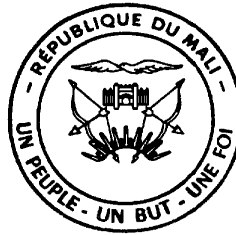


MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi



**DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES
POUR LA SANTE**

POLITIQUE NATIONALE

Cellule de Planification et de Statistique

Décembre 2009

Préambule : Déclaration de Politique

La crise des Ressources Humaines pour la santé est perçue au Mali comme à l'instar des autres pays, particulièrement en Afrique subsaharienne.

Cette pénurie de Ressources Humaines compétentes et motivées pour la santé est désormais reconnue comme la principale contrainte du système de santé malien, au-delà du manque d'infrastructures, d'équipements et de moyens financiers.

Déjà l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans son *Rapport sur la Santé dans le Monde 2006* a fait remarquer qu'alors que la région Afrique supporte 24% du poids des problèmes de santé de par le monde, elle ne possède que 3% des professionnels de la santé et ne compte que pour 1% des dépenses mondiales de santé.

Le problème des Ressources Humaines pour la santé est donc une préoccupation internationale et fait l'objet de l'engagement mutuel tant de la part des organisations internationales que des gouvernements africains. L'OMS et d'autres plateformes encouragent les pays à partager leurs bonnes pratiques en la matière.

C'est pourquoi à travers la présente Politique de Développement des Ressources Humaines pour la santé (PDRHS), le Gouvernement du Mali entend affirmer toute sa volonté de s'attaquer fermement au problème du développement des Ressources Humaines pour la Santé. Il propose ici un nouveau contrat aux travailleurs de la santé : le Gouvernement s'engage à améliorer la gestion de ses Ressources Humaines pour la santé et à améliorer leur motivation et en particulier leurs conditions de travail, en échange de leur entière disponibilité et de leur savoir-faire.

La Politique de Développement des Ressources Humaines pour la santé s'articule autour des axes stratégiques suivants :

1. L'organisation de la fonction de gestion des ressources humaines pour la santé;
2. Le renforcement des capacités des ressources humaines pour la santé (formation initiale et continue) ;
3. La gestion des recrutements et des affectations;
4. La gestion des carrières ;
5. La motivation des ressources humaines.

Pour réaliser ces défis, le Ministère de la Santé devra collaborer avec les autres institutions concernées par ces problématiques. En particulier, une collaboration plus poussée sera nouée avec les Ministères en charge de l'Economie et des Finances, de l'Administration territoriale et des Collectivités locales, du Travail, de la Fonction Publique et de la Réforme de l'Etat, ainsi que de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, afin de définir les modalités d'une revalorisation des revenus du personnel sanitaire et d'un accroissement des recrutements. En outre, le Ministère de la Santé travaillera **avec ceux chargés** des Enseignements Secondaire,

Supérieur et de la Recherche Scientifique afin d'améliorer la pertinence et la qualité des formations des futurs agents sanitaires.

Si le Gouvernement du Mali doit jouer le premier rôle pour mettre en œuvre cette Politique en vue d'atteindre les objectifs fixés, il formule cependant le vœu de recevoir le plein soutien de ses partenaires au développement. L'OMS recommande dans son *Rapport sur la santé dans le monde 2006* « Travailler ensemble pour la santé », d'adopter une « approche 50 : 50 » consistant à ce que 50% de l'aide extérieure soit dédiée au renforcement du système de santé, dont la moitié aux stratégies de développement des ressources humaines. Le Gouvernement du Mali appelle ici ses Partenaires Techniques et Financiers à suivre, dans la mesure du possible, ces recommandations, et à orienter leur appui financier et institutionnel vers le soutien au système de santé et à la présente Politique.

Le Ministre de la Santé

Oumar Ibrahima TOURE
Chevalier de l'ordre national

TABLE DES MATIERES

Méthodologie d'élaboration de la Politique	5
Définition des concepts	6
Liste des acronymes	8
I. CONTEXTE	9
1.1. DEMOGRAPHIE	9
1.2. ECONOMIE	10
1.3. POLITIQUE	10
1.4. DECENTRALISATION	10
1.5. PROFIL SANITAIRE ET EPIDEMIOLOGIQUE	11
1.6. LA POLITIQUE ET LE SYSTEME DE SANTE	12
1.6.1. La politique de santé	12
1.6.2. Le système de santé.....	12
a) La situation des établissements de soins	13
b) Le financement du système de santé.....	13
1.7. LA SITUATION DES RESSOURCES HUMAINES	14
1.7.2. La situation en matière de gestion des ressources humaines	15
II. JUSTIFICATION.....	21
III. ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE.....	25
IV. OBJECTIFS DE LA POLITIQUE	25
V. STRATEGIES DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE	26
5.1. L'ORGANISATION DE LA FONCTION DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE	26
5.2. LE RENFORCEMENT DES CAPACITES DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE (FORMATIONS INITIALE ET CONTINUE).....	27
5.3. LA GESTION DES RECRUTEMENTS ET DES AFFECTATIONS	29
5.4. LA GESTION DES CARRIERES	30
5.5. LA MOTIVATION DES RESSOURCES HUMAINES	30
VI. ACTIONS.....	32
VII. MOYENS DE MISE EN ŒUVRE	33
VIII. SUIVI ET EVALUATION.....	34
IX. CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES	41
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	42
ANNEXES	44

Méthodologie d'élaboration de la Politique

La présente Politique a été élaborée au cours d'un processus participatif et consultatif afin de recueillir des avis multiples, d'élargir le champ des propositions et de garantir l'adhésion des acteurs qui devront la mettre en œuvre. La méthodologie d'élaboration a comporté cinq grandes étapes : (1) l'analyse de la situation ; (2) le diagnostic des problèmes ; (3) l'identification des stratégies ; (4) l'élaboration du document de politique, du plan stratégique et des plans opérationnels ; (5) leur validation. Les quatre premières étapes ont bénéficié des réflexions menées au cours d'un atelier organisé à Tabacoro en juin-juillet 2006, qui a réuni des représentants des structures suivantes : Cellule de Planification et de Statistique (CPS), Direction Nationale de la Santé (DNS), Direction Administrative et Financière (DAF), Inspection de la Santé, Syndicat National de la Santé, deux Directions Régionales de la Santé, Cellule de Développement des Ressources Humaines et Cellule d'Appui à la Décentralisation et à la Déconcentration (CADD). Elles ont également bénéficié de consultations auprès de personnes ressources au sein du Ministère de la Santé, du Commissariat au Développement Institutionnel (CDI) et de la société civile, ainsi que des partenaires techniques et financiers (PTF) – en particulier l'OMS, la Banque Mondiale et les coopérations belge, néerlandaise et française. La finalisation du document a été réalisée par la CPS en collaboration avec la CDRH et la CADD. La validation a eu lieu au cours d'un atelier organisé du 14 au 17 juillet 2008. L'adoption officielle a été faite par le Gouvernement le2009.

1. L'analyse de la situation : Elle s'est basée d'une part sur les données existantes au sein du MS, notamment les effectifs recensés au cours des rencontres des comptables et les données collectées par la CPS pour l'élaboration des Rapports Annuels et par la DNS pour l'élaboration de l'Annuaire Statistique ; et d'autre part sur diverses études réalisées sur la question¹.
2. Le diagnostic des problèmes : Il a été réalisé sur base de l'atelier de Tabacoro, des constats posés lors des différents Comités Techniques du PRODESS, d'entretiens avec des personnes ressources, de même que de la littérature existante et des réflexions menées au niveau international.²
3. L'identification des stratégies : Les stratégies ont été identifiées au cours du même processus participatif et consultatif, en s'inspirant de l'expérience d'autres pays africains et de la littérature scientifique.
4. L'élaboration du document de Politique : Plusieurs documents de travail élaborés notamment par la CPS/Santé et suite à l'atelier de Tabacoro ont servi de base à l'élaboration de la présente Politique.
5. La validation du document de Politique : Une version provisoire du document a été envoyée pour avis et amendements au Cabinet, aux principales directions centrales du MS ainsi qu'aux PTF faisant partie du Groupe technique sur les RH.

¹ Dont l'*Etude sur les coûts induits par l'application de la convention collective des centres de santé communautaires (CSCOM)* (CPS/Bureau CADIS, 2006), l'*Etude sur les Ressources humaines du Secteur de la Santé au Mali* (Balique et Berthé, 2004), les documents présentés lors des différents Comités Techniques du PRODESS, etc.

² Voir par exemple Ferrinho et Dal Poz (2003) ainsi que les études référées sur les sites internet suivants : <http://www.human-resources-health.com> , <http://www.eldis.org/go/topics/dossiers/human-resources-for-health> .

Définition des concepts

1. Les ressources humaines pour la santé

L'OMS (2006 : p.4) définit le personnel de santé comme « l'ensemble des personnes exerçant des activités dont l'objet essentiel est d'améliorer la santé » de la population. L'utilisation du terme « ressources humaines » vise à souligner d'une part l'aspect de rareté de ces ressources – et donc la nécessité de bien les gérer – et d'autre part, l'aspect humain du personnel de santé.

2. La gestion des ressources humaines

La gestion des ressources humaines réfère à l'ensemble de fonctions et de pratiques ayant pour objectif de mobiliser et développer les ressources du personnel pour une plus grande efficacité et efficience, en soutien de la stratégie d'une organisation. Il s'agit d'une activité fonctionnelle de l'organisation, de nature transversale (horizontale) par opposition à une activité hiérarchique (verticale).

3. La gestion des ressources humaines pour la santé

Il s'agit de l'ensemble des procédures et mécanismes mis en place par le Département de la Santé, conformément aux textes réglementaires en vigueur dans le pays, visant l'emploi rationnel, le suivi permanent et l'évaluation constante du personnel travaillant dans le secteur de la santé (public, communautaire et privé).

4. La motivation du personnel

La motivation réfère à l'ensemble de raisons qui font que les individus se comportent d'une certaine façon et persistent dans ce comportement, en particulier dans le domaine du travail. On peut distinguer plusieurs sources de motivation, matérielles et non-matérielles. Par extension, le terme « motivation » est utilisé pour référer aux mesures et aux facteurs internes et externes à une organisation qui influencent le comportement de ses travailleurs afin de les inciter à donner le meilleur rendement dans l'accomplissement des activités qui leur sont dévolues.

5. Le plan de carrière

Le plan de carrière est un document dans lequel sont consignées la succession des emplois et fonctions de plus en plus élevés qu'un agent peut occuper pendant toute la durée de ses activités professionnelles, en concordance avec son grade. Le plan de carrière confère à un agent une motivation supplémentaire dans l'accomplissement de ses activités car il lui offre des perspectives de promotion et d'évolution.

6. La formation initiale

La formation initiale est considérée comme correspondante à l'acquisition par un apprenant d'un ensemble de connaissances de base théoriques et pratiques relatives à un domaine d'activité déterminé, comportant également l'acquisition de certains réflexes ou le développement de certaines aptitudes.

La formation, lorsqu'elle est organisée et formalisée, est normalement sanctionnée par un titre ou un diplôme officiel correspondant au niveau de qualification atteint.

7. La formation continue

La formation continue est une formation complémentaire reçue en cours d'emploi qui s'ajoute à la formation initiale dans un domaine différent de celle-ci ou à un niveau supérieur à celle-ci. Elle augmente les compétences dans un domaine de formation antérieure.

8. Le recrutement du personnel de santé

Il s'agit de l'engagement de nouveaux agents pour renforcer le système de santé. On distingue d'une part le recrutement externe, qui consiste à engager de nouveaux agents contractuels ou à nommer de nouveaux fonctionnaires, issus du marché du travail ; d'autre part, le recrutement interne consiste à attribuer un poste vacant à un agent déjà présent dans l'organisation.

9. Les besoins en personnel de santé

Ils représentent l'ensemble des postes à pourvoir en vue d'assurer le bon fonctionnement du système de santé et d'assurer des soins de qualité. Ils peuvent être satisfaits soit par le recrutement de nouveaux agents, soit par la formation et la spécialisation en cours d'emploi.

Liste des acronymes

AMPS	Alliance Mondiale pour les Personnels de Santé
ASACO	Association de Santé communautaire
CADD	Cellule d'Appui à la Décentralisation et à la Déconcentration
CDI	Commissariat au Développement Institutionnel
CPS	Cellule de Planification et de Statistique
CSCOM	Centre de Santé communautaire
CSCR	Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté
CSREF	Centre de Santé de Référence
DAF	Direction Administrative et Financière
DNFPP	Direction Nationale de la Fonction Publique et du Personnel
DNS	Direction Nationale de la Santé
DRH	Direction des Ressources Humaines
DRS	Direction Régionale de la Santé
EDS.M	Enquête Démographique et de Santé – Mali
EPA	Etablissements Publics à caractère Administratif
EPH	Etablissements Publics Hospitaliers
FCFA	Franc de la Communauté Financière d'Afrique
FENASCOM	Fédération Nationale des ASACO
FMPOS	Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie
GRH	Gestion des Ressources Humaines
IB	Initiative de Bamako
INFSS	Institut National de Formation en Sciences de la Santé
INPS	Institut National de Prévoyance Sociale
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
MDSSPA	Ministère du Développement social, de la Solidarité et des Personnes âgées
MFPREI	Ministère de la Fonction Publique, de la Réforme de l'Etat et des Relations avec les Institutions
MS	Ministère de la Santé
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OOAS	Organisation Ouest-Africaine de la Santé
PDDSS	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PDI	Programme de Développement Institutionnel
PDRHS	Politique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé
PDSSC	Plan de Développement Socio Sanitaire de Cercle
PMA	Paquet minimum d'activités
PO	Plan opérationnel
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
PTF	Partenaire Technique et Financier
RH	Ressources Humaines
RHS	Ressources Humaines pour la Santé
SIGRH	Système d'Information et de Gestion des Ressources Humaines
SLIS	Système Local d'Informations Sanitaires

I. CONTEXTE

Le Mali est un vaste pays continental d'une superficie de 1.241.238 km². Il est situé dans la bande soudano-sahélienne de l'Afrique de l'Ouest et partage 7000 km de frontières avec l'Algérie au Nord, le Niger et le Burkina-Faso à l'Est, la Côte d'Ivoire et la Guinée au Sud et le Sénégal et la Mauritanie à l'Ouest.

Le climat est sec avec une saison sèche et une saison des pluies, laquelle dure en moyenne cinq mois dans le sud et moins d'un mois dans le nord du pays. Les pluies sont mal réparties dans le temps et dans l'espace, ce qui influe sur l'activité économique du pays.

Sur le plan hydrographique, le Mali est arrosé dans sa partie méridionale et centrale par les fleuves Niger (sur 1700 km) et Sénégal (sur 800 km) et leurs affluents.

1.1. DEMOGRAPHIE

Le dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) date d'avril 1998. A cette époque, le Mali comptait une population de 9.810.912 habitants, soit une densité de la population résidente estimée à 7,9 habitants au km². Selon ces mêmes données, les trois quarts de la population du pays résidaient en milieu rural (73,2%), et le taux d'urbanisation était donc de 26,8%. Cette population est relativement jeune et sa répartition spatiale est inégale, les trois quarts de la superficie du pays abritant moins de 10% de la population. Les principales ethnies rencontrées sont constituées de Bambara représentant la majorité, de Peulh, Malinké, Senoufo, Minianka, Soninké, Maure, Sonraï, Bozo, Tamachèque, Bobo, etc. Ces ethnies vivent en parfaite communion dans la communauté.

[Le nouveau recensement a eu lieu en 2009 et les résultats provisoires sont déjà disponibles. En attendant leur dissémination](#), le Système Local d'Information Sanitaire (SLIS) du Mali donne les estimations suivantes pour la population malienne en 2006 :

< 1 an	1-4 ans	5-14 ans	>15 ans	Total Mali	Femmes en âge de procréer (Pop. x 0,235)	Naissances attendues (Pop. x 0,05)
479.509	1.678.283	3.596.321	6.269.585	12.023.698	2.825.569	601.185

Quelques indicateurs démographiques sont présentés ci-dessous :

- Espérance de vie à la naissance : 48,1 ans en 2004 (source : PNUD/RDH) ;
- Indice synthétique de fécondité : 6,6 en 2006 (Enquête Démographique et de Santé EDS.M-IV) contre 6,8 en 2001 (EDS.M-III) ;
- Taux brut de natalité pour 1000 individus : 45,2 en 2006 (EDS.M-IV) contre 45,1 en 2001 (EDS.M-III) ;
- Taux de mortalité maternelle : 464 pour 100.000 en 2006 (EDS.M-IV) contre 582 pour 100.000 en 2001 (EDS.M-III) ;
- Taux de mortalité infantile : 96‰ en 2006 (EDS.M-IV) ;
- Taux de mortalité infanto juvénile : 191‰ en 2006 (EDS.M-IV).

1.2. ECONOMIE

L'économie malienne est fortement influencée par les aléas climatiques et les prix des matières premières sur le marché international. Les performances économiques sont aléatoires et la croissance évolue en dents de scie. Elle repose fondamentalement sur le secteur primaire tiré par l'agriculture (coton, céréales, élevage), qui constitue le moyen d'existence d'environ 80% de la population active, contribue à hauteur de 42% au PIB et constitue 75% des recettes d'exportation. Le secteur secondaire (industrie) ne représente que 16% du PIB mais le Mali est le troisième plus grand exportateur d'or en Afrique. Le secteur tertiaire commence à avoir un essor considérable sous l'impulsion des transports, des télécommunications et du tourisme. Les principales activités économiques tournent donc autour de l'agriculture, de l'élevage, de la pêche, de l'artisanat, du commerce et du tourisme. La croissance moyenne entre 2002 et 2005 a été de 5,1% (sources : CSLP I et II).

La mise en œuvre du premier Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) 2002-2005 a permis de réduire le niveau de pauvreté de 68,3% en 2001 (base revenu) à 59,2 % en 2005 sur la base d'un seuil de pauvreté actualisé de 153.310 FCFA. Toutefois, l'analyse dénote un décalage significatif entre le milieu rural (73,04%) et le milieu urbain (20,12%).

Quelques indicateurs économiques en rapport avec la démographie sont présentés ci-dessous (source : CSCR 2007-2011) :

- PIB aux prix du marché : 2.550,3 milliards FCFA courants en moyenne sur la période 2002-2005 et 3.205,8 milliards FCFA en 2006 ;
- PIB par tête : 395 USD en moyenne sur la période 2002-2005 et 516 USD en 2006 ;
- Taux de croissance réelle du PIB aux prix du marché : 5,2% en moyenne sur la période 2002-2005 (4,3% en 2002, 7,6% en 2003, 2,3% en 2004 et 6,1% en 2005) et 3,6% en 2006 ;
- Taux d'inflation : 1,9% en moyenne sur la période 2002-2005 et 6,4% en 2005 ;
- Indice de Gini : 0,401 en 2001.

1.3. POLITIQUE

Le Mali est une République avec un parlement unicaméral. Le pouvoir exécutif est représenté par le Président et son Gouvernement, le pouvoir législatif par l'Assemblée nationale, le pouvoir judiciaire par la Cour Suprême, la Cour constitutionnelle et la Haute Cour de Justice et les institutions consultatives à savoir le Haut Conseil des Collectivités et le Conseil Economique, Social et Culturel.

1.4. DECENTRALISATION

Le découpage administratif est le suivant :

- Niveau national : 8 régions administratives (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Gao, Tombouctou et Kidal) et le district de Bamako ;
- Niveau régional : 49 cercles ;
- Niveau local : 703 communes dont 684 communes rurales et 19 communes urbaines, parmi lesquelles 6 du district de Bamako qui ont rang de cercle.

En 1990, la Déclaration de Politique sectorielle de Santé et de Population a amené le secteur de la santé à adopter une nouvelle stratégie visant l'extension de la couverture sanitaire géographique par l'implantation de nouvelles structures de santé appelées Centres de Santé Communautaire (CSCOM). La gestion de ces structures est assurée par les communautés à travers les Associations de Santé Communautaires (ASACO).

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique nationale de décentralisation, initiée elle aussi dans les années 1990, des dispositions institutionnelles ont été adoptées pour autoriser le transfert des compétences et des ressources de l'Etat dans le domaine de la santé vers les collectivités décentralisées (décret 02-314 du 04 juin 2002). Ainsi, les collectivités décentralisées sont largement impliquées dans la gestion des ressources humaines pour la santé.

D'autre part, l'adoption des textes législatifs et réglementaires relatifs à la fonction publique des collectivités territoriales est en cours.

1.5. PROFIL SANITAIRE ET EPIDEMIOLOGIQUE

Les efforts déployés au cours des dernières années par le secteur de la santé ont permis d'améliorer la situation sanitaire de la population malienne. Ainsi par exemple, les résultats de l'EDS.M-IV montrent que le taux de mortalité infanto-juvénile est descendu à 191 pour 1000 naissances vivantes en 2006 contre 229,1‰ en 2001 (EDS-III) et 237,5‰ en 1996 (EDS-II). Le taux de mortalité infantile, quant à lui, est descendu à 96‰ en 2006 contre 113,4‰ en 2001 et 122,5‰ en 1996 grâce notamment au renforcement du Programme Elargi de Vaccination (PEV). Quant au taux de mortalité maternelle, il est descendu à 464 pour 100.000 naissances vivantes en 2006, contre 582 pour 100.000 en 2001.

Les données de routine du SNIS pour 2006 renseignent des taux de vaccination DTCP3 de 92%, BCG de 96% et VAR de 82%. L'EDS.M-IV, quant à elle, indique que près de la moitié (48,2%) des enfants maliens avaient reçu tous les vaccins, et 12,6% n'avaient reçu aucun vaccin. Le taux de consultation prénatale dans les structures tous niveaux stagne depuis quelques années à 75% (source : SNIS). Le taux de prévalence du VIH/SIDA pour la population de 15-49 ans est estimé à 1,3% (source : EDS.M-IV).

Malgré ces progrès, la situation sanitaire de la population malienne reste préoccupante. Un tiers des enfants de moins de 5 ans connaissent une situation de malnutrition et la mortalité maternelle reste toujours élevée. La couverture en accouchements assistés, bien qu'en hausse depuis quelques années, n'est encore que de 55% en moyenne en 2006 (mais seulement de 22% dans la région de Gao par exemple) et l'utilisation de la consultation curative n'est encore en moyenne que de 0,26 nouvelle consultation par an et par habitant (source : SNIS).

Les pathologies les plus fréquemment rencontrées dans les formations sanitaires sont dans l'ordre : (1) la fièvre présumée palustre, (2) la toux de moins de 15 jours et les infections respiratoires aiguës (IRA) basses, (3) les plaies, brûlures et traumatismes, (4) les diarrhées présumées infectieuses et (5) les IRA hautes. L'ensemble de ces pathologies représentait près de 88% des motifs de consultation en 2006, quels que soient l'âge et le sexe des patients. En valeur absolue, les principales causes de mortalité enregistrées dans les structures de santé sont le paludisme présumé, la malnutrition, les diarrhées présumées infectieuses, les toux inférieures à 15 jours et IRA basses, les plaies et traumatismes (source : SNIS).

1.6. LA POLITIQUE ET LE SYSTEME DE SANTE

1.6.1. La politique de santé

La politique de santé du Mali est fondée sur les stratégies des Soins de Santé Primaires (SSP) définies lors de la Conférence d'Alma Ata en septembre 1978. La mise en œuvre des SSP a été renforcée par l'adoption en septembre 1987 de l'Initiative de Bamako (IB), dont l'un des objectifs majeurs est de réduire la mortalité maternelle et infantile tout en rendant disponibles et accessibles géographiquement et financièrement les médicaments essentiels aux couches les plus défavorisées de la population. Les principes suivants ont été adoptés à cette fin : recouvrement des coûts, système de santé de district, santé communautaire et contractualisation de l'offre de services de santé avec les Associations de Santé Communautaire (ASACO).

En décembre 1990, fut adoptée la déclaration de *Politique Sectorielle de Santé et de Population* (PSSP) qui constitue aujourd'hui le cadre de référence des interventions en matière de santé.

En 1998, fut adopté le *Plan décennal de Développement Sanitaire et Social* (PDDSS 1998-2007). Il est soutenu par une approche sectorielle et mis en œuvre à travers un programme quinquennal : le *Programme de Développement Sanitaire et Social* (PRODESS). Le premier PRODESS, initialement prévu pour la période 1998-2002, s'est en fait étalé sur la période 1999-2004 car sa mise en œuvre a dû être retardée. Il a été suivi par le second PRODESS, qui est en cours de mise en œuvre depuis 2005 et sera prolongé jusqu'en 2011 afin de s'aligner sur le CSCR. Vu la scission des deux ministères concernés – Ministère de la Santé et Ministère du Développement social, de la Solidarité et des Personnes âgées (MDSSPA) – le PRODESS II comporte deux composantes : Santé et Développement social. La composante Santé comporte les sept volets suivants :

- Volet 1 : Accessibilité géographique aux services de santé des districts sanitaires ;
- Volet 2 : Disponibilité, qualité et gestion des ressources humaines ;
- Volet 3 : Disponibilité des médicaments essentiels, des vaccins et des consommables médicaux ;
- Volet 4 : Amélioration de la qualité des services de santé, augmentation de la demande et lutte contre la maladie ;
- Volet 5 : Accessibilité financière, soutien à la demande et la participation ;
- Volet 6 : Réforme des Etablissements Hospitaliers et des autres établissements de Recherche ;
- Volet 7 : Renforcement des capacités institutionnelles et décentralisation.

1.6.2. Le système de santé

Le système de santé du Mali est pyramidal et comporte trois niveaux :

- *Le niveau périphérique ou niveau opérationnel*, qui joue le rôle de planification et d'exécution des opérations à travers le Plan de Développement Socio Sanitaire de Cercle (PDSSC). On rencontre à ce niveau les établissements sanitaires de premier contact

constitués essentiellement par les centres de santé communautaires (CSCOM), les centres de santé de référence (CSREF), les services de santé des armées et de l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) et les établissements privés : cabinets médicaux de consultation et de soins, structures confessionnelles. L'offre de soins au sein de ces formations sanitaires se fait à travers le paquet minimum d'activités (PMA) pour les structures de premier contact et de première référence.

- *L'échelon régional ou intermédiaire*, qui est constitué d'une part de l'administration sanitaire (les neuf Directions Régionales de la Santé) qui joue un rôle d'appui et de suivi du niveau périphérique ; et d'autre part des six établissements publics hospitaliers (EPH) qui jouent le rôle de deuxième référence.
- *Le niveau central*, qui est constitué d'une part de l'administration sanitaire (directions centrales et services rattachés)³ qui joue le rôle de conception, de prise de décisions politiques, d'appui stratégique, de mobilisation des ressources et d'évaluation ; et d'autre part des établissements publics hospitaliers de troisième référence et autres établissements de recherche.

A ces structures publiques et communautaires, il faut ajouter les cliniques et cabinets privés, de même que les ordres médicaux. Le secteur privé est depuis quelques années en pleine explosion et participe activement à la couverture de soins. Cependant, les données générées par ce secteur sont encore insuffisamment prises en compte dans le système national d'information sanitaire.

a) La situation des établissements de soins

Les structures de soins de premier niveau sont donc les Centres de Santé Communautaires (CSCOM), les cabinets médicaux, les dispensaires et les maternités rurales. Le Système Local d'Information Sanitaire (SLIS) dénombrait fin 2006 l'existence de 785 CSCOM à travers le pays (sur 1109 aires de santé prévues pour la durée du PDDSS, soit 71% de réalisation), dont 52 à Bamako et 733 en milieu rural (voir le Tableau 1 en Annexe). Ceci nous donne les taux de couverture suivants : 51% de la population vivant à moins de 5 km d'un centre de santé et 76% de la population vivant à moins de 15 km d'un centre de santé (MS/DNS, Annuaire SLIS 2006).

b) Le financement du système de santé

Le financement du système de santé est assuré par les ressources en provenance de l'Etat, des partenaires bilatéraux et multilatéraux, des ONG, des collectivités décentralisées et des communautés.

Les Comptes Nationaux de la Santé (CNS)⁴ 1999-2004 montrent que les dépenses totales de santé en francs courants ont régulièrement augmenté, passant de 109 milliards FCFA en 1999 à 165 milliards FCFA en 2004, soit un taux d'accroissement annuel moyen de 8%. Le

³ Les directions centrales et services rattachés comportent la Direction Nationale de la Santé (DNS), la Cellule de Planification et de Statistique (CPS), la Direction Administrative et Financière (DAF), la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) et le Centre National d'Information, d'Education et de Communication pour la Santé (CNI ECS). Les organismes personnalisés de contrôle et de recherche comportent l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP), le Centre National d'Appui à la Lutte contre la Maladie (CNAM), l'Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux (ANEH), l'Agence Nationale pour la Sécurité Sanitaire des Aliments (ANSSA) et le Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS).

⁴ Ministère de la Santé, SG, *Les Comptes Nationaux de la Santé du Mali 1999-2004*, juillet 2006.

financement global du secteur de la Santé repose en grande partie sur les ménages et les communautés, soit à concurrence de 55% en 2004, contre 22% pour les fonds publics et 9% pour le reste du monde.

En 2006, le budget du secteur de la Santé (72,68 milliards FCFA) représentait 7,8% du Budget général de l'Etat. Le Budget du Ministère de la Santé s'est élevé à 49,8 milliards FCFA en 2006 et à 32,1 milliards en 2007. Cette modification du budget est due à l'accroissement des budgets des structures déconcentrées, comme les Etablissements Publics hospitaliers (EPH) ou encore les Directions Régionales de la Santé, lesquelles ont vu leur budget passer de 4,75 milliards FCFA en 2006 à 6,5 milliards FCFA en 2007.

En 2007, la part du budget de la santé consacrée aux ressources humaines (salaires, recrutements, formations) représentait 19,28%. En 2008, les prévisions passent à 19,34%, soit une augmentation de 0,06 points.

Les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) soutiennent le secteur public, communautaire et privé de la Santé au Mali à travers des modalités diverses allant des projets et programmes à l'appui budgétaire global et sectoriel (depuis 2006 pour ce dernier). D'après les Plans Opérationnels (PO), la contribution attendue des PTF au PRODESS s'élevait en 2007 à 38,17 milliards FCFA (soit 39,33% du PO).

1.7. LA SITUATION DES RESSOURCES HUMAINES

L'analyse de la situation a été fondée sur les études qui ont pu être menées et les informations collectées à partir du système national d'information sanitaire ainsi que les référentiels développés au niveau international notamment au niveau de l'OMS. A cet égard l'attention a été portée sur l'analyse des ratios qui a de façon prioritaire ciblé la partie du personnel qui constitue véritablement un des goulots d'étranglement pour la mise en œuvre du PRODESS. Ceci a permis d'une part les résultats obtenus mais aussi de relever les déficits qui permettront d'éclairer l'élaboration du plan stratégique. Cette approche a été privilégiée en raison de la complexité de la question afin de se concentrer sur une cible pour laquelle des interventions efficaces peuvent être développées rapidement.

Les soucis d'accélérer l'atteinte des OMD par une telle démarche est un atout pour le dialogue politique avec les partenaires notamment dans la mobilisation des ressources additionnelles

1.7.1. Les effectifs du personnel

Lors de la réunion trimestrielle d'évaluation de la gestion des ressources du PRODESS de juillet 2008, il a été dénombré un *effectif total du personnel du Ministère de la Santé* s'élevant à 10791 personnes, tous statuts confondus, dont : 4220 fonctionnaires, 1429 contractuels « classiques » de l'Etat, 1503 contractuels de l'Etat sur financement PPTE, 61 membres des forces armées, 1083 contractuels sur ressources propres, 1363 personnes à charge des ASACO, 808 à charge des collectivités, 84 agents de l'INPS et 240 assistants techniques (Cubains, autres expatriés et nationaux). Tous statuts confondus, l'on recensait notamment 48 Professeurs agrégés, 465 médecins et pharmaciens spécialistes, 702 médecins et pharmaciens généralistes et 1351 agents administratifs. (Tableau IX en Annexe.)

Ces données nous donnent en théorie des ratios de l'ordre d'un médecin pour 10.389 habitants (norme OMS : 1/10.000), une sage-femme pour 21615 habitants (norme OMS : 1/5000) et un infirmier/assistant médical pour 3365 habitants (norme OMS : 1/5000). Mais ces chiffres agrégés cachent de grandes disparités régionales et cachent également que le personnel

technique n'est pas toujours affecté à des tâches d'offre de soins. La présentation de la DNS au Comité technique de mai - juin 2008 mentionne ainsi des ratios de un médecin pour 24831 habitants à Mopti contre 1/11731 (hors privés) à Bamako ; une sage-femme pour 50708 habitants à Kayes contre 1/5972 à Bamako ; ou encore un infirmier pour 6231 habitants à Mopti contre 1/3227 (hors privés) à Bamako (Tableau II en Annexe).

Pour ce qui concerne plus précisément le personnel des CSCOM, le recensement de l'étude sur les coûts induits de 2006 dénombrait 3619 membres de personnel travaillant dans les CSCOM, dont 147 médecins, 130 sages femmes, 804 infirmiers (tous niveaux confondus : infirmiers d'Etat, de premier cycle et infirmières obstétriciennes), 461 gestionnaires et le reste – soit 2075 personnes – consistait en du personnel de soutien : aides soignants, matrones, chauffeurs, etc. (Tableaux VI et VII en Annexe.)

Malgré les efforts fournis en matière de recrutement du personnel (fonction publique PPTE, collectivité, communauté) la disponibilité des ressources humaines qualifiées demeure un grand défi pour l'atteinte des objectifs du millénaire.

1.7.2. La situation en matière de gestion des ressources humaines

a) L'organisation de la fonction de gestion des ressources humaines

A l'heure actuelle, la fonction de gestion des ressources humaines pour la santé est encore éclatée entre plusieurs structures :

- La gestion administrative relève de la DAF/MS et de la Direction Nationale de la Fonction Publique et du Personnel (DNFPP) ;
- La planification des formations de longue durée est du ressort de la CPS ;
- Chaque structure est chargée de planifier la formation continue de courte durée à travers ses plans opérationnels.

La gestion administrative du personnel est basée essentiellement sur le statut général des fonctionnaires et sur le code du travail en vigueur au Mali.

Le système d'information et de gestion des ressources humaines, élaboré en 1998, n'est pas fonctionnel.

Ces faiblesses du cadre institutionnel ont pour conséquences plusieurs problèmes dans l'exercice de la fonction de GRH, qui se limite en grande partie à la gestion administrative des effectifs. Déjà en 1994, une étude portant sur la gestion des ressources humaines et financières du secteur de la santé (SODETEG, 1994) constatait entre autres la non maîtrise des effectifs du personnel de santé, la faible productivité du personnel, l'improvisation et la non maîtrise des formations, de même que l'insuffisance de motivation du personnel. Cette situation demeure encore.

Toutefois, il importe de rappeler que la fonction de gestion des ressources humaines pour la santé sera bientôt assurée par la Direction des Ressources Humaines créée par Ordonnance N°09- 009 /P-RM du 04 Mars 2009.

La création de ladite Direction des Ressources Humaines (DRH) mettra fin à l'éclatement de la gestion des ressources pour la santé entre plusieurs structures.

b) Les recrutements et les affectations

(i). Le système prévalant dans le secteur public

En 1985, l'application des mesures d'ajustement structurel aboutit au gel de la masse salariale inscrite dans le budget national et à l'effectivité du concours d'entrée dans la fonction publique. On assista alors à :

- un frein au développement du système public de soins, qui n'était plus en mesure de recruter les nouveaux diplômés nécessaires à la consolidation des structures existantes et à leur extension ;
- un ralentissement du mécanisme qui permettait jusqu'alors aux praticiens affectés à l'intérieur du pays d'être secondés ou remplacés au bout de quelques années d'exercice par de nouveaux arrivants.

Les critères initialement définis pour les affectations du personnel ne sont généralement pas respectés. La Commission nationale chargée des affectations réajuste le travail réalisé au niveau régional. Mais les décisions d'affectation qui s'ensuivent sont souvent remises en cause sur demande des agents non motivés pour leur futur poste.

(ii). Le système prévalant dans les secteurs privé et communautaire

Le recrutement se fait sur la base du code du travail en vigueur dans le pays. De plus en plus, le secteur communautaire bénéficie de personnel payé sur fonds PPTE⁵. Ceci a permis d'augmenter le nombre de personnel technique dans les CSCOM mais pose le problème de leur statut, de même que de l'autorité hiérarchique devant qui ils sont redevables. En outre, on constate dans certaines structures une pléthore de personnel sous-qualifié, aux dépens de techniciens de la santé.

(iii). Analyse de la situation et perspectives

L'amélioration des prestations dans les structures de santé passe par une bonne régulation des déséquilibres quantitatifs et qualitatifs qui affectent la disponibilité du personnel, en particulier dans les zones les moins pourvues.

Les déséquilibres quantitatifs concernent particulièrement les situations de pénurie de personnel en général. Ces déficits créent, au niveau des agents dans certaines formations sanitaires, une surcharge de travail qui rejaillit directement sur la qualité des prestations qu'ils fournissent. Le problème se pose d'une part vis-à-vis de l'insuffisance d'effectifs pour assurer le bon fonctionnement des services de santé existants, et d'autre part vis-à-vis de la nécessité de disposer de personnels suffisants pour étendre la couverture sanitaire nationale.

Le déficit de médecins est surtout élevé dans la zone 1 de pauvreté (Koulikoro, Mopti). Quant aux sages femmes, leur déficit est important dans toutes les régions (zones 1 et 2 de pauvreté) excepté le district de Bamako (zone 3).

Le problème de l'insuffisance de personnels spécialisés constitue l'autre dimension importante de la pénurie. Le nombre encore limité de personnel médical et paramédical spécialisé et compétent, surtout dans les zones rurales, ne permet pas de garantir la qualité des soins dans toutes les formations sanitaires. Il y a, par ailleurs, beaucoup d'agents de santé parmi le personnel vieillissant qui ont besoin d'une remise à niveau pour s'adapter à

⁵ Initiative de réduction de la dette en faveur des Pays Pauvres Très Endettés.

l'évolution de la pratique médicale. Certains services administratifs du secteur santé sont aussi concernés par ce problème de manque de spécialistes.

Il est désormais largement reconnu que la politique générale de recrutement et d'affectation du Ministère de la Santé doit être revue afin de rationaliser la gestion des ressources existantes.

c) La gestion des carrières

Le statut général des fonctionnaires maliens dispose en son article 6 :

« Les emplois administratifs permanents sont prévus dans les textes réglementaires fixant les cadres organiques des services publics ; ils sont identifiés par référence au corps et au grade minimum requis pour y accéder.

Les emplois visés à l'alinéa premier peuvent être vacants ou provisoirement disponibles. Dans le premier cas, il est pourvu, dans les conditions prévues au titre II, au recrutement d'un nouveau titulaire ; dans le second cas, le fonctionnaire titulaire ne peut être que provisoirement remplacé dans son poste.

La subordination hiérarchique est attachée à l'emploi. »

Cet article, en ses alinéas 1 et 3, tend à trouver un lien entre le niveau de l'emploi d'un fonctionnaire (c'est-à-dire la classification de son poste dans la hiérarchie des emplois publics) et le grade qu'il a obtenu à la suite de sa formation théorique et son expérience professionnelle combinées.

De façon très timide, la Loi 94-009 du 22 mars 1994 portant principes fondamentaux de la création, de l'organisation, de la gestion et du contrôle des services publics, a voulu confirmer ce lien entre le grade du fonctionnaire et l'importance de son poste en classant les emplois en :

- emploi de directeur national et emplois assimilés ;
- emplois de chef de division et emplois assimilés ;
- emplois de chef de section et emplois assimilés ;
- autres emplois administratifs permanents.

Cette loi tente de lier l'occupation de chaque niveau d'emploi au grade du fonctionnaire. Mais elle présente des difficultés d'application dans la mesure où elle indique seulement les catégories pour l'occupation des postes, bien que chaque catégorie renferme plusieurs grades qui se subdivisent à leur tour en échelons. Par ailleurs, le grade ne renseigne pas suffisamment sur les qualités particulières qui peuvent être déterminantes dans la tenue de certains postes.

Ces observations font ressortir l'absence de plan de carrière pour les fonctionnaires dans la législation malienne. En outre, il n'existe pas de description de postes au sein des services ni de plan de carrière des agents du secteur de la santé. L'emploi du personnel ne tient pas toujours compte des cadres organiques existants qui sont souvent obsolètes. Il n'y a pas de plan de gestion des carrières, et les promotions ne sont pas nécessairement basées sur le mérite. D'où la nécessité pour le Ministère de la Santé d'élaborer un plan de carrière pour ses agents, afin d'optimiser la gestion des ressources humaines.

d) La rémunération et la motivation

(i). Le système prévalant actuellement

Dans le secteur public, le salaire varie suivant la grille indiciaire de la fonction publique (voir le Tableau 10 en Annexe). Dans le secteur communautaire, les salaires sont payés sur une base contractuelle et une convention collective est en voie d'adoption. Dans le secteur privé à but lucratif, la prise en charge du personnel est assurée selon le code du travail.

Il est particulièrement difficile de motiver le personnel pour aller travailler dans les zones enclavées. Le dispositif actuel de mobilité prévoit, par le décret n°94-336 P-RM du 1^{er} novembre 1994, une prime de fonction spéciale du personnel socio-sanitaire et assimilé exerçant dans certaines localités réputées difficiles – mais son taux actuel de 5000 FCFA ne s'avère pas suffisant pour combler les désagréments ou les surcoûts (frais de transport, etc.) associés à certaines localisations.

Outre ces primes de zones, les incitants suivants sont prévus pour le personnel sanitaire :

- des primes de responsabilité, de risque et de gestion ;
- des indemnités de médecin chef de district et des indemnités de fonction ;
- des récompenses du mérite (Ordre National et Ordre du Mérite de la Santé) ;
- des logements d'astreinte pour certaines catégories de personnel ;
- des moyens logistiques et des véhicules de fonction ou de liaison ;
- des indemnités de monture pour ceux qui utilisent leur moyen personnel de déplacement ;
- des perdiems pour mener certaines missions ;
- des primes de rendement dans certains cas ;
- des avancements sur la base de notations annuelles.

Toutefois, beaucoup de ces primes sont insignifiantes et elles ne sont pas toujours données en pratique.

(ii). Analyse de la situation et perspectives

La première motivation du personnel devrait être l'octroi d'un salaire équitable. Mais au Mali comme dans la plupart des pays de la sous-région, le système qui prévaut actuellement est tel que beaucoup de personnels de santé ne reçoivent pas un salaire qu'ils perçoivent comme juste, ce qui les conduit souvent à chercher des compléments de revenus, entre autres à travers l'exercice d'activités privées et la recherche de primes, de *per diem* ou d'un travail plus rémunérateur au sein d'autres organismes.

Le faible niveau des salaires du personnel sanitaire est reconnu comme un facteur démotivant majeur, mais il n'est pas le seul. En effet, le système de motivation en place a longtemps souffert d'un manque de clarté et de reconnaissance du mérite dans les perspectives de carrière, de conditions de travail pas toujours optimales, ainsi que d'insuffisances en matière d'évaluation de la performance et de sanctions. Il est urgent d'élaborer et de mettre en œuvre un système d'incitation cohérent qui intègre toutes les formes de motivation et qui soit orienté vers l'amélioration de la qualité des soins et l'incitation du personnel technique à aller travailler dans les zones défavorisées. Plusieurs études ont été menées sur ce sujet

(commanditées notamment par le CDI mais aussi l'OMS et la FENASCOM) et ont été étudiés avec attention pour la finalisation du Plan de Motivation.⁶

e) La formation

La formation, tant initiale que continue, intéressera quatre domaines : les soins (curatif, préventif, promotionnel), la maintenance (équipements biomédicaux, infrastructures et moyens logistiques), la gestion des services de santé (administration de la santé, économie de la santé, planification, santé publique, épidémiologie, recherche, etc.) et les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC). La formation couvrira également les spécialisations des paramédicaux et des médicaux.

(i). La formation initiale

Pour ce qui concerne la formation initiale des médecins, en 1969 fut ouverte l'Ecole Nationale des Assistants Médicaux, qui devient successivement l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie, puis la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS). Ceci a permis d'augmenter la production de médecins au Mali. En 1975, deux cercles sur trois étaient dirigés par des infirmiers, dès 1985 chacun des 52 districts sanitaires disposait de deux ou trois docteurs en médecine, y compris ceux des régions les plus enclavées comme celles de Tombouctou et de Gao. Considérée comme un des établissements universitaires les plus prestigieux du Mali, cette Faculté attire un nombre croissant d'étudiants. Ils étaient près de 4.000 en 2005, dont plus d'un millier en première année de médecine avec 10% d'étrangers.

Des efforts de formation comparables ont été accomplis vis-à-vis des professions paramédicales. A la seule école des infirmiers du premier cycle du Point G créée en 1944, sont venues s'ajouter cinq autres écoles publiques et trente écoles privées. Depuis septembre 2004, a été créé l'Institut National de Formation en Sciences de la Santé (INFSS), qui regroupe les six établissements publics. Il est chargé d'assurer la formation initiale et continue des personnels paramédicaux (techniciens de santé, techniciens supérieurs de santé et assistants médicaux). En outre, la première école privée de formation paramédicale a été créée en 1995 et à l'heure actuelle, on dénombre une trentaine d'écoles privées réparties dans les régions et le district de Bamako.

L'accès à l'INFSS se fait soit par voie de concours, soit par recrutement direct sur dossier. Au niveau des écoles privées, il se fait sur dossier. Les formations des paramédicaux qui durent deux ou trois ans selon le cycle, sont sanctionnées par un diplôme d'Etat suite à l'organisation d'un examen national.

Qu'il s'agisse de la Faculté ou des écoles paramédicales, le flux d'étudiants et d'élèves a largement dépassé les capacités d'encadrement pédagogique des différents établissements (nombre d'étudiants par enseignant, par lit d'hospitalisation, ...) et a conduit à une dégradation progressive de la qualité des formations devenues beaucoup plus théoriques que pratiques (relâchement des stages hospitaliers, suppression des stages de terrain en santé publique).

⁶ A titre d'information, une simulation quant aux répercussions financières de l'allocation de primes conséquentes (allant de 30.000 à 55.000 FCFA) pour inciter le personnel technique à œuvrer comme chef de poste dans les CSCOM des zones rurales et/ou enclavées en a évalué le coût annuel à environ 250 millions FCFA.

(ii). La formation continue

Elle se fait sur la base des besoins identifiés lors des supervisions, des réunions de monitoring, des différentes réunions des organes de gestion du PRODESS. Cependant, il n'existe pas encore une programmation dans le temps des activités de formation continue, qui dès lors se font parfois au détriment de l'offre de soins de santé.

L'assistance technique contribue aussi à la formation continue du personnel dans le cadre des accords de coopération.

(iii). Les spécialisations

Des spécialisations du personnel paramédical sont planifiées et réalisées à l'INFSS et ailleurs. Quant aux spécialisations du personnel médical, elles sont assurées par l'Université du Mali et les Universités étrangères.

(iv). Analyse de la situation

Une analyse du système de formation en santé dans son ensemble fait ressortir les faiblesses et forces suivantes :

Faiblesses :

- Les salles de travaux pratiques sont insuffisantes et sous équipées ;
- Le perfectionnement pédagogique des enseignants est peu structuré ;
- Les bibliothèques sont insuffisamment équipées ;
- **Il existe des difficultés de coordination par rapport à la problématique du bon encadrement des effectifs pléthoriques de stagiaires, toutes choses nuisant à la qualité des stages, des soins et à la préservation de l'intimité des malades ;**
- Le nombre de moniteurs d'encadrement et d'autres enseignants permanents est insuffisant ;
- La disposition de l'article 17 de la loi 94-032 déterminant le statut de l'enseignement privé au Mali, selon **laquelle la possibilité est donnée** de décerner des diplômes reconnus ou non par l'Etat, est porteuse de grande confusion dans le domaine de la formation en santé ;
- Il y a peu de contrôle et de régulation de l'offre de formation des structures privées (voire une anarchie dans l'installation des écoles) : le Ministère de la Santé n'est en effet pas convenablement impliqué dans la création des écoles privées de formation en sciences de la santé, alors qu'il est chargé du suivi du contrôle et de l'accréditation de la qualité de l'enseignement et de l'encadrement ;
- Il existe une inadéquation entre formation et emploi ;
- Il n'y a pas d'évaluation des enseignants ;
- Les formations continues ne sont **ni** suffisamment suivies ni évaluées.

Force :

- Il existe un établissement public à caractère scientifique et technique avec autonomie de gestion : l'INFSS ;

- Les programmes de l'INFSS ont été révisés ou sont en cours de révision selon l'approche par compétence ;
- Les textes de réglementation de l'offre privée de formation sont en cours d'élaboration ;
- Au moins trente écoles privées de formation en santé existent à travers le pays ;
- De vastes travaux de construction et de réhabilitation des écoles publiques de santé ont été menés ;
- Les établissements sanitaires accueillent les élèves stagiaires.

II. JUSTIFICATION

Le développement des Ressources Humaines pour la Santé (RHS) est un enjeu capital pour le Mali à l'instar de la plupart des pays africains, tant au regard de la pénurie de personnel qualifié que de la gestion et de la motivation des ressources humaines existantes.

Le Mali est tout particulièrement concerné par cette problématique et les orientations retenues par le Ministère de la Santé s'inspirent des réflexions menées au niveau national et international.

De nos jours, de nombreuses recherches sont menées sur le sujet de par le monde et plusieurs initiatives internationales ont vu le jour au cours des dernières années,⁷ reconnaissant qu'il s'agit d'une condition nécessaire pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). L'Organisation Mondiale de la Santé a d'ailleurs dédié son *Rapport sur la santé dans le monde 2006* à la question des ressources humaines, vu qu'il s'agit d'un des plus grands défis des secteurs de la Santé à l'échelle de la planète.

Le Développement des Ressources Humaines est depuis longtemps identifié comme une priorité du Ministère de la Santé. L'actuel Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) (1998-2007) donne les orientations suivantes en matière de développement des Ressources Humaines : la recherche d'une meilleure adéquation entre formation et emploi ; la spécialisation des agents ; l'amélioration des conditions de travail et de motivation des agents de la santé. Un volet du Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) est d'ailleurs consacré à cette question.⁸

Mais cette question est également un des défis à relever les plus complexes du secteur, vu les nombreuses contraintes qui se posent en la matière. Le défi d'améliorer la gestion des ressources humaines dépasse d'ailleurs la seule compétence du Département de la Santé et concerne donc l'entièreté de la fonction publique malienne. L'engagement du Gouvernement en ce sens se traduit, notamment, à travers le Programme de Développement Institutionnel (PDI) et la création d'un Commissariat au Développement Institutionnel (CDI) au niveau du Ministère du Travail, de la Fonction Publique et de la Réforme de l'Etat. Ce dernier a commandité plusieurs études visant à analyser la situation et à proposer des pistes de réformes. Les résultats de ces études ont été pris en compte pour l'élaboration de la présente Politique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé (PDRHS) afin de garantir la cohérence de la politique du gouvernement malien. Notamment, l'*Audit de la Fonction Ressources Humaines au sein de l'Administration publique* (MFPRERI/CDI, janvier 2006) pointe de nombreux problèmes rencontrés dans l'ensemble de la fonction publique malienne.

⁷ Par exemple au niveau de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de l'Organisation Ouest-Africaine de la Santé (OOAS) et de l'Alliance Mondiale pour les Personnels de Santé (AMPS).

⁸ Le volet 4 « Développement des ressources humaines » du PRODESS I et le volet 2 « Amélioration de la disponibilité des ressources humaines qualifiées » du PRODESS II.

Ainsi, les résultats de *l'Audit du climat social au sein de l'administration publique* mené dans l'étude du CDI (janvier 2006) montrent que globalement, 60% des fonctionnaires interrogés affirment ne pas être motivés pour leur travail. Parmi les principales raisons avancées par les fonctionnaires quant à leur démotivation, l'insatisfaction des rémunérations est de loin la plus fréquente ; suivent ensuite l'insuffisance des moyens de travail, l'absence de considération et la mauvaise répartition du travail. Environ 60% des enquêtés se disent toutefois satisfaits de la qualité et de la richesse de leur travail. Par contre, les conditions de travail sont décriées par une majorité des fonctionnaires enquêtés. La satisfaction quant aux performances des gestionnaires du personnel est perçue différemment ; l'absence de plan de carrière est la raison d'insatisfaction la plus fréquemment avancée, suivie par la mauvaise planification des congés engendrant un usage excessif des compétences, les lenteurs d'exécution des tâches et la gestion non rationnelle du personnel. Pour ce qui concerne les domaines de la GRH, la majorité des enquêtés n'est pas satisfaite des procédures de recrutement de la fonction publique, ni des formations initiales et continues.

Les avis divergent sur le système d'évaluation du personnel et sur celui de mobilité interne et développement des carrières. La majeure partie des fonctionnaires enquêtés n'est pas satisfaite de la façon dont l'avancement s'opère ni du système de promotion, vu le caractère subjectif du système de notation. Le système de rémunération est le domaine où les fonctionnaires sont le plus unanimement insatisfaits. Globalement, les priorités énoncées pour la réforme de la GRH concernent avant tout l'amélioration des rémunérations, le renforcement de la formation continue, l'amélioration des conditions de travail et l'amélioration de la gestion des carrières.

La synthèse des atouts et des principaux problèmes du système actuel de gestion des ressources humaines pour la santé au Mali fait ressortir :

a) Les atouts du système actuel de gestion des ressources humaines

- De nombreux professionnels de santé sont formés dans les écoles publiques et privées de formation en santé ;
- Les communautés et collectivités décentralisées assurent la prise en charge de certaines catégories de personnel ;
- Les ordres professionnels sont là pour veiller et contribuer à la réglementation et au respect de la déontologie de l'exercice des fonctions médicales et paramédicales ;
- Les textes législatifs et réglementaires prévoient une gamme de motivation pour le personnel de santé ;
- Le salaire est maintenu pendant toute la durée des stages de formation à l'étranger ;
- Les concours annuels sont organisés pour le recrutement du personnel de santé.

b) Les principaux problèmes et contraintes liés au développement harmonieux des ressources humaines

Les problèmes prioritaires ci-après ont été identifiés suite à l'analyse de la situation :⁹

⁹ Ces problèmes ont pour la plupart déjà été identifiés dans les évaluations successives du PRODESS ; ils sont d'ailleurs, à bien des égards, similaires à ceux de nombreux autres pays africains (voir par exemple Ferrinho et Dal Poz (2003), OMS (2006)).

(i). L'insuffisance des ressources humaines ayant les qualifications requises :

Le personnel technique (médical et paramédical) est insuffisant en quantité et en qualité dans la plupart des niveaux du système de santé, ce qui affecte la disponibilité et la qualité des prestations offertes. En effet, le déficit de médecins est accentué dans la zone 1 de pauvreté (Koulikoro, Mopti). Quant aux sages femmes, leur déficit est important dans toutes les régions (zones 1 et 2 de pauvreté) excepté le district de Bamako (zone 3).

Les EPH et CSREF n'assurent pas toujours efficacement leurs missions à cause de l'insuffisance des spécialistes. L'insuffisance quantitative est liée à plusieurs causes dont l'application des mesures d'ajustement structurel, la non disponibilité de certaines compétences sur le marché de l'emploi et la réticence du personnel à travailler dans les zones difficiles et dans le secteur communautaire. L'insuffisance qualitative s'explique en partie par l'insuffisance d'encadrement au niveau des établissements d'enseignement public et privé, le recrutement tous azimuts au niveau des écoles privées, la non adaptation des curricula aux besoins de l'emploi et l'insuffisance de la planification des besoins de spécialisation du personnel.

(ii). La mauvaise répartition des professionnels de santé entre les différentes zones géographiques du pays, au détriment des zones pauvres et éloignées de la capitale :

Il existe toujours une forte disparité entre Bamako, la capitale, et les régions éloignées de la capitale ; le Tableau 5 en Annexe nous informe ainsi que début 2007, seulement 31% des médecins et pharmaciens spécialistes (141/448), 64% des médecins et pharmaciens généralistes (377/586) et 53% des techniciens supérieurs de santé (683/1285) travaillaient en-dehors de la capitale. De même, plus de 50% des établissements privés de santé sont implantés à Bamako. Les conséquences de cette situation sur le fonctionnement du système de soins sont préoccupantes : de façon générale, on peut constater que dans les régions les plus défavorisées, de nombreux CSCOM n'ont ni médecin, ni infirmier et ne sont donc encore tenus que par des auxiliaires de santé (25,5% dans la région de Tombouctou et 16,15% dans la région de Kayes – voir le Tableau 8 en Annexe) ; en outre, certains hôpitaux ne disposent pas encore de tous les spécialistes nécessaires pour assurer l'offre de soins et services de qualité.

(iii). La gestion des ressources humaines est marquée par l'inadaptation du cadre institutionnel avec pour conséquences :

Jusqu'à la création de la Direction des ressources humaines par Ordonnance N°09- 009 /P-RM du 04 Mars 2009, la gestion des ressources est restée marquée par :

- L'insuffisance dans la coordination de la gestion des ressources humaines ;
- La trop forte centralisation des actes de gestion du personnel ;¹⁰
- La déperdition de l'information sur la gestion des ressources humaines ;
- L'inégalité dans la répartition géographique du personnel ;
- La planification non rationnelle des besoins de formation ;
- Les difficultés de suivi de la carrière des agents ;

¹⁰ En fait, les dispositions de la loi 94-009 relatives à la nomination des chefs de services subrégionaux et des chefs de division au même niveau (article 27) ne sont pas systématiquement mises en application.

- La non effectivité du transfert des compétences et des ressources de l'Etat aux collectivités dans le domaine de la santé, notamment en matière de gestion des ressources humaines.

(iv). Une gestion inappropriée des responsabilités et des carrières :

L'absence de description de postes et de plan de carrière des agents, l'obsolescence de certains cadres organiques et la non application des cadres organiques sont des déterminants de la mauvaise gestion des ressources humaines. Ceci s'ajoute à la réticence de certaines catégories de personnel à servir en milieu rural après leur formation alors que le besoin en personnel y est plus criant.

(v). L'insuffisance de motivation du personnel :

L'insuffisance de mesures incitatives pour le personnel (salaires et moyens de travail) a favorisé un double exercice des professions sanitaires de plus en plus prononcé des praticiens du secteur public au profit du secteur privé. De ce fait, l'exécution des tâches est parfois assurée par des agents n'ayant pas les qualifications requises. Les conséquences de cette situation sur le fonctionnement des services publics de santé sont particulièrement lourdes.

(vi) La méconnaissance des structures et prestataires de soins privés :

Le Ministère de la Santé dispose de peu d'informations sur les effectifs et les compétences des ressources humaines du secteur privé.

(vii). L'insuffisance de la qualité des formations du personnel :

Pour ce qui concerne la formation initiale, l'absence de textes réglementaires spécifiques aux écoles de formation en santé, l'insuffisance d'outils pédagogiques, l'inadéquation des programmes de formation aux besoins de l'emploi, l'insuffisance de formation des encadreurs et la pléthore de stagiaires dans les services affectent la qualité de la formation des médecins et des paramédicaux.

Pour ce qui concerne les formations continues, la stratégie nationale de formation continue du personnel socio sanitaire élaborée en octobre 1999 a rencontré des difficultés dans sa mise en œuvre à cause de l'instabilité du personnel formé et de l'insuffisance de financement. Dans la pratique, les formations continues réalisées dans le cadre de la mise en œuvre des programmes spécifiques de santé ne correspondent souvent pas à des besoins identifiés et ne font pas partie d'un plan cohérent de formation.

Bien que le Ministère de la Santé réitère depuis longtemps son engagement à améliorer la gestion des ressources humaines pour la santé, **il faut rappeler que** jusqu'à la création récente de la Direction des Ressources Humaines, l'environnement institutionnel n'était pas optimal, **du fait de** l'éclatement des fonctions de GRH entre plusieurs structures : la Direction Administrative et Financière (DAF), la Cellule de Planification et de Statistique (CPS) et la Direction Nationale de la Santé (DNS) du Ministère de la Santé (MS), de même que la

Direction Nationale de la Fonction Publique et du Personnel (DNFPP) du Ministère du Travail, de la Fonction Publique et de la Réforme de l'Etat. Malgré cet éclatement, Cette volonté politique du MS de mieux gérer les ressources humaines pour la santé a été marquée entre autres par la création en 1999 de la Mission d'Appui au Développement des Ressources Humaines (dissoute fin 2002) et celle en décembre 2005 de la Commission de Développement des Ressources Humaines, dont le secrétariat était assuré par la Cellule de Développement des Ressources Humaines (CDRH). Ces différentes initiatives ont permis d'élaborer de nombreux documents d'analyse et de politique.¹¹ La création de la DRH le 04 Mars 2009 concrétise la volonté du Gouvernement de donner plus de cohérence et d'augmenter les performances de la gestion des ressources pour la santé au sein du Ministère de la Santé.

III. ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE

La présente politique de développement des ressources humaines donne la priorité :

- à l'organisation du dispositif institutionnel de la gestion des ressources humaines pour la santé ;
- à la répartition équitable des ressources humaines sur l'ensemble du pays en mettant l'accent sur les zones de pauvreté et les zones difficiles ;
- à la mise en place d'un mécanisme d'incitation du personnel sanitaire technique à aller travailler dans les zones de pauvreté et les zones difficiles ;
- à la gestion efficace de la carrière du personnel sanitaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Ainsi, le système de santé malien sera doté de moyens humains à la hauteur de son ambition politique en matière de santé.

IV. OBJECTIFS DE LA POLITIQUE

4.1. OBJECTIFS GENERAUX

Les objectifs généraux assignés à la politique de développement des ressources pour la santé se concentrent à:

- rendre disponible les ressources compétentes et de qualité à tous les niveaux du système de santé en vue de l'offre de soins de qualité aux populations surtout dans les zones pauvres et difficiles;

¹¹ Notamment une étude sur la *Motivation salariale pour renforcer la stabilité d'au moins un personnel technique dans les CSCOM* (document présenté au cours du CT de mars 2003) ; l'ébauche de documents de *Politique sectorielle de développement des ressources humaines de la Santé* (juin 2006) ; la révision du *Plan de formation 2007-2011* (janvier 2007), du *Projet de plan de carrière des fonctionnaires du cadre de la Santé* (juin 2006) et du *Plan de motivation du personnel du Ministère de la Santé* (juin 2006) ; un recensement de la situation des CSCOM et de leur personnel dans le cadre d'une *Etude sur les coûts induits par l'application de la convention collective des centres de santé communautaires (CSCOM)* (MS/CPS et bureau d'études CADIS) ; etc.

- promouvoir l'épanouissement et le rayonnement des ressources humaines pour la santé en vue d'obtenir un bon rendement, une meilleure productivité et une meilleure qualité du travail dans l'accomplissement des missions qui leur sont assignées pour l'amélioration de l'état de santé des populations.

4.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

La présente Politique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé poursuit les objectifs spécifiques suivants :

- 1) Mettre en place un dispositif institutionnel qui permette d'assurer la fonction de développement des ressources humaines de façon rationnelle et performante.
- 2) Renforcer la capacité de production de l'ensemble des écoles de formation sanitaire (publiques et privées) pour la couverture des besoins du système de santé, avec un accent particulier pour les zones de pauvreté.
- 3) Renforcer la qualité de la formation des apprenants et des agents sanitaires au sein des établissements de formation et d'encadrement, de même que sur le lieu de travail.
- 4) Rendre disponible le personnel de santé en qualité et en nombre suffisant au sein des établissements sanitaires à tous les niveaux du système de santé.
- 5) Assurer un développement harmonieux du personnel tout au long de sa carrière, tout en remplissant les besoins du système de santé (meilleure allocation des ressources humaines).
- 6) Développer un système cohérent de motivation des ressources humaines pour la santé qui recoure de manière équilibrée à des outils incitatifs à la fois financiers et non financiers.

Ces objectifs sont intimement liés aux cinq fonctions de la gestion des ressources humaines qui sont développées dans ce document de politique.

V. STRATEGIES DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE

5.1. L'ORGANISATION DE LA FONCTION DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE

Cette stratégie est relative à la réalisation de l'objectif **spécifique** 1 à savoir : la mise en place d'un dispositif institutionnel qui permette d'assurer la fonction de développement des ressources humaines de façon rationnelle et performante.

Pour assurer la réalisation de cet objectif, des textes législatifs et réglementaires seront élaborés en vue de rendre opérationnelles les structures et organisations en charge de la gestion des ressources humaines pour la santé. A cet effet, il conviendra :

(i) de renforcer la Direction des Ressources Humaines qui vient d'être créée au sein du Ministère de la Santé, qui aura pour fonction la mise en œuvre, le suivi-évaluation et la coordination de la Politique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé, du

Plan Stratégique et des plans d'action. Cette nouvelle Direction devra bénéficier de ressources financières et matérielles substantielles et de ressources humaines compétentes, lui permettant de jouer pleinement son rôle

(ii) de mettre en place un Observatoire National des Ressources Humaines pour la Santé, qui va jouer le rôle de baromètre dans la mise en œuvre de la politique ; à cet égard, il sera chargé de :

- renforcer les capacités nationales dans le domaine de l'évaluation et du suivi de la situation et des tendances des ressources humaines pour la santé ;
- fournir des informations et bases factuelles pour l'élaboration des politiques, stratégies et plans de développement des ressources pour la santé ;
- servir de forum pour le partenariat, le partage des expériences et le plaidoyer en faveur du développement des ressources humaines pour la santé ;
- faciliter l'utilisation des données des ressources humaines pour la santé dans l'élaboration et la planification des politiques et dans la prise de décision reposant sur des bases factuelles, tous les niveaux du système de santé ;

(iii) de renforcer les compétences des acteurs de la décentralisation à tous les niveaux : application du décret 02-314 du 04 juin 2002 fixant le détail des compétences transférées de l'Etat aux collectivités territoriales en matière de santé notamment le recrutement des ressources humaines.

5.2. LE RENFORCEMENT DES CAPACITES DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE (FORMATIONS INITIALE ET CONTINUE)

Cette stratégie vise l'atteinte de l'objectif 2 (Renforcer la capacité de production de l'ensemble des écoles paramédicales de formation (publiques et privées) pour la couverture des besoins du système de santé, avec un accent particulier pour les zones de pauvreté) et de l'objectif 3 (Renforcer la qualité de la formation des apprenants et des agents sanitaires au sein des établissements de formation et d'encadrement, de même que sur le lieu de travail).

Afin d'atteindre ces objectifs, la fonction formation devra être revue par le Ministère de la Santé en concertation avec les structures impliquées dans la formation (FMPOS, INFSS, EPH) et ses principaux partenaires.

Dans le cadre de la collaboration intersectorielle, le Ministère de la Santé développera les principales orientations stratégiques en synergie avec les départements concernés en vue de disposer des ressources humaines de qualité adaptés au besoin du système de santé. Il s'agira essentiellement de :

- Renforcer la formation initiale et les capacités de production des établissements publics et privés

A cette fin, il sera procédé à la révision des cursus de formations en adoptant l'approche curriculaire par compétence et à l'adaptation des objectifs de la formation à l'énoncé des fonctions, rôles et tâches du personnel de santé. Les écoles devront adapter leurs infrastructures aux besoins, renforcer le matériel didactique et veiller à augmenter les effectifs

de formateurs, les motiver et assurer leur recyclage continu. Enfin, le lien entre les formations théorique et pratique devra être amélioré.

- Renforcer la formation continue et les spécialisations

La stratégie nationale de formation continue sera revue et adaptée aux nouveaux besoins. Ceci passera par l'institution d'un système fonctionnel de planification, de coordination, d'évaluation des activités de développement des ressources humaines, et débouchera sur la mise à jour du plan de formation. Lorsque des besoins se feront sentir, le Ministère de la Santé pourra également s'assurer de la mise à niveau des prestataires privés qui seraient chargés de délivrer des services publics.

De nombreuses études montrent que les formations formelles, isolées et hors du lieu de travail n'ont que peu de résultats sur le changement de comportements du personnel sanitaire. Par contre, les formations sur le lieu de travail ont beaucoup plus de chances d'améliorer les comportements et de renforcer réellement les capacités des agents (voir le *Rapport sur la santé dans le monde 2006* de l'OMS). Dans cette veine, le Ministère de la Santé prend l'orientation de développer davantage les formations sur le lieu de travail, en les couplant avec les supervisions intégrées.

Pour renforcer davantage la qualité des prestations offertes aux populations, il sera envisagé la spécialisation des cadres médicaux et paramédicaux dans certains domaines spécifiques de la santé, tout en tenant compte du niveau du plateau technique des établissements sanitaires. Cette formation concernera aussi bien le secteur public que le secteur privé.

La spécialisation permet de créer de la valeur ajoutée et réduit le coût de certaines prestations qui sont jusque là offertes à l'extérieur. La spécialisation des paramédicaux se fera au Mali à l'Institut National de Formation en Sciences de la Santé par le renforcement des capacités de recrutement et d'encadrement, ou encore à l'étranger. Quant à la spécialisation des médecins, pharmaciens, biologistes, odontostomatologues et autres cadres médicaux, elle se fera au Mali par l'ouverture à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de diplômes d'études spécialisées (D.E.S) non encore disponibles, ou encore à l'étranger. Aussi, les D.E.S existant seront renforcés dans le domaine des capacités de recrutement, d'encadrement et de coordination.

- Améliorer l'organisation des stages (urbains et ruraux)

L'amélioration de l'organisation des stages nécessite un renforcement des liens entre les formateurs des écoles et les encadreurs des stages, par exemple en impliquant les agents chargés des stages aux programmes de révision des curricula ainsi qu'à l'élaboration des programmes de stages. Des conventions entre les écoles de formations et les hôpitaux pour les stages des élèves et étudiants devront également être signées.

Les écoles de formations en sciences de la santé devront élaborer des plans de stages (urbains et ruraux) avec des objectifs pertinents et précis, basés sur des guides de suivi qualifiant les compétences techniques des élèves et étudiants en fonction des modules enseignés, des années d'études, des filières et des écoles. Les périodes et durées de stages devront être révisées en conformité avec les tables spécifiant l'horaire des enseignements.

- Renforcer le suivi et l'évaluation de la formation

Le Ministère de la Santé analysera les modalités de création d'un système d'inspection technique des enseignements professionnels dans les écoles (à l'image de ceux de l'Education nationale). Ces inspecteurs sanitaires superviseront et évalueront le travail des enseignants chargés de l'enseignement professionnel dans les écoles.

Les écoles, quant à elles, développeront les outils nécessaires au suivi et à l'évaluation de leurs formations (grilles de suivi et d'évaluation des connaissances, des compétences et des comportements souhaités chez les élèves ; grilles d'évaluation des enseignants et encadreurs de stages ; indicateurs pour mesurer les progrès et les résultats réalisés par les étudiants durant l'année académique ; procédures pour prendre les décisions afin d'apporter des corrections nécessaires sur la base des résultats obtenus).

- Encourager la recherche

Les différentes structures du système de santé sont encouragées à mener des recherches à tous niveaux : recherche scientifique, recherche opérationnelle et recherche sur les ressources humaines. Les priorités de recherche porteront sur : (i) la qualité des formations et des soins ; (ii) l'adéquation entre la demande et l'offre par rapport aux besoins de santé ; (iii) le traitement des déficits et des déséquilibres (fonctionnels et géographiques) ; (iv) les stratégies de motivation du personnel ; (v) le niveau de satisfaction des bénéficiaires ; (vi) le suivi du marché du travail ; etc.

5.3. LA GESTION DES RECRUTEMENTS ET DES AFFECTATIONS

Cette stratégie permettra d'atteindre l'objectif **spécifique 4** (Rendre disponible le personnel de santé en qualité et en nombre suffisant au sein des établissements sanitaires à tous les niveaux du système de santé).

Afin de permettre à chaque établissement de soins de disposer du personnel en quantité et en qualité suffisantes, le personnel de santé sera recruté et affecté en fonction des besoins réels définis dans les cadres organiques. Le personnel peut être recruté aussi bien par l'Etat que par les collectivités territoriales, les communautés ou le secteur privé. Les cadres organiques seront accompagnés de la description des postes et des compétences. La révision des cadres organiques se fera de façon périodique et elle tiendra compte de la croissance de la structure et de l'évolution du plateau technique.

Afin de juguler la disparité entre les zones géographiques en termes de personnel, des plans de mobilité et d'incitation seront développés et mis en œuvre, conformément aux orientations données par le CDI. L'accent sera mis sur la disponibilité du personnel sanitaire technique qualifié dans les zones de pauvreté et les zones difficiles de manière à garantir l'offre de soins de qualité dans les dites zones.

De même, l'inventaire des effectifs et des emplois se fera de façon systématique à travers le système d'information et de gestion des RH mis en place. Sur cette base, sera mis à jour et appliqué un plan de recrutement avec une programmation annuelle en fonction des crédits alloués. Un dialogue devra être mené avec le Ministère de l'Economie et des Finances et les

partenaires afin d'augmenter les crédits alloués au Ministère de la Santé pour les recrutements.

Tout ce dispositif sera renforcé par l'élaboration d'un code de la santé réglementant les recrutements et les affectations. Les commissions de mutation seront régulièrement tenues et le respect des affectations sera surveillé par les autorités décentralisées. Lorsque cela s'avèrera nécessaire, les ressources humaines du secteur privé seront exploitées pour améliorer l'offre de services publics.

5.4. LA GESTION DES CARRIERES

La stratégie vise à atteindre l'objectif **spécifique 5** (Assurer un développement harmonieux du personnel tout au long de sa carrière, tout en remplissant les besoins du système de santé **par une** « meilleure allocation des ressources humaines »).

L'amélioration de la gestion de la progression dans la carrière sera réalisée en développant et en suivant l'application d'un plan de carrière, ceci afin de mieux répartir les ressources humaines et de les motiver, en particulier pour exercer dans les zones défavorisées.

Une étape importante sera de rendre disponibles une liste de postes génériques des services du Ministère de la Santé, une fiche individuelle décrivant chacun des postes génériques et la classification des postes à partir de leur description. Ces documents doivent servir de base pour la mise à jour et le suivi du plan de carrière, qui sera basé sur des critères d'occupation de chacun des postes administratifs du Département. Pour ce faire, il sera tenu compte :

- des exigences exprimées notamment par la complexité des tâches à accomplir, le volume des tâches et la classification du poste dans la hiérarchie des emplois ;
- de la compétence exigée du postulant ;
- des aptitudes physiques et psychiques du postulant ;
- des conditions particulières du poste.

Des critères fixés par les dispositions réglementaires viendront lier l'occupation des postes administratifs aux conditions requises identifiées.

Le plan de carrière sera utilisé en cohérence avec le plan de motivation des ressources humaines pour encourager le personnel de santé à travailler particulièrement dans les zones défavorisées.

5.5. LA MOTIVATION DES RESSOURCES HUMAINES

La motivation des ressources humaines sera basée essentiellement sur deux grandes logiques :

- Une logique d'incitation à amener le personnel dans les zones difficiles et très difficiles et de les maintenir pour assurer une stabilité optimale.
- Une logique de performance du personnel en vue améliorer significativement les résultats

Dans cette perspective des approches et instruments seront développées sur la base des expériences locales et internationales adaptés à notre contexte (financement basé sur les résultats, contrats de performances entre autres)

Cette stratégie vise l'atteinte de l'objectif **spécifique** 6 (Développer un système cohérent de motivation des ressources humaines pour la santé qui recoure de manière équilibrée à des outils incitatifs à la fois financiers et non financiers).

Pour assurer la réalisation de cette orientation stratégique, des ressources humaines et financières seront dédiées au développement, à la mise en œuvre et au suivi du système de motivation. Des projets pilotes ou recherche-action visant à analyser l'efficacité de mesures incitatives proposées pourront être menés avant d'envisager leur généralisation. Le système de motivation sera décrit dans un plan de motivation qui sera régulièrement mis à jour. Les orientations du Ministère de la Santé sont telles que ce système valorisera en particulier les fonctions cliniques et le travail dans les zones défavorisées, et recourra de manière équilibrée aux différentes sources de motivation du personnel sanitaire.

Il comprendra donc :

Des incitations financières

Une augmentation contenue des salaires est à envisager et elle sera en contrepartie accompagnée d'exigences accrues en termes de résultats. Les modalités de l'augmentation des salaires devront faire l'objet d'un dialogue avec le Ministère des Finances, le Ministère du Travail, de la Fonction Publique et de la Réforme de l'Etat, ainsi qu'avec les partenaires techniques et financiers.

Le besoin d'incitation pour travailler dans les zones de pauvreté, enclavées ou difficiles sera, quant à lui, comblé par des primes de zones conséquentes.

D'autres incitations matérielles

De manière générale, le Ministère de la Santé veillera à améliorer les conditions de travail de son personnel. En outre, une série d'avantages matériels s'ajouteront à la rémunération pour motiver le personnel, en particulier pour travailler dans des zones enclavées ou difficiles.

Des incitants visant à mobiliser la motivation non matérielle

Différents outils seront utilisés pour mobiliser les sources de motivation non matérielles des travailleurs (motivations intrinsèque, sociale et morale). En particulier, le Ministère de la Santé a les ambitions suivantes :

- Encourager les échanges entre pairs afin de permettre aux personnels de s'auto-évaluer et d'échanger les bonnes pratiques ;
- Favoriser le dialogue et la rétro-information entre tous les échelons de la pyramide sanitaire ;
- Permettre au personnel de participer et de s'impliquer davantage dans la réflexion stratégique, notamment en menant des expériences pilotes et en partageant les fruits des expériences et recherches-actions menées ;
- Récompenser les bonnes pratiques collectives et le mérite individuel ;
- Renforcer la déontologie et le transfert des valeurs des professions médicales lors de la formation et des stages ;
- Favoriser les échanges avec les bénéficiaires concernant la qualité des services rendus ;
- Développer une « culture d'entreprise » et des normes de qualité au sein du MS et de chaque DRS ;

Une supervision renforcée, orientée vers la formation et l'information

Renforcer et améliorer la qualité de la supervision et de l'évaluation du personnel sanitaire est un élément essentiel d'un système cohérent d'incitation. La supervision intégrée par les équipes régionales sera renforcée, en s'assurant qu'elle se concentre sur l'amélioration de la qualité des services et qu'elle soit orientée vers la formation et l'information.

Le cas échéant, une grille de sanctions sera également revue et respectée.

VI. ACTIONS

Dans le souci d'une cohérence d'ensemble les actions clés ont été déclinés. Cependant le Ministère Santé se chargera de celles relevant de ses compétences et développera les synergies avec les autres départements sectoriels pour les questions dont ils ont mandat. Le développement des actions est fondé sur la logique de la gestion axée sur les résultats. Ainsi au terme de la mise en œuvre de la politique de développement des ressources humaines pour la santé, les principaux résultats attendus seront atteints à travers les actions prioritaires suivantes:

Au plan institutionnel

- L'élaboration et l'adoption des textes législatifs et réglementaires ;
- La réorganisation du cadre institutionnel de création et de fonctionnement des écoles de formation paramédicale ;

Au plan organisationnel

- La construction ou l'attribution des bâtiments de la DRH et de l'Observatoire des Ressources Humaines ;
- L'équipement de la DRH et de l'Observatoire ;
- La dotation en personnel de la DRH et de l'Observatoire conformément au cadre organique ;
- La formation des élus locaux en matière de gestion des ressources humaines telle que définie dans la Politique et le Plan Stratégique National ;
- L'effectivité du recrutement du personnel par les collectivités territoriales ;
- Formation des responsables des différentes structures en gestion des RH
- Adoption des statuts des fonctionnaires et Conventionnaires de santé des collectivités
- La mise en place d'un dispositif de suivi de la qualité de la formation dans les écoles de formation sanitaire ;
- La réglementation et la coordination des activités de formation des spécialistes dans les instituts universitaires de formation médicale ;
- La mise en place d'un cadre de partenariat et de collaboration national et international pour garantir la qualité de la formation des ressources humaines ;
- Diffusion des textes législatifs et réglementaires
- Suivi de l'application des textes

Au plan de renforcement des capacités des écoles de formation sanitaires

- La validation et la mise en œuvre du plan de formation ;
- La construction/réhabilitation des infrastructures des écoles de formation ;
- L'équipement des bibliothèques, des salles de travaux pratiques, des laboratoires ;
- Le recrutement du personnel enseignant et d'encadrement ;

- L'accréditation des sites de stages ;
- La formation des médecins généralistes, pharmaciens, biologistes, odontostomatologues, ingénieurs biomédicaux, ingénieurs sanitaires ;
- La formation des médecins, pharmaciens et biologistes spécialisés ;
- Le suivi et l'évaluation des diplômés d'études spéciales (DES).

Au plan amélioration de la qualité de la formation, des prestations et renforcement des compétences du personnel

- La disponibilité du personnel qualifié dans les établissements sanitaires ;
- La révision des normes et procédures de soins et la supervision de leur respect, visant l'amélioration de la qualité des soins et services de santé ;
- L'audit **des** décès;
- L'amélioration de la qualité de la formation initiale et continue ;
- Le perfectionnement en télé-enseignement ;
- La gestion et l'organisation des compétences ;
- La spécialisation du personnel ;
- Le développement de l'assurance qualité au niveau des établissements sanitaires
- Le suivi du respect de l'éthique et de la déontologie professionnelle
- L'auto-évaluation de chaque structure par ses propres ressources humaines ;
- Le suivi et l'évaluation du personnel dans les établissements sanitaires ;
- La recherche sur le système d'offre de soins dans les établissements sanitaires.

Au plan disponibilité du personnel de qualité à tous les niveaux du système de santé

- L'analyse situationnelle ;
- La mise en place du système d'information des ressources humaines pour la santé ;
- Les recrutements et les affectations.

Au plan développement de la carrière du personnel du secteur de la santé

- La validation d'un plan de carrière pour le personnel du secteur de la santé ;
- La mise en œuvre effective du plan de carrière ;
- Le suivi de l'application du plan de carrière ;
- L'évaluation de l'application du plan de carrière.

Au plan motivation du personnel du personnel du secteur de la santé

- La récompense du mérite ;
- L'octroi de primes ;
- **L'augmentation contenue des salaires ;**
- L'attribution de bourses d'étude de perfectionnement ;
- L'amélioration des conditions de travail ;
- La supervision intégrée basée sur l'amélioration de la qualité des soins ;
- Le développement et l'utilisation d'une grille de sanction.

VII. MOYENS DE MISE EN ŒUVRE

Le financement du Plan Stratégique National instrument de mise en œuvre de la politique de développement des ressources humaines pour la santé va requérir la mobilisation de ressources financières conséquentes pour l'atteinte des résultats. A cet égard, l'Etat, les

Collectivités Territoriales et les Partenaires Techniques et Financiers du Ministère de la Santé, conformément au PRODESS, mobiliseront les ressources nécessaires à sa mise en œuvre.

Les autres départements ministériels et notamment le Ministère de l'Economie et des Finances, ceux chargés des Enseignements Secondaire, Supérieur et de la Recherche Scientifique, du Travail, de la Fonction Publique et de la Réforme de l'Etat, de l'Administration Territoriale et des Collectivités Locales, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle accompagneront le Département de la Santé tout le long du processus de mise en œuvre.

VIII. SUIVI ET EVALUATION

Cette politique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé, au cours de sa mise en œuvre à travers le plan stratégique, nécessitera un suivi périodique et une évaluation à mi-parcours et à la fin de son exécution. Cela permettra de mieux apprécier les résultats et de proposer les réorientations stratégiques pour l'atteinte des objectifs et la pérennité des actions posées. Ceci se fera à l'aide d'indicateurs pertinents relatifs au suivi, au pilotage continu et aux évaluations périodiques. Lesdits indicateurs sont contenus dans le tableau ci-dessous.

Effets	Extrants	Indicateurs	Type	Sources de collecte	Périodicité de mesure
1. <i>Le dispositif institutionnel permettant d'assurer la fonction de développement des ressources humaines de façon rationnelle et performante est fonctionnel</i>	1.1. Les textes législatifs et réglementaires sont adoptés et appliqués	Disponibilité des textes adoptés	Suivi et évaluation	Archives	Annuelle
		Disponibilité du cadre institutionnel des écoles réorganisé	Evaluation	Archives	2 fois sur la durée du Plan
		Nombre d'accords de partenariat et de collaborations signés et mis en œuvre pour garantir la qualité de la formation	Suivi et évaluation	Rapports d'activités / Protocole d'accord de partenariat	Annuelle
		Textes réglementant les diplômes d'études spéciales (DES) adoptés et disponibles	Suivi et évaluation	Archives	Annuelle
	1.2. La Direction des Ressources Humaines est fonctionnelle	Disponibilité d'un bâtiment pour la DRH	Suivi et évaluation	Archives / rapport d'activité DAF et CEPRIS	1 fois sur la durée du Plan
		Nombre d'équipements disponibles	Suivi et évaluation	Rapports d'activités / fichier de gestion du matériel	Annuelle
		Nombre de personnel disponible	Suivi	Rapports d'activités / Fichier du personnel	Annuelle
		Disponibilité d'une ligne budgétaire pour la direction des ressources humaines	Suivi	- Document du budget Rapports d'activités ; Cadre organique	Annuelle
	1.3. L'Observatoire des Ressources Humaines est fonctionnel	Affectation d'un bâtiment à l'Observatoire	Suivi et évaluation	Archives / rapport d'activité (DAF/CEPRIS)	1 fois sur la durée du Plan
		Nombre d'équipements disponibles	Suivi et évaluation	Rapports d'activités / fichier de gestion du matériel	Annuelle

Effets	Extrants	Indicateurs	Type	Sources de collecte	Périodicité de mesure
		Nombre de personnel disponible	Suivi	Rapports d'activités/ fichier du personnel	Annuelle
		Disponibilité d'une ligne budgétaire pour l'observatoire des RH	Suivi	Rapports d'activités Document du budget	Annuelle
	1.4. Le transfert des compétences de l'Etat aux collectivités territoriales en matière de gestion des ressources humaines est effectif	Nombre d'élus formés à la gestion des ressources humaines pour la santé	Suivi	Rapports de formation	Annuelle
		Ressources financières transférées par l'Etat aux collectivités	Suivi et évaluation	Rapports d'activités	Annuelle
		Nombre de personnels recrutés par les collectivités territoriales	Suivi et évaluation	Rapports d'activités	Annuelle
<i>2. La capacité de production de l'ensemble des écoles de formation sanitaire et paramédicale (publiques et privées) pour la couverture des besoins du système de santé, avec un accent particulier pour les zones de pauvreté, est renforcée</i>	2.1. Le plan de formation est appliqué	Disponibilité du document de plan de formation	Suivi et évaluation	Archives	1 fois sur la durée du Plan
		Nombre de personnel formé conformément au plan de formation	Suivi	Archives / rapport d'activité	Annuelle
		Nombre de suivis du plan de formation réalisés	Suivi	Rapports de suivi / rapport d'activité	Annuelle
		Nombre d'évaluations du plan de formation réalisées	Evaluation	Rapports d'évaluation	2 fois sur la durée du Plan
	2.2. Les capacités des écoles de formation paramédicale (publiques et privées) sont augmentées	Nombre d'écoles de formation paramédicale construites / réhabilitées et répondant aux normes de création et de fonctionnement (laboratoire, bibliothèque, salle de démonstration et de classe, ...)	Suivi et évaluation	Rapports d'activités	Annuelle

Effets	Extrants	Indicateurs	Type	Sources de collecte	Périodicité de mesure
		Nombre de salles de travaux pratiques, de laboratoires et de bibliothèques équipés dans les écoles publiques	Suivi	Rapports d'activités	1 fois sur la durée du Plan
		Nombre de personnel enseignant qualifié recruté par école	Suivi	Archives/ fichier du personnel	Annuelle
		Nombre de personnel enseignant formé en pédagogie	Suivi	Rapports d'activités / rapport de formation	Annuelle
		Nombre de sites de stage accrédités	Suivi	Rapports de mission de prospection / Documents de convention de partenariat avec les écoles/ Rapport d'activité	1 fois par an
	2.3. Les écoles de formation paramédicale (publiques et privées) produisent des ressources humaines de qualité et en quantité suffisante	Nombre de ressources humaines paramédicales formées, par catégorie	Suivi et évaluation	Rapports d'activités	Annuelle
	2.4. Les instituts universitaires de formation médicale (publics et privés) produisent des ressources humaines qualifiées et spécialisées en quantité suffisante	Nombre de ressources humaines médicales formées, par catégorie (médecins généralistes, pharmaciens biologistes, odontostomatologues, ingénieurs biomédicaux, ingénieurs sanitaires)	Suivi et évaluation	Rapports d'activités	Annuelle
		Nombre de spécialistes formés, par catégorie (médecine, pharmacie, biologie, ...)	Suivi et évaluation	Rapports d'activités	Annuelle
		Nombre de suivis-évaluations réalisés auprès des instituts de formation médicale	Suivi et évaluation	Rapports d'activités	Annuelle

Effets	Extrants	Indicateurs	Type	Sources de collecte	Périodicité de mesure
<i>3. les apprenants et les agents sanitaires au sein des établissements de formation et d'encadrement, de même que sur le lieu de travail reçoivent une formation de qualité</i>	3.1. Les normes et procédures de soins sont adaptées aux besoins actuels du système de santé et leur respect est régulièrement supervisé par les équipes nationales et régionales	Disponibilité des documents des normes et procédures adaptées	Suivi	Archives	Annuelle
		Nombre de supervisions réalisées dans le cadre de l'application des normes et procédures au niveau des structures de soins	Suivi et évaluation	Rapports de supervision	Annuelle
	3.2. Les curricula des écoles de formation paramédicale sont adaptés aux besoins actuels du système de santé	Nombre de curricula révisés	Suivi et évaluation	Rapport d'activités	Annuelle
		3.3. Les écoles de formation paramédicale (publiques et privées) produisent des ressources humaines en quantité et leur qualité est supervisée et évaluée	Nombre de cadres formés	Evaluation	Rapport d'évaluation
	Nombre d'évaluations de la qualité de la formation réalisées		Evaluation	Rapport d'évaluation	Annuelle
	Nombre de supervisions réalisées		Supervision	Rapport de supervision	2 fois par an
	3.4. Les apprenants et les agents sanitaires au sein des établissements de formation et d'encadrement, de même que sur le lieu de travail, adoptent des aptitudes et attitudes favorables à l'offre de soins de qualité	Nombre d'apprenants et d'agents sanitaires qui adoptent des aptitudes et attitudes favorables à l'offre de soins de qualité	Evaluation	Rapport d'évaluation	Annuelle

Effets	Extrants	Indicateurs	Type	Sources de collecte	Périodicité de mesure
	3.5. Les structures de soins évaluent leurs résultats et réalisent des recherches- actions visant à améliorer leur performance	Nombre d'auto-évaluations réalisées et de protocoles de recherche-action mis en œuvre	Suivi et évaluation	Rapports d'activité / rapport de recherche	Annuelle
	3.6. La qualité de soins fait parti des critères de récompense	Nombre de structures récompensées	Suivi-évaluation	Rapports d'activités	Annuelle
4. <i>Les établissements sanitaires à tous les niveaux du système de santé disposent de personnel de qualité en nombre suffisant</i>	4.1. Les besoins en personnel de qualité à tous les niveaux du système de santé sont couverts, en particulier au niveau des zones de pauvreté	Nombre de personnels qualifiés par catégorie dans les structures	Suivi	Archives / fichier du personnel	Annuelle
		Ratio personnel de santé qualifié/population	Suivi-évaluation	- Rapports d'activité - Rapports d'évaluation	- Annuelle - 2 fois sur la durée du Plan
		Nombre de personnel qualifié affecté conformément aux besoins	Suivi	Rapports de supervision	Annuelle
		Nombre de personnel de santé qualifié dans le secteur privé	Suivi	Rapports de suivi	Annuelle
5. <i>Le personnel du secteur de la santé bénéficie d'un mécanisme administratif de progression régulière tout le long de sa vie professionnelle</i>	5.1. Le plan de carrière du personnel de santé est adopté et appliqué	Disponibilité du document de plan de carrière	Suivi et évaluation	Archives / documents de plan de carrière	Annuelle
		Proportion de personnel satisfait de l'application de leur plan de carrière	Evaluation	Rapports d'évaluation	2 fois sur la durée du Plan
		Nombre de missions de suivi réalisées	Suivi	Rapports de supervision	Annuelle
		Nombre de missions d'évaluation réalisées	Evaluation	Rapports d'évaluation	2 fois sur la durée du Plan

Effets	Extrants	Indicateurs	Type	Sources de collecte	Périodicité de mesure
<i>6. Le rendement et la qualité du travail du personnel du secteur de la santé sont augmentés grâce à un système adéquat de motivation</i>	6.1. Le plan de motivation est adopté et appliqué	Disponibilité du document de plan de motivation	Suivi et évaluation	Archives / Document du plan de motivation	1 fois sur la durée du Plan
		Proportion de personnel satisfait de l'application du plan de motivation	Evaluation	Rapports d'évaluation	2 fois sur la durée du Plan
		Nombre de missions de suivi réalisées	Suivi	Rapports de supervision	Annuelle
		Nombre de missions d'évaluation réalisées	Evaluation	Rapports d'évaluation	2 fois sur la durée du Plan

IX. CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

La Politique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé a l'ambition d'impulser une nouvelle dynamique au sein du Département de la Santé à travers une gestion des ressources humaines qui vise à la fois à l'utilisation rationnelle des ressources pour le plus grand bien du système de santé, ainsi qu'à l'épanouissement et au rayonnement du personnel. Elle entend également contribuer à l'amélioration de la qualité des soins offerts aux populations et *in fine*, à l'amélioration des résultats sanitaires.

Si l'élaboration, le pilotage et la mise en œuvre de cette Politique et du Plan Stratégique qui l'accompagne sont du ressort du Ministère de la Santé, il n'empêche que ce dernier aura besoin de l'appui de toutes les parties prenantes pour en développer tout le potentiel et en assurer le succès.

En particulier, le Ministère de la Santé recherchera la pleine collaboration des Ministères en charge des Finances, du Travail, de la Fonction Publique et de la Réforme de l'Etat, des Enseignements Secondaire, Supérieur et de la Recherche Scientifique, de l'Administration Territoriale et des Collectivités Locales, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle ainsi que de la société civile et des Partenaires Techniques et Financiers (PTF).

Pour ce qui concerne ces derniers, le *Rapport sur la santé dans le monde 2006* de l'OMS recommande aux PTF d'adopter une « approche 50 :50 » consistant à ce que 50% de l'aide extérieure soit dédiée au renforcement du système de santé, dont la moitié aux stratégies de développement des ressources humaines. Le Rapport poursuit en avançant que les plafonds salariaux ne doivent pas être la première contrainte à l'augmentation des effectifs de personnel sanitaire, et que tous les partenaires devraient évaluer leurs modalités de soutien afin d'abandonner les pratiques inefficaces et de s'aligner plus efficacement sur les stratégies du gouvernement. Le Gouvernement du Mali encourage ses partenaires à adopter une telle approche de soutien au développement des ressources humaines pour la santé. Plusieurs initiatives en ce sens devront être négociées avec les PTF d'après leurs contraintes et leurs intérêts respectifs, comme une assistance technique dans différents domaines, le cofinancement de recherches-actions et d'études spécifiques destinées à mieux asseoir la mise en œuvre de la Politique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé, le soutien de plusieurs éléments des plans de motivation et de formation (en particulier pour motiver et renforcer les capacités des cadres de haut niveau et le personnel soignant), ou encore l'alignement sur les systèmes de gestion maliens afin de limiter les effets pervers sur les capacités de l'administration malienne. Un cadre institutionnel sera d'ailleurs instauré pour coordonner la fourniture d'assistance technique en vue du renforcement des capacités nationales. A terme, le Gouvernement encourage ses partenaires à utiliser un mécanisme de mise en commun de leur assistance technique afin d'en augmenter la pertinence et l'efficacité.

Enfin, pour ce qui concerne sa mise en œuvre, la Politique est traduite en un Plan Stratégique National de Développement des Ressources Humaines pour la Santé ainsi que dans des plans opérationnels relatifs aux grands aspects de la gestion des ressources humaines : la formation, le recrutement, la motivation, la gestion de la carrière.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Balique, Hubert, et Youssouf A. Berthé, « Étude sur les Ressources humaines du Secteur de la Santé au Mali », *Rapport remis au Ministère de la Santé de la République du Mali et au Ministère des Affaires étrangères de la république française*, Bamako, octobre 2004.
- Ferrinho, Paulo, et Mário Dal Poz (Eds.), 2003, “Towards a Global Health Workforce Strategy”, *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 21 (ITG Press).
- Ministère de la Fonction Publique, de la Réforme de l’Etat et des Relations avec les Institutions (MFPRERI), Commissariat au Développement Institutionnel (CDI), *Audit de la Fonction Ressources Humaines au sein de l’Administration publique*, Rapport final, janvier 2006.
- Ministère de la Fonction Publique, de la Réforme de l’Etat et des Relations avec les Institutions (MFPRERI), Commissariat au Développement Institutionnel (CDI), *Mise en place d’un système d’incitation statutaire pour gérer la mobilité des fonctionnaires dans les zones difficiles*, Rapport final, septembre 2006.
- Ministère de la Santé (MS), *Motivation salariale pour renforcer la stabilité d’au moins un personnel technique dans les CSCOM* (document avec simulation primes pour travailler en zones rurales enclavées, présenté au cours du CT de mars 2003).
- Ministère de la Santé (MS), *Rapport d’activités 2005*.
- Ministère de la Santé (MS), *Rapport d’activités 2002-2005*.
- Ministère de la Santé (MS), *Mali : Enquête Démographique et de Santé (EDSM-IV) 2006*.
- Ministère de la Santé (MS), *Mali : Enquête Démographique et de Santé (EDSM-III) 2001*.
- Ministère de la Santé (MS), Secrétariat général (SG), *Programme de Développement Socio-Sanitaire II « Composante Santé » 2005-2009*, décembre 2004.
- Ministère de la Santé (MS), Secrétariat général (SG), *Les Comptes Nationaux de la Santé du Mali 1999-2004*, juillet 2006.
- Ministère de la Santé (MS), Secrétariat Général (SG), *Bulletin Officiel du Ministère de la Santé No. 2*, 2 mars 2007.
- Ministère de la Santé (MS), Secrétariat général (SG) / Cellule de Planification et de Statistique (CPS), *Rapport d’étude – Etude sur les coûts induits par l’application de la convention collective des centres de santé communautaires (CSCOM)*, Bamako, janvier 2006 (bureau d’études CADIS).
- Ministère de la Santé (MS), Cellule de Planification et de Statistique (CPS), *Annuaire statistique des hôpitaux 2006*.
- Ministère de la Santé (MS), Direction Nationale de la Santé (DNS), *Annuaire SLIS 2006*.
- Ministère de la Santé (MS), Direction Nationale de la Santé (DNS), *Présentation de la DNS au Comité Technique de mai 2007*.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *Travailler ensemble pour la Santé – Rapport sur la santé dans le monde 2006*, Genève : OMS.

- Paul, Elisabeth, et Marc Robinson, 2007, “Performance Budgeting, Motivation and Incentives”, in Marc Robinson (Ed.), *Performance Budgeting: Linking Funding and Results*, International Monetary Fund & Palgrave/McMillan, 552 p.
- Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), *Rapport sur le Développement Humain 2004*.
- République du Mali, *Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté 2002-2005* (29 mai 2002).
- République du Mali, *CSLP 2ème Génération 2007 – 2011. Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté* (28 novembre 2006).
- République du Mali, *Enquête Démographique et de Santé EDS.M-IV, Mali 2006* (Rapport préliminaire, avril 2007).
- SODETEG, *Etude sur la gestion du secteur de la santé – Volume 2 : Volet Ressources Humaines et Formation*, février 1994
- Carte hospitalière
- Fiches signalétiques des EPH
- Annuaires statistiques 2007 des EPH

ANNEXES

Tableau I : Situation des établissements publics et communautaires de soins par région (fin 2007)

Régions	Nombre et types d'Établissements publics et communautaires de soins fonctionnels			
	CSCOM	CSREF	Hôpital	Total
Kayes	141	7	1	149
Koulikoro	116	9	0	125
Sikasso	153	8	1	162
Ségou	145	8	1	154
Mopti	112	8	1	121
Tombouctou	51	5	1	57
Gao	49	4	1	54
Kidal	7	4	0	11
District Bamako	52	6	6	64
Total	826	59	12	897

Source : Annuaire SLIS 2007 ; Annuaire statistique des hôpitaux 2007

Tableau II : Ratios du personnel de santé avril 2008

Niveaux	Population Totale 2008	Type personnel	Effectif pers.	Ratio = 1 pour
Kayes	1 724 083	Médecin	91	18 946
		Sage-Femme	34	50 708
		Infirmier/Assistant Méd.	355	4 857
Koulikoro	2 019 727	Médecin	86	23 485
		Sage-Femme	52	38 841
		Infirmier/Assistant Méd.	346	5 837
Sikasso	2 352 057	Médecin	119	19 765
		Sage-Femme	38	61 896
		Infirmier/Assistant Méd.	554	4 246
Ségou	2 096 830	Médecin	111	18 890
		Sage-Femme	55	38 124
		Infirmier/Assistant Méd.	494	4 245
Mopti	1 688 507	Médecin	68	24 831
		Sage-Femme	33	51 167
		Infirmier/Assistant Méd.	271	6 231
Tombouctou	594 790	Médecin	27	22 029
		Sage-Femme	9	66 088
		Infirmier/Assistant Méd.	134	4 439
Gao	451 351	Médecin	29	15 564
		Sage-Femme	18	25 075
		Infirmier/Assistant Méd.	222	2 033
Kidal	53 329	Médecin	9	5 925
		Sage-Femme	2	26 665
		Infirmier/Assistant Méd.	48	1 111
District Bamako	1 642 365	Médecin	140	11 731
		Sage-Femme	275	5 972
		Infirmier/Assistant Méd.	509	3 227
Total région sans EPH	12 623 039	Médecin	680	18 563
		Sage-Femme	516	24 463
		Infirmier/Assistant Méd.	2933	4 304
TOTAL MALI	12 623 039	Médecin	1215	10 389
		Sage-Femme	584	21 615
		Infirmier/Assistant Méd.	3751	3 365

Tableau III : Situation des CSCOM créés par région selon les prévisions PDSC, Mali (1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2007)

Régions	Prévisions PDSC	Réalisation	Taux réalisation
Kayes	183	141	77%
Koulikoro	167	116	69%
Sikasso	186	153	82%
Ségou	167	145	87%
Mopti	128	112	88%
Tombouctou	77	51	66%
Gao	93	49	53%
Kidal	13	7	54%
Bamako	56	52	93%
TOTAL	1070	826	77%

On observe une augmentation progressive du nombre de CSCOM qui est passé de 785 en 2006 et à 826 en 2007, soit un taux de réalisation de 77% sur une prévision de 1070 CSCOM dans les PDSC. Ce taux de réalisation varie de 53% pour la région de Gao à 93% pour le District de Bamako.

Tableau IV : Evolution du nombre de CSCOM par Zone de pauvreté au Mali de 2003 à 2007

Régions	Niveau atteint en fin 2003	Niveau atteint En fin 2004	Niveau en fin 2005	Niveau atteint En 2006	Niveau atteint En 2007
Zone 1	443	459	498	502	526
Zone 2	167	190	204	231	248
Zone 3	50	50	52	52	52
Total	660	699	754	785	826

Il ressort de l'analyse du Tableau III ci-dessus, que l'augmentation maximale de CSCOM (entre 2006 et 2007) a été enregistrée dans la zone I (Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti) soit 24 CSCOM contrairement à l'année 2006 où on a enregistré 27 CSCOM en Zone II.

Tableau V : Situation du personnel au niveau des CSCOM, par région en 2007

Régions	Nombre CSCOM	Nombre CSCOM tenu par personnel non qualifié	Pourcentage
Kayes	141	8	6%
Koulikoro	116	0	0%
Sikasso	153	0	0%
Ségou	145	1	1%
Mopti	112	16	14%
Tombouctou	51	7	14%
Gao	49	1	2%
Kidal	7	ND	ND
Bamako	52	0	0%
Total	826	33	4%

Tableau VI : Nombre d'agents dans les CSCOM par statut et par région (2006)

Régions	ASACO	PPTE	ETAT	Collectivités	Bénévole	Autres	Total	%	Nombre CSCOM	Agent/ CSCOM
Bamako	390	119	62	5	116	5	697	19,26%	54	12,9
Kayes	247	50	33	34	9	24	397	10,97%	99	4,0
Koulikoro	310	73	42	39	6	19	489	13,51%	116	4,2
Sikasso	399	99	43	88	24	22	675	18,65%	121	5,6
Ségou	248	116	75	143	8	60	650	17,96%	137	4,7
Mopti	159	39	80	114	13	61	466	12,88%	118	3,9
Tombouctou	64	17	21	14	1	2	119	3,29%	38	3,1
Gao	29	38	17	3	2	0	89	2,46%	43	2,1
Kidal	11	8	9	0	4	5	37	1,02%	12	3,1
TOTAL	1857	559	382	439	178	198	3619	100,00%	734	4,9
%	51,31%	15,45%	10,56%	12,16%	5,06%	5,47%	100,00%			

Source : CPS – Recensement des CSCOM dans le cadre de l'étude sur les coûts induits

Tableau VII : Situation du personnel qualifié dans les CSCOM par région (2006)

Régions	Kayes	Kkoro	Sikasso	Ségou	Mopti	Tbouctou	Gao	Kidal	Bko	TOTAL
Médecins	16	32	13	4	6	1	0	0	75	147
Assistants médicaux	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Sages femmes	3	14	5	10	4	0	1	0	93	130
Infirmiers d'Etat	30	34	27	29	32	18	5	4	34	213
Techniciens de laboratoire	0	4	2	1	1	1	0	0	24	33
Infirmiers de 1er Cycle	47	63	95	113	53	12	44	7	41	475
Infirmières Obstétriciennes	2	17	19	17	7	2	5	3	44	116
Secrétaires	1	2	0	0	0	0	0	0	1	4
Techniciens de l'action sociale	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Total	99	166	162	174	104	34	55	14	312	1120
% par région	8,84%	14,82%	14,46%	15,54%	9,29%	3,04%	4,91%	1,25%	27,86%	100%

Source : CPS – Recensement des CSCOM dans le cadre de l'étude sur les coûts induits

Tableau VIII : Répartition des chefs de poste des CSCOM par profession

Spécialités	Nombre	%
Médecins Généralistes	109	15,03%
Assistants médicaux (santé publique)	1	0,14%
Infirmiers d'Etat	167	23,04%
Sages Femmes d'Etat	7	0,97%
Techniciens de laboratoire	4	0,55%
Infirmiers de santé 1er Cycle	336	46,34%
Infirmières Obstétricienne 1er Cycle	12	1,66%
Aides soignants	72	9,93%
Matrones	14	1,93%
Autres catégories non spécifiées	3	0,41%
TOTAL	725	100%

Source : CPS – Recensement des CSCOM dans le cadre de l'étude sur les coûts induits

Tableau IX: Situation du Personnel avril 2008 par spécialité et par source de financement

RECAPITULATIF PAR SOURCE DE FINANCEMENT											
CORPS/SPECIALITES	ETAT				CONTR. Res. Pr.	ASACO	COLLECTIVITE	INPS	Assistance Technique	TOTAL	OBSERVATIONS
	FONCT.	CONTR.1	Armée	PPTE							
Gastroentérologie	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
Gestion des sces de santé	7	2	0	0	0	0	0	0	0	9	
Gestion hospitalière	7	1	0	0	0	0	0	0	0	8	
Gynécologie obstétrique	27	0	0	0	1	0	0	0	6	34	
Hémato-Oncologie	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Herboriste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Hygiène	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Imagerie médicale	4	0	2	0	0	0	0	0	4	10	
Immuno-Hématologie	3	0	0	0	0	0	0	0	1	4	
Infectiologie	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Kinésithérapie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Médecine aéronautique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Médecine du Travail	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Médecine interne	1	0	0	0	0	0	0	0	2	3	
Médecine légale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Médecine nucléaire	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Médecine sportive	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Microbiologie	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Néphrologie	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Neurochirurgie	2	0	0	0	0	0	0	0	1	3	
Neurologie	4	0	0	0	1	0	0	0	0	5	
Nutrition	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4	
Odonto-Stomatologie	24	0	0	0	0	0	0	0	2	26	
Ophthalmologie	18	0	3	0	0	0	0	0	0	21	
Ophthalmologie pédiatrique	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Oto Rhino Laryngologie	5	0	2	0	0	0	0	0	1	8	
Pédiatrie	20	0	0	0	0	0	0	0	7	27	

Tableau IX: Situation du Personnel avril 2008 par spécialité et par source de financement

RECAPITULATIF PAR SOURCE DE FINANCEMENT											
CORPS/SPECIALITES	ETAT				CONTR. Res. Pr.	ASACO	COLLECTIVITE	INPS	Assistance Technique	TOTAL	OBSERVATIONS
	FONCT.	CONTR.1	Armée	PPTE							
Ingénieur Construction civile	8	0	0	0	0	0	0	0	0	8	
Ingénieur des eaux et forêts	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Ingénieur des travaux agricoles	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Ingénieur du génie civil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Ingénieur en informatique	9	0	0	0	5	0	0	0	0	14	
Ingénieur en Technologie Alimentaire	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
Ingénieur Froid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Ingénieur Mécanique Auto	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Ingénieur optométrique	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Ingénieur sanitaire	24	0	0	0	1	0	0	0	0	25	
Ingénieur Statistique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Ingénieur Statistique démographie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Ingénieur travaux publics	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Vétérinaire et Ingénieur d'Elevage	7	0	0	0	0	0	0	0	0	7	
Sous Total	69	1	0	1	6	0	0	0	1	78	
ADMINISTRATION											
Catégorie A											
Administrateur civil	18	0	0	0	3	0	0	0	0	21	
Administrateur de l'action sociale	20	0	0	6	0	0	0	0	1	27	
Bibliothécaire	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Communicateur	1	0	0	0	0	0	0	0	2	3	
Conseiller des affaires étrangères	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Economiste de la santé	4	0	0	0	2	0	0	0	0	6	
Gestion des services de santé	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Gestion hospitalière	16	0	0	0	0	0	0	0	0	16	
Inspecteur de trésor	10	0	0	0	0	0	0	0	0	10	
Inspecteur des finances	26	1	0	2	1	0	0	0	0	30	

Tableau IX: Situation du Personnel avril 2008 par spécialité et par source de financement

RECAPITULATIF PAR SOURCE DE FINANCEMENT											
CORPS/SPECIALITES	ETAT				CONTR. Res. Pr.	ASACO	COLLECTIVITE	INPS	Assistance Technique	TOTAL	OBSERVATIONS
	FONCT.	CONTR.1	Armée	PPTE							
Technicien Supérieur du Trésor	33	0	0	0	0	0	0	0	0	33	
Technicien Supérieur en lunetterie	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	308
Catégorie B1											
Attaché d'Administration	38	0	0	0	2	0	0	0	0	40	
Comptable	7	6	0	1	29	1	1	0	0	45	
Contrôleur des finances	39	1	0	0	0	0	0	0	0	40	
Contrôleur des services économiques	5	0	0	0	2	0	0	0	0	7	
Contrôleur du trésor	29	0	0	0	2	0	0	0	0	31	
Secrétaire	17	0	0	1	26	0	1	0	0	45	
Technicien de la statistique	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Technicien de l'industrie et des mines	20	0	0	0	2	0	0	0	0	22	
Technicien de l'Informatique	3	1	0	0	2	0	0	0	0	6	
Technicien des Constructions Civiles	12	0	0	0	1	0	0	0	1	14	
Technicien des Arts	5	0	0	0	0	0	0	0	0	5	
Technicien des Eaux et forêts	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	257
Catégorie C											
Adjoint d'administration	43	3	0	0	6	0	0	0	0	52	
Adjoint de secrétariat	6	0	0	0	1	0	1	0	0	8	
Adjoint du trésor	14	0	0	0	7	0	0	0	0	21	
Agent technique de la statistique	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Agent Technique de l'agriculture et du génie rural	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Agent Technique de l'élevage	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Agent Technique de l'industrie et des mines	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Agent Technique des constructions civiles	2	1	0	0	1	0	0	0	0	4	
Agent Technique des eaux et forêts	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
Agent Technique en Informatique	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
Agent Technique en Lunetterie	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	

Tableau IX: Situation du Personnel avril 2008 par spécialité et par source de financement

RECAPITULATIF PAR SOURCE DE FINANCEMENT											
CORPS/SPECIALITES	ETAT				CONTR. Res. Pr.	ASACO	COLLECTIVITE	INPS	Assistance Technique	TOTAL	OBSERVATIONS
	FONCT.	CONTR.1	Armée	PPTE							
Soins Obstétricaux	6	0	0	0	0	0	0	0	0	6	
Sous Total	518	7	11	5	4	0	1	1	6	553	
Techniciens Supérieurs de santé											
Anesthésie réanimation	6	0	0	0	1	0	0	0	0	7	
Biologie Médicale	142	1	1	2	2	0	0	0	2	150	
Bloc opératoire	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Chimie Analytique	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Dermatologie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Diététique	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Entomologie Médicale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Epidémiologie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Hygiène assainissement	81	0	0	1	0	0	0	0	0	82	
Imagerie médicale	5	0	2	0	0	0	0	0	0	7	
Infirmier Diplômé d'Etat	526	3	11	113	11	16	4	2	6	692	
Kinésithérapie	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
Odontostomatologie	5	0	0	0	4	0	0	0	1	10	
Ophthalmologie	3	0	1	0	0	0	0	0	0	4	
ORL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Orthopédie	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	
Prothèse dentaire	5	0	1	0	0	0	0	3	0	9	
Sage-femme d'Etat	411	0	1	120	2	3	1	20	3	561	
Santé Mentale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Secrétaire Médicale	1	0	0	0	2	0	0	0	0	3	
Sous Total	1191	6	17	236	22	19	5	25	12	1533	
Techniciens de santé											
Infirmier Santé Publique	513	7	2	715	66	23	14	8	12	1360	
Infirmière obstétricienne	136	3	0	254	7	1	2	1	6	410	

Tableau IX: Situation du Personnel avril 2008 par spécialité et par source de financement

RECAPITULATIF PAR SOURCE DE FINANCEMENT											
CORPS/SPECIALITES	ETAT				CONTR. Res. Pr.	ASACO	COLLECTIVITE	INPS	Assistance Technique	TOTAL	OBSERVATIONS
	FONCT.	CONTR.1	Armée	PPTE							
Pharmacie laboratoire	72	1	0	10	4	0	0	0	2	89	
Sage-femme d'Etat	23	0	0	0	0	0	0	0	0	23	
Technicien Hygiène et Assainissement	10	0	0	0	0	0	0	0	1	11	
Sous Total	754	11	2	979	77	24	16	9	21	1893	
Agent Technique de santé											
Infirmier Santé Publique	181	11	1	10	16	19	7	11	0	256	
Infirmière obstétricienne	40	0	0	38	0	11	2	6	0	97	
Pharmacie laboratoire	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
Sous Total	224	11	1	48	16	30	9	17	0	356	
Auxiliaires de santé											
Aide prothésiste dentaire	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
Aide soignant	0	483	0	6	93	395	202	31	16	1226	
Dépisteur/hygiène	0	8	0	0	1	3	70	0	0	82	
Infirmier auxiliaire	0	17	0	2	4	0	0	0	0	23	
Matrone	0	133	0	0	78	465	346	1	11	1034	
Sous Total	0	642	0	8	176	863	618	32	27	2366	
Personnel de maintenance											
Catégorie B1											
Technicien biomédical	8	0	0	0	2	0	0	0	0	10	
Technicien Electricité	1	10	0	0	3	0	0	0	0	14	
Technicien froid	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Technicien Mécanique	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	27
Catégorie C											
Adjoint des constructions civiles	3	0	1	0	0	0	0	0	0	4	
Agent Technique de la Mécanique	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4	
Maçon	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	
Peintre	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	

Tableau IX: Situation du Personnel avril 2008 par spécialité et par source de financement

RECAPITULATIF PAR SOURCE DE FINANCEMENT											
CORPS/SPECIALITES	ETAT				CONTR. Res. Pr.	ASACO	COLLECTIVITE	INPS	Assistance Technique	TOTAL	OBSERVATIONS
	FONCT.	CONTR.1	Armée	PPTE							
Plombier / Soudeur	1	8	0	0	6	0	0	0	0	15	26
Sous Total	20	18	1	0	14	0	0	0	0	53	
Personnel d'appui											
Agent d'accueil et d'orientation	0	0	0	1	13	0	0	0	0	14	
Agent de Saisie	0	107	0	0	4	0	0	0	0	111	
Aide documentaliste	0	7	0	0	3	0	0	0	0	10	
Buandier	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
Cameraman	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3	
Chauffeur	0	305	0	3	53	0	25	0	7	393	
Chauffeur mécanicien	0	15	0	0	1	0	0	0	0	16	
Cordonnier	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Cuisinier	0	11	0	0	8	0	0	0	0	19	
Filles et garçons de salle	0	18	0	0	25	1	0	0	0	44	
Gardien	0	13	0	0	59	100	21	0	8	201	
Jardinier	0	0	0	0	4	0	0	0	0	4	
Lingère	0	2	0	0	36	0	0	0	1	39	
Magasinier	0	19	0	1	3	0	1	0	0	24	
Manœuvre	0	41	0	3	255	11	55	0	23	388	
Monitrice/animatrice	0	3	0	2	4	4	1	0	0	14	
Opérateur RAC	0	5	0	0	0	0	0	0	0	5	
Pinassier	0	2	0	0	1	0	0	0	0	3	
Planton	0	27	0	1	6	0	8	0	0	42	
Rénéotypiste	0	17	0	0	3	0	0	0	0	20	
Standardiste	0	29	0	0	10	0	0	0	0	39	
Tailleur	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
Traducteur langues locales	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	
Sous Total	0	625	0	11	491	116	111	0	39	1393	

Tableau IX: Situation du Personnel avril 2008 par spécialité et par source de financement

RECAPITULATIF PAR SOURCE DE FINANCEMENT											
CORPS/SPECIALITES	ETAT				CONTR. Res. Pr.	ASACO	COLLECTIVITE	INPS	Assistance Technique	TOTAL	OBSERVATIONS
	FONCT.	CONTR.1	Armée	PPTE							
Total Général	4220	1429	61	1503	1083	1363	808	84	240	10791	
Pourcentage	39,11	13,24	0,57	13,93	10,04	12,63	7,49	0,78	2,22	100	

1= Personnel non fonctionnaire de l'état, immatriculé à la fonction publique