	81,4%	62	18,6%
Sage Femme d'Etat	240	0	0,0%	240	100,0%
Infirmiers d'Etat	503	405	80,5%	98	19,5%
Assistants Sociaux	48	25	52,1%	23	47,9%
Techniciens Bio-Médicaux	15	15	100,0%	0	0,0%
Autres Cadres de santé	247	132	53,4%	115	46,6%
TOTAL CADRES	1841	1253	68,1%	588	31,9%
Infirmiers Médico-sociaux	693	372	53,7%	321	46,3%
Accoucheuses Auxiliaires	429	0	0,0%	429	100,0%
Aides Infirmiers	293	124	42,3%	169	57,7%
Autres Auxiliaires	37	4	10,8%	33	89,2%
Garçons et Filles de Salle	502	220	43,8%	282	56,2%
Chauffeurs	89	89	100,0%	0	0,0%
TOTAL NON CADRES	2043	818	40,0%	1225	60,0%
Autres personnels	403	226	56,1%	177	43,9%
TOTAL	4287	2071	48,3%	1813	51,7%

Source : Recensement National du personnel de santé en Mauritanie, MSAS, 2003

Tableau 10 : Répartition du personnel de santé, hors niveaux central et tertiaire, en fonction de la catégorie et de la région d'affectation

Catégories	HEC	HEG	ASS	GOR	BRA	TRA	ADR	NDB	TAG	GUI	TZE	INC	NKC	TOTAL
médecin	16	11	16	15	15	16	12	26	12	9	6	6	35	195
PTA	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5
TSS	15	17	13	11	8	14	6	11	4	6	5	2	34	146
SFE	8	7	10	9	15	17	5	13	5	6	2	2	83	182
IDE	41	34	36	15	23	44	26	16	13	21	9	3	48	329
IMS	48	35	28	33	38	52	12	29	8	30	12	8	109	442
AS	1	1	1	1	3	2	0	2	0	0	0	0	14	25
AI	7	1	4	13	29	15	6	22	4	10	1	4	66	182
ACC	28	37	33	51	32	37	22	26	18	21	8	2	71	386
aux	2	1	2	3	7	1	2	2	1	2	3	0	7	33
gestionnaire	2	0	1	2	1	2	2	3	1	2	1	0	1	18
admin	1	1	1	1	3	0	1	3	1	0	2	1	20	35
économiste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
ingénieur	1	1	1	0	1	1	1	2	2	0	0	0	1	11
TBM	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	4
OS	1	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	3	8
chauffeur	3	3	5	5	7	4	0	4	3	1	1	2	4	42
GS/FS	12	6	17	13	25	43	15	52	29	4	13	8	83	320
planton	0	0	0	0	0	0	4	0	1	0	0	0	5	10
nonappl	1	6	4	5	31	9	6	48	8	1	2	12	18	151
TOTAL	188	162	174	179	239	257	121	260	110	114	65	50	606	2525
% RHS	7,4%	6,4%	6,9%	7,1%	9,5%	10,2%	4,8%	10,3%	4,4%	4,5%	2,6%	2,0%	24,0%	
% Popul	11,2%	8,5%	9,7%	9,7%	9,8%	10,7%	2,8%	3,2%	3,1%	7,1%	1,6%	0,5%	22,3%	

Tableau 11 : Répartition du personnel de santé, hors niveau central, en fonction de la catégorie et de la région d'affectation

Catégories	HEC	HEG	ASS	GOR	BRA	TRA	ADR	NDB	TAG	GUI	TZE	INC	NKC + TERT	TOTAL +TERT
médecin	16	11	16	15	15	16	12	26	12	9	6	6	179	339
PTA	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	19
TSS	15	17	13	11	8	14	6	11	4	6	5	2	159	271
SFE	8	7	10	9	15	17	5	13	5	6	2	2	111	210
IDE	41	34	36	15	23	44	26	16	13	21	9	3	157	438
IMS	48	35	28	33	38	52	12	29	8	30	12	8	265	598
AS	1	1	1	1	3	2	0	2	0	0	0	0	23	34
AI	7	1	4	13	29	15	6	22	4	10	1	4	134	250
ACC	28	37	33	51	32	37	22	26	18	21	8	2	72	387
aux	2	1	2	3	7	1	2	2	1	2	3	0	7	33
gestionnaire	2	0	1	2	1	2	2	3	1	2	1	0	8	25
admin	1	1	1	1	3	0	1	3	1	0	2	1	61	76
économiste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
ingénieur	1	1	1	0	1	1	1	2	2	0	0	0	11	21
TBM	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	5	9
OS	1	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	26	31
chauffeur	3	3	5	5	7	4	0	4	3	1	1	2	17	55
GS/FS	12	6	17	13	25	43	15	52	29	4	13	8	230	467
planton	0	0	0	0	0	0	4	0	1	0	0	0	18	23
nonappl	1	6	4	5	31	9	6	48	8	1	2	12	137	270
TOTAL	188	162	174	179	239	257	121	260	110	114	65	50	1639	3558
% RHS/TA	5,3%	4,6%	4,9%	5,0%	6,7%	7,2%	3,4%	7,3%	3,1%	3,2%	1,8%	1,4%	46,1%	
% Popul	11,2%	8,5%	9,7%	9,7%	9,8%	10,7%	2,8%	3,2%	3,1%	7,1%	1,6%	0,5%	22,3%	

ANNEXE 3
Normes en personnel

Tableau 12 : Normes en personnels techniques par type de structure

Catégories	PS	CSB	CSA	HR	CHR	HT
Médecin Généraliste		1	2	2	3	13
Médecin Spécialiste				4	4	43
Biologistes						2
Pharmaciens				2	2	2
Dentistes			1	1	1	2
TSS/PTA		1	3	7	8	30
SFE		2	2	4	4	11
IDE	1	1	2	6	6	51
IMS	2	4	4	12	12	96
AS			1	1	1	4
Gestionnaires			1	1	1	3
TBM			1	1	1	12
Auxiliaires	1	3	3			
Autres cadres			1	1	1	8
Personnel d'appui				14	14	63

Source : Arrêté N° 198/MSAS/2003 pour les PS, CS, HR et CHR et Document des normes du tertiaire pour le HT.

ANNEXE 4
Projection des besoins

Tableau 13 : Projection du nombre de structures de santé par type de structure et par an

	PS	CSB	CSA	HR	CHR	CHT	DRPSS	EPA FORM	EPA RECH	AUTRES EPA	DIR CENT	CAB & IGS
2005	377	45	23	10	2	3	13	2	1	3	8	2
2006	392	45	23	10	2	3	13	2	1	3	8	2
2007	402	47	23	11	2	3	13	3	1	3	8	2
2008	412	48	24	12	2	3	13	3	1	3	8	2
2009	422	49	25	13	3	3	13	3	1	3	8	2
2010	432	50	26	14	3	3	13	3	1	3	8	2
2011	442	51	27	15	3	4	13	3	1	3	8	2
2012	452	52	28	16	3	4	13	4	1	3	8	2
2013	462	53	29	17	3	4	13	4	1	3	8	2
2014	472	54	30	18	4	4	13	4	1	3	8	2
2015	482	55	31	19	4	4	13	4	1	3	8	2

Source : Annuaire Statistique 2004 (pour les données de 2005) et rapport de la commission technique sur le PDIS (pour les prévisions futures)

Tableau 14 : Projection des besoins cumulés tenant compte de l'évolution du nombre de structures de santé

Catégories	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Médecin Généraliste	191	191	197	202	210	215	233	240	245	253	258
Médecin Spécialiste	205	205	211	215	223	227	274	280	284	292	296
Biologistes	12	12	12	12	12	12	13	13	13	13	13
Pharmaciens	40	40	42	44	48	50	54	56	58	62	64
Dentistes	42	42	43	45	48	50	54	56	58	61	63
TSS/PTA	416	416	435	446	465	476	517	538	549	568	579
SFE	186	186	193	200	211	218	236	244	251	262	269
IDE	748	763	782	802	828	848	918	939	959	985	1 005
IMS	1 469	1 499	1 537	1 578	1 631	1 672	1 809	1 850	1 891	1 944	1 985
AS	74	74	75	77	80	82	88	90	92	95	97
Gestionnaires	89	89	92	94	97	99	104	108	110	113	115
TBM	89	89	90	92	95	97	112	114	116	119	121
Auxiliaires	377	392	402	412	422	432	442	452	462	472	482
Autres cadres	151	151	153	154	155	156	165	168	169	170	171
Personnel d'appui	529	529	553	567	595	609	686	710	724	752	766

Commentaire : Ces besoins découlent de la multiplication des chiffres de la norme correspondant à la catégorie et au type de structure par le nombre de structures prévu. L'augmentation de 2005 à 2006 ne concernera que les catégories attendues pour les postes de santé en cours de construction, et qui devraient être rendus opérationnels en 2006.

Tableau 15 : Besoins du secteur en personnels par catégorie en 2005

CATEGORIES	EXISTANT	BESOINS	GAP
Médecins Généralistes	160	191	
Médecins Spécialistes	146	205	
Biologistes	12	12	
Pharmaciens	49	40	
Chirurgiens Dentistes	42	42	
Techniciens Supérieurs de Santé et Professeurs Techniques adjoints	379	416	
Sage femme d'état	240	186	
Infirmier diplômé d'état	503	748	
Infirmier médico-social	693	1 469	
Assistant social	48	74	
Gestionnaire	35	89	
Techniciens biomédicaux	15	89	
Agents auxiliaires	759	377	
Ingénieurs/Economistes/Administrateurs/Enseignants	212	151	
Personnel d'appui	591	529	
TOTAL	3884	4 617	

Sources : base du recensement 2003, normes et projections structures

ANNEXE 4
Formations à l'extérieur

Tableau 16 : Répartition des étudiants en formation à l'extérieur par pays

ALGERIE	71
CHINE	4
EGYPTE	16
Espagne	1
France	3
JORDANIE	15
LYBIE	2
MALI	9
MAROC	35
RUSSIE	2
SENEGAL	74
SYRIE	39
TUNISIE	54
TURQUIE	3
TOTAL	328

Source : Liste des étudiants en formation à l'extérieur, MEN, 2004

Tableau 17 : Répartition des étudiants en formation à l'extérieur par spécialité

Médecins Anesthésistes	4
Médecins Dermatologues	1
Médecins Kinésithérapeutes	1
Médecins Orthopédistes	1
Médecins Radiologues	2
Médecins Internistes	1
Médecins Généralistes	257
Chirurgien Dentiste	34
Pharmaciens	19
TSS d'orthopédie	5
TSS de radiologie	2
TSS en techniques médicales	2
TOTAL	329

Source : Liste des étudiants en formation à l'extérieur, MEN, 2004

Tableau 18 : Répartition des étudiants en formation à l'extérieur par spécialité et par année de sortie

	HYPOTHESE D'ANNEE DE SORTIE					Total
	2005	2006	2007	2008	2009	
Médecins Généralistes	38	43	66	56	54	257
Médecins Spécialistes	7	3	0	0	0	10
Pharmaciens	0	5	13	1	0	19
Chirurgiens Dentistes	0	13	14	7	0	34
TSS	3	5	0	0	0	8
Total	48	69	93	64	54	328

Source : Liste des étudiants en formation à l'extérieur, MEN, 2004

ANNEXE 6

Recrutements

Tableau 19 : Répartition des personnels recrutés au sein du secteur par catégorie et par an (période 1998-2004) :

CATEGORIE	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	TOTAL
Med. Généralistes	19	17	0	16	29	11	17	109
Med. Spécialistes	7	7	0	7	8	3	2	34
Dentistes	7	3	0	0	17	3	11	41
Pharmaciens	10	3	2	15	14	2	5	51
Pharma. Biologistes	1	0	0	1	2	0		4
Biologistes 3eme cycle	0	2	0	1	7	0		10
Biologistes Maîtrise	0	0	0	10	7	0		17
Kinésithérapeutes	0	0	1	0	0	0		1
Ingénieurs Informaticiens	0	0	10	0	9	1	1	21
Ingénieurs Statisticiens	0	0	0	0	12	0		12
Ingénieurs Génie civil	0	0	0	0	1	7	7	15
Ingénieurs Electroniciens	1	0	0	0	0	0		1
Ingénieurs Architectes	1	0	0	0	0	0		1
Ingénieurs Chimistes	2	0	0	0	4	0		6
Economistes 3eme cycle	0	0	0	0	8	0	8	16
Juristes 3eme cycle	0	0	0	0	17	4	4	25
Gestionnaires	0	0	0	1	20	0		21
Sociologues	0	0	0	0	6	0	2	6
Psychologues	1	0	0	0	5	0		6
TSS	35	15	0	1	2	3	12	68
IDE	0	0	9	0	0	18		27
IMS	0	0	0	0	0	98		98
Accoucheuses	0	87	93	0	102	26		308
SFE	0	0	0	0	0	3		3
Chauffeurs	0	0	0	0	0	24		24
Filles de salle	0	0	0	0	0	22		22
Aides Infirmiers	0	0	0	0	0	15		15
Secrétaires	0	0	0	0	0	25		25
Garçon de salle	0	0	0	0	0	17		17
TOTAL	84	134	115	52	270	282	69	925

Source : service chargé du recrutement, DRH, MSAS, 2005

ANNEXE 7

Coût de la formation

Tableau 20 : Coût moyen estimatif de formation par catégorie à l'ENSP :

Catégories	Durée de Formation (en mois)	Coût Total (UM)
Infirmier médico-social	24	390 000
Technicien de santé	36	600 000
Infirmier d'état	36	450 000
Sage femme d'état	36	650 000
Technicien supérieur de santé	24	840 000
Assistant social	36	540 000
Accoucheuses Auxiliaires/ Auxiliaires de nutrition	6	185 000

Source : Evaluation du coût de la formation à l'ENSP, NEDHIR & M. L. Md Hadj, 2005