

**MINISTERE DE LA
SANTÉ**



BURKINA FASO

Unité – Progrès – Justice

NORMES EN PERSONNELS DES FORMATIONS SANITAIRES PUBLIQUES

Mars 2016

Table des matières

Avant propos	4
Remerciements	5
LISTE DES ABREVIATIONS	6
Introduction.....	9
1. Contexte	11
1.1 Situation des ressources humaines en santé (RHS)	11
1.2 Cadre juridique	12
1.3 Politique de décentralisation	12
1.4 Dynamiques du marché de l'emploi dans le secteur de la santé.....	13
1.5 Réforme du secteur santé	13
1.6 Stratégies de promotion, prévention et lutte contre la maladie	14
1.6.1 Facteurs susceptibles d'induire une réduction de la charge de travail.....	14
1.6.2 Facteurs susceptibles d'induire une augmentation de la charge de travail.....	15
2. Cadre de la révision des normes en personnels.....	16
3. Normes en personnels du CSPS.....	19
3.1 Caractéristiques essentielles du CSPS	19
3.2 Hypothèses de travail et suppositions	19
3.3 Normes en personnels du CSPS.....	20
4. Normes en personnels du Centre médical	21
4.1 Caractéristiques essentielles du Centre médical (CM).....	21
4.2 Hypothèses de travail et suppositions	22
4.3 Normes en personnels du Centre médical	22
5. Normes en personnels de l'Hôpital de district.....	23
5.1 Caractéristiques essentielles de l'hôpital de district.....	23

5.2 Hypothèses de travail et suppositions	24
5.3 Normes en personnels de l'hôpital de district	24
6. Normes en personnel du Centre Hospitalier Régional (CHR).....	26
6.1 Caractéristiques essentielles de la structure.....	26
6.2 Hypothèse de travail et suppositions	26
6.3 Normes en personnels du CHR.....	27
7. Estimations de coûts salariaux	29
7.1 Au niveau du CSPS.....	29
7.2 Au niveau du Centre médical	30
7.3 Projections des coûts salariaux pour les nouveaux CSPS sur la période 2016 - 2020.....	31
8. Recommandations pour la mise en œuvre des normes en personnels	33
Conclusion	34

Avant propos

Les performances du système de santé qui sont enregistrées à mi-parcours du PNDS 2011-2020 au suscitent de réels espoirs sur la réalisation des objectifs de la politique nationale de santé qui a pour but de contribuer au bien-être des populations. Ces performances doivent être d'abord attribuées aux professionnels de santé, hommes et femmes, à qui il convient de rendre hommage pour leur engagement à surmonter les nombreuses difficultés aux côté des populations.

Des efforts importants ont été consentis pour les recrutements, le renforcement des compétences et la motivation des professionnels de santé, avec l'appui des partenaires techniques et financiers. Mais le système de santé doit faire face au défi de la répartition du personnel de santé afin de répondre effectivement aux principes et aux valeurs fondatrices de la politique nationale de santé telles que le droit à la santé, l'équité, l'éthique, la justice sociale et la solidarité.

Les inégalités de répartition du personnel ont de graves conséquences pour la viabilité des performances du système de santé et aussi pour la cohésion sociale. C'est en vue de contribuer à l'amélioration de la répartition des professionnels de santé que ces nouvelles normes ont été définies.

Ce document élaboré avec la participation des professionnels de santé est un outil de planification et de gestion qui va aider les responsables de la santé à améliorer la répartition du personnel. Mais il ne saurait à lui seul répondre à l'ensemble des problèmes complexes de gestion des ressources humaines en santé. C'est pourquoi le gouvernement poursuivra ses efforts pour l'amélioration des conditions de travail et de la gouvernance administrative.

Le Ministre de la santé

Dr Smaïla OUEDRAOGO

Remerciements

La révision des normes en personnels du Ministère de la Santé a été rendue possible grâce au Programme d'appui à la politique sectorielle de santé (PAPS) soutenu par l'Union Européenne. Elle s'est faite dans le cadre d'un processus participatif qui a impliqué plusieurs parties prenantes, notamment :

- la DRH dans un rôle d'orientation et de validation des propositions ;
- les Services techniques centraux et déconcentrés dans un rôle d'analyses et de recommandations ;
- les professionnels de santé (praticiens, ordres, syndicats) dans l'expression de points de vue, le partage d'avis et la formulation de propositions techniques, etc. ;
- l'équipe d'experts et l'assistant technique du PAPS en modération, facilitation et exploitation des échanges.

Parmi les nombreuses parties prenantes qui ont contribué à travers les entretiens réalisés, les ateliers de production et validation, une mention particulière est faite aux départements ministériels chargés des finances, de la fonction publique, de la décentralisation ainsi qu'aux partenaires techniques et financiers du MS qui ont soutenu en permanence le processus de révision des normes en personnel.

Les remerciements s'adressent à tous les répondants et personnes ressources qui ont consacré leur temps et qui ont accepté de collaborer par leurs informations, expériences et analyses.

LISTE DES ABREVIATIONS

AA	Accoucheuse auxiliaire
AB	Accoucheuse brevetée
AIS	Agents Itinérant de Santé et d'hygiène communautaire
AMU	Assurance maladie universelle
ANPE	Agence Nationale pour la Promotion de l'Emploi
ASC	Agent de santé communautaire
ASP	Attachés de Santé en Pédiatrie
ASSOG	Attachés de Santé en Soins Obstétricaux et Gynécologiques
BF	Burkina Faso
CCC	Communication pour le Changement des Comportements
CCI	Consultation Curative Infirmière
CEDEAO	Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CM	Centre médical
CMA	Centre médical avec antenne chirurgicale
CNRS	Consultation du Nourrisson Sain
CPN	Consultation prénatale
CPN/PTME	Consultation Prénatale/Prévention Transmission Mère-Enfant
CPoN	Consultation post natale
CPS	Chimio prophylaxie saisonnière
CSIO	Coordonnateur des Soins Infirmiers et Obstétricaux
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale
DBC	Distribution à base communautaire
DMEG	Dépôt de Médicaments Essentiel Générique
DRH	Direction des Ressources Humaines
DRS	Direction Régionale de la Santé
DS	District sanitaire
EDS	Enquête démographique et de santé
ENSP	Ecole nationale de santé publique
EPS	Etablissement public de santé
FBR	Financement basé sur les résultats
GRH	Gestion des ressources humaines
GRH	Gestion des ressources humaines
HD	Hôpital de district
IB	Infirmier Breveté
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat

IEC	Information, Education, Communication
MEER	Manipulateur d'Etat en Electroradiologie
MEF	Ministère de l'Economie et de Finances
MFPTSS	Ministère de la Fonction Publique du Travail et de la Sécurité Sociale
MG	Médecin Généraliste
MNT	Maladies non transmissibles
MS	Ministère de la Santé
OBC	Organisation à base communautaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non-gouvernementale
OOAS	Organisation ouest africaine de la santé
PAPS	Programme d'Appui à la Politique sectorielle de Santé
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PCIME	Prise en Charge Intégré des Maladies de l'Enfance
PCMAS	Prise en charge de la malnutrition aigue sévère
PDRHS	Plan de Développement des Ressources humaines en Santé
PDRHS	Plan de Développement des Ressources Humaines en Santé
PEC	Prise en charge des maladies Chroniques
PECADO	Prise en charge à domicile
PEP	Préparateur d'Etat en Pharmacie
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PFA	Paralysie flasque aigue
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PFS	Plan de formation des spécialistes
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention Transmission Mère-Enfant
RH	Ressources humaines
RHS	Ressources humaines en santé
SCADD	Stratégie de croissance accélérée et de développement durable
SERSAP	Société d'études et de réalisations en santé publique
SESSIO	Surveillance Epidémiologie et Soins Infirmiers Obstétricaux
SF/ME	Sage femme / Maïeuticien d'Etat
SIO	Soins infirmiers et obstétricaux
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
TBM	Technologiste Biomédical
TEGS	Technicien d'Etat Génie Sanitaire

TNT	Temps non travaillé
TOES	Texte d'organisation des emplois spécifiques
TTD	Temps de travail disponible
UEMOA	Union économique et monétaire ouest-africaine
UFR/SDS	Unités de Formation et de Recherche/Sciences de la Santé
VAA	Vaccin anti amaril
VAT	Vaccin anti rougeoleux
VDG	Ver de Guinée
WISN	Workload indicator for staffing needs

Introduction

Le Burkina Faso connaît une crise des ressources humaines en santé (RHS) qui se manifeste par des déficits quantitatifs et qualitatifs de certaines catégories de RHS, des déséquilibres dans leur répartition géographique, des déficits de compétences et la démotivation des personnels, des dysfonctionnements dans l'administration du personnel, le suivi des effectifs et des carrières et l'inadaptation du système de formation initiale et continue.

En réponse à cette crise, le gouvernement a adopté un Plan de Développement des Ressources en Santé (PDRHS) 2013 – 2020, aligné sur le PNDS et la SCADD, dont la mise en œuvre connaît des avancées notables, notamment :

- La poursuite des recrutements massifs ces dernières années : plus de 2 000 agents de santé ont été recrutés entre 2010 et 2013, environ 5 000 agents entre 2010 et 2015 ;
- La mise en place progressive de services de GRH au niveau déconcentré¹ et dans les Etablissements Publics de Santé (EPS) ;
- Le développement d'outils de financement innovants tel que le financement basé sur les résultats ;
- Le développement d'une application informatique² pour le suivi des effectifs du secteur et de la carrière des agents ;
- L'instauration à partir de l'année académique 2013 – 2014 de l'examen unique pour la certification des formations paramédicales publiques et privées afin de susciter un nivellement par le haut des qualifications des jeunes diplômés ;
- La mise en œuvre d'un projet de formation des spécialistes médicaux à partir de 2011,
- Etc.

Pour autant, ces progrès n'ont pas totalement résolu les problèmes de planification des RH. Les recrutements massifs évoqués ci-dessus et les revalorisations des indemnités des agents de santé ont provoqué un accroissement de 63% des dépenses consacrées aux ressources humaines en santé au niveau du budget de l'Etat entre 2009 et 2013. Si elle n'est pas bien maîtrisée, cette tendance pourrait compromettre la durabilité des actions de développement sanitaire.

En soutien au gouvernement burkinabé, l'Union Européenne à travers son Programme d'Appui à la Politique Sectorielle de Santé (PAPS) apporte une assistance technique en GRH. La révision des normes en personnels et la mise en œuvre de la gestion prévisionnelle des effectifs du MS s'inscrit dans cette perspective ; elle trouve son fondement dans les faits suivants :

- la dimension prévisionnelle n'est pas suffisamment intégrée dans le PDRHS 2013 – 2020 ;

¹ A l'heure actuelle, 08 Directions Régionales de la Santé sur 13 se sont administrativement dotées d'un service régional des ressources humaines ainsi que la totalité des CHU et CHR.

² Un logiciel de GRH (LoGRH)

- le document de « Normes en personnels des structures sanitaires publiques » élaboré en 2013 n'a pas évalué l'incidence financière qui pourrait résulter de l'application des normes alors que la tendance à l'accroissement de la masse salariale fait peser des risques sur la mise en œuvre des activités de développement sanitaire ;
- l'adoption de normes en RHS est un des indicateurs de suivi de la SCADD et un objectif prioritaire du Ministère de la Santé³ ;
- l'adoption de normes en RHS pertinentes et consensuelles par le MS participera pleinement à l'atteinte des objectifs de l'assistance technique du PAPS.

Le document des normes en personnel du Ministère qui fait toujours référence au niveau des statistiques sectorielles annuelles date de 1996, ce qui ne correspond plus aux réalités institutionnelles et techniques du système de santé. Une révision des normes en personnel accompagnée dans un second temps de projections d'effectifs et financières était nécessaire.

En effet, l'adoption de **normes en ressources humaines adaptées aux paquets de services à chaque niveau du système de santé** est la base pour l'élaboration de plans de gestion prévisionnelle des effectifs (pour les **catégories d'emplois essentielles** dans un 1^{er} temps) qui font défaut au Ministère jusqu'à présent. **Ces plans permettront de déterminer les effectifs à recruter puis affecter par types d'emplois, de structures sanitaires et de zones géographiques prioritaires au regard des moyens disponibles et envisagés.** L'élaboration des normes en RH et de plans de gestion prévisionnelle des effectifs adaptés contribuent donc à la rationalisation de la GRH dans le secteur de la santé.

Le Bureau d'études SERSAP a accompagné méthodologiquement et techniquement le processus de révision des normes en ressources humaines du Ministère de la Santé.

Le document des normes en personnels s'articule autour des points suivants : la présentation du contexte, le cadre de la révision des normes, les normes en personnel du CSPS, du CM, de l'Hôpital de district et du CHR. Une estimation des coûts salariaux et des recommandations sont intégrées en fin du document.

Ce document de normes est accompagné d'un autre document qui regroupe les annexes, notamment les données de base pour l'application logicielle WISN, les paquets d'activités de formations sanitaires, les données statistiques de quelques CSPS et CM ayant servi aux comparaisons, les bases d'estimations des coûts salariaux.

³ Une des 06 recommandations stratégiques de la revue sectorielle santé 2014.

1. Contexte

1.1 Situation des ressources humaines en santé (RHS)

En fin 2014, le MS disposait d'un effectif de 23 834 agents, d'un âge moyen de 35 ans, à dominante « personnel de soins infirmiers et obstétricaux ». Des déséquilibres sont observés dans la répartition spatiale, la répartition entre les catégories professionnelles (professions / spécialités), les caractéristiques démographiques et la répartition entre les différents types de structures. Le tableau ci-dessous illustre certains aspects de ces déséquilibres.

Tableau 1 Répartition des effectifs de quelques emplois clés selon le milieu de résidence

Emplois clés	Effectifs	% Urbain	% Semi Urbain	% Rural
AIS	2 097	23%	16%	61%
AA	3 336	28%	21%	51%
AB	194	11%	25%	64%
IB	2 885	28%	23%	49%
IDE	3 984	28%	24%	48%
SFE/ME	2 045	28%	21%	50%
Attachés de santé	2 480	50%	21%	29%
Médecin Généraliste	473	44%	56%	
Gynécologue	60	73%	27%	
Chirurgien	47	82%	18%	
Pédiatre	40	76%	24%	

Source : DRH du Ministère de la santé, mai 2015

Avec un effectif de 6 221 agents en 2014, les accoucheuses auxiliaires et les infirmiers brevetés représentaient 26% du personnel du MS. Ces 2 catégories qui sont les plus représentées au niveau périphérique (72% des AA en milieu semi-urbain ou rural et également 72% des IB en milieu semi-

urbain ou rural) ne feront plus l'objet de recrutement⁴. Il faudra **organiser la progression catégorielle des agents concernés qui constituent une masse critique importante, de manière à disposer à court et moyen terme de sages femmes diplômées d'Etat et d'infirmiers diplômés d'Etat par un mécanisme de promotion interne.**

1.2 Cadre juridique

La structuration des professions de la santé (TOES) comprend 7 familles professionnelles dans lesquelles sont réparties 48 emplois spécifiques de la santé. Certains emplois restent encore regroupés (génériques) comme les médecins spécialistes et les attachés de santé (il n'existe pas une description détaillée des attributions de ces emplois). Le processus de relecture de la Loi 013/98/AN du 28 avril 1998 portant régime juridique applicable aux emplois et aux agents de la fonction publique et de ses textes d'application, notamment le texte d'organisation des emplois spécifiques (TOES) de la santé est en cours.

Partie prenante de l'harmonisation des curricula de formation dans l'espace CEDEAO, le Burkina Faso accuse un retard dans la mise en œuvre de ce processus dont une des exigences est le relèvement du niveau de recrutement des infirmiers et sages-femmes à l'obtention préalable du baccalauréat. Des catégories professionnelles telles que les AIS et les AA pourraient ainsi évoluer vers un profil dénommé technicien de santé communautaire, avec de nouvelles attributions.

Ces tendances évolutives interpellent les institutions de formation sur leurs capacités à produire des personnels qualifiés et en nombre suffisant, dans divers domaines pour la prise en charge des problèmes de santé.

1.3 Politique de décentralisation

A la faveur de la mise en œuvre de la politique de décentralisation, les Centres médicaux, les CSPS, les dispensaires, les maternités, les services de SMI ont été transférés aux communes tout en restant soumises à l'unicité du système de santé au niveau du district. Les compétences transférées aux régions ont pour vocation de réaliser le paquet complémentaire d'activités qui correspond au paquet d'activités réalisé au niveau des hôpitaux de district. Le personnel de santé de l'Etat exerçant dans ces structures est mis à disposition des collectivités. Pour leur gestion, les actes dévolus aux responsables des Collectivités territoriales se limitent actuellement aux congés, aux affectations dans leur ressort territorial, à l'évaluation des performances et aux sanctions disciplinaires.

Par ailleurs la loi portant Code général des collectivités territoriales prévoit une fonction publique territoriale, et donc une possibilité de recrutement des agents avec toute la gestion qui suit. Une décentralisation de la gestion du budget de poste pourrait faciliter l'intervention des autorités locales. A cet effet, une action concertée des différents ministères, notamment le MATD, le MEF, le

⁴ Sur concours à l'entrée des instituts publics de formation en santé, toutefois leurs recrutements sur mesures nouvelles est encore effectif jusqu'au 31 décembre 2015.

MS et le MFPTSS (avec l'implication de l'ANPE) devrait permettre des avancées significatives dans ce domaine, afin d'améliorer la répartition du personnel en faveur des zones rurales.

1.4 Dynamiques du marché de l'emploi dans le secteur de la santé

Jusqu'en 2007 la formation du personnel de santé non médical a été assurée de manière exclusive par l'ENSP, institution de formation publique dans ce domaine. L'accroissement considérable de l'offre de formation du personnel de soins infirmiers et obstétricaux (24 écoles privées recensées en mai 2015, réparties dans 9 régions) observé au cours des 5 dernières années a engendré un dépassement⁵ des capacités moyennes d'absorption du secteur public estimé à 1 000 recrutements par an (toutes filières confondues).

Cependant, l'attractivité du travail dans le secteur public n'est pas la même pour toutes les catégories professionnelles. En 2014, l'ensemble des institutions de formation ont mis sur le marché 452 SFE/ME. Sur 300 postes à pourvoir pour le recrutement des sages-femmes (200 SF et 100 ME), seulement 88 postes ont été pourvus (73 SFE et 15 ME) et on a enregistré que 131 candidatures qui ont pris part à ce concours.

De même, le gouvernement s'est doté d'un projet avec un plan de formation des spécialistes 2012-2022 (PFS) couvrant plusieurs domaines mais les postes de médecins spécialistes en dehors de Ouagadougou restent très peu attractifs et sont peu convoités par ces derniers et du même coup difficiles à pourvoir.

Une étude récente (CRSN, 2015) établit que plusieurs facteurs influencent le choix du milieu de travail des agents de santé, notamment les nombreuses opportunités matérielles et financières en milieu urbain, l'accessibilité de la région, la précarité des conditions de vie, la scolarisation des enfants, l'absence de prise en charge de la maladie chronique de l'agent, la gestion de la carrière, etc. Dans ces conditions, des mesures d'augmentation des effectifs prises de manière isolée risquent d'aggraver l'écart dans la répartition du personnel entre milieu urbain et milieu rural, en faveur du milieu urbain.

1.5 Réforme du secteur santé

L'organisation des services de soins dans le secteur public au Burkina Faso est faite selon trois niveaux :

- Le premier niveau est constitué par les districts sanitaires. Ce niveau comprend deux échelons ; le premier échelon constitué par les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) et les centres médicaux (CM) et le deuxième échelon constitué par les hôpitaux de districts (HD) ou centres médicaux avec antennes chirurgicales (CMA) qui sont des structures de référence pour le premier échelon ;

⁵ Plus de 3 000 diplômés des différentes filières de formation paramédicale ont été recensés pour l'année académique 2014 – 2015.

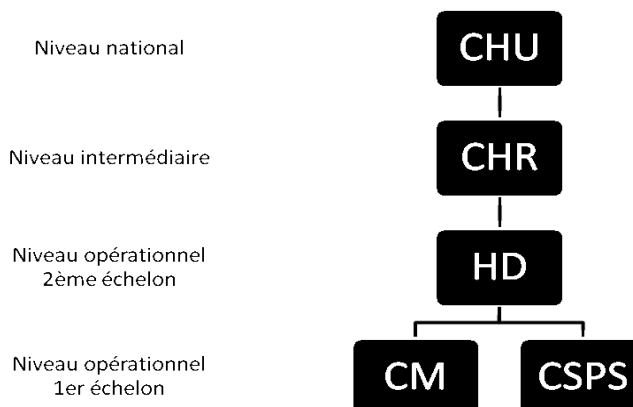
- le deuxième niveau est constitué par les centres hospitaliers régionaux (CHR). Il constitue le niveau de référence pour les HD/CMA ;
- le troisième niveau constitué par les Centres hospitaliers universitaires (CHU) et l'hôpital national Blaise COMPAORE (HNBC) sert de niveau de référence pour les CHR. Il assure aussi des missions de formation et de recherche.

La transformation des CSPS des chefs-lieux de communes rurales en Centres médicaux est une réforme majeure du système de santé qui vise à relever les défis suivants : le relèvement du niveau de soins en particulier au niveau du district sanitaire ; la répartition plus équitable des structures de soins dans l'espace territorial ; la réadaptation du circuit de la référence et de la contre-référence ; le **renforcement des structures de soins en personnel** en équipement et en infrastructures. A cet effet, le gouvernement a mis en place en 2013, le Projet de transformation des CSPS en CM qui devrait transformer effectivement 286 CSPS en CM d'ici à 2017. Cette option va se traduire par un besoin important en personnel de diverses catégories professionnelles.

1.6 Stratégies de promotion, prévention et lutte contre la maladie

L'impact attendu de la mise en œuvre de la politique nationale de santé (PNS) est la réduction significative des charges de morbidité et de mortalité générales et spécifiques au sein

de la population, notamment (i) la réduction du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 184 pour 1 000 naissances vivantes à 54,69 pour 1 000 en 2020, (ii) la réduction du taux de mortalité néonatale de 31 pour 1 000 à 9,16 pour 1000 en 2020, (iii) la réduction des taux de létalité liés aux maladies telles que le paludisme, la tuberculose et le VIH/Sida, la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans.



1.6.1 Facteurs susceptibles d'induire une réduction de la charge de travail

Le gouvernement a décidé de rendre plus accessibles les soins dans la communauté. A cet effet, un profil de l'Agent de santé à base communautaire⁶ (ASBC) a été défini avec un paquet de services à base communautaire. Il est prévu « deux (02) ASBC (1 homme et 1 femme) choisis par village/secteur/hameau de culture ». Pour les villages/secteurs de plus de 2 000 habitants, des ASBC

⁶ Profil de l'agent de santé à base communautaire. Juin 2014.

supplémentaires sont possibles, mais ce nombre ne devrait pas dépasser quatre (04) par village/secteurs.

La mise en œuvre de la politique de santé communautaire et de la politique de contractualisation avec les OBC pourraient solliciter davantage l'AIS mais aussi contribuer à réduire sa charge de travail au CSPS (intramuros). Avec la politique de contractualisation, les organisations à base communautaire d'exécution (OBCE) sont davantage impliquées dans les activités d'IEC/CCC au niveau périphérique, notamment la PECADO, la PCMAS, la PCIME communautaire, la DBC, les vaccinations et la mobilisation communautaire, la surveillance épidémiologique (PFA, VDG). Les relais communautaires sont mobilisés dans le cadre des campagnes JNV polio, filariose lymphatique, schistosomiase et rougeole - rubéole. Cette délégation de tâches permettra d'alléger la charge de travail du personnel de santé qui peut s'occuper davantage des activités plus techniques exigeant plus de compétences.

Le passage à l'échelle de la chimio-prophylaxie saisonnière du paludisme (CPS) au Burkina Faso pourrait permettre selon l'OMS, une protection à *«75% contre les cas de paludisme non compliqués et sévères chez les enfants de moins de cinq ans. La CPS est aussi d'un bon rapport coût-efficacité et sans danger et peut être administrée par des agents de santé communautaires»*. Cela pourrait induire une réduction de la charge de travail, notamment **les consultations curatives infirmières** (effectuées par les IDE et les IB) qui constituent une des principales activités au premier échelon. En effet, le paludisme⁷ est le premier motif de consultation au premier échelon ; il touche surtout les enfants de moins de 5 ans qui représentent 47,13% des cas notifiés au Burkina Faso.

1.6.2 Facteurs susceptibles d'induire une augmentation de la charge de travail

La mise en œuvre systématique de l'approche PCIME et l'augmentation rapide de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies non transmissibles (MNT) en Afrique pourraient induire un volume d'activités plus élevé au niveau des formations sanitaires. Seulement 23,6% des enfants ont été pris en charge selon l'approche PCIME en 2014 alors qu'au niveau national 63% du personnel a été formé sur la PCIME. Un quart (1/4) des établissements de santé disposent de directives relatives au diagnostic et au traitement du diabète et 16% disposent de personnel formé dont seulement 11% des FS du 1^{er} échelon.

Le repositionnement de la PF comme action prioritaire du PNDS 2011-2020 et l'amélioration de l'accès aux services de PF à travers la gratuité des prestations de PF et la subvention des produits contraceptifs ainsi que le dépistage du cancer du col de l'utérus pourraient aussi contribuer à augmenter la charge de travail dans les services de santé maternelle et infantile.

La stratégie de subvention des accouchements et des SONU adoptée par l'Etat burkinabé est mise en œuvre depuis 2006 dans toutes les formations sanitaires publiques. Elle permet une amélioration de l'accès financier aux soins obstétricaux d'urgence qui est reconnue comme une stratégie efficace pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Combinée à l'utilisation systématique du partogramme qui est effective dans 85% des formations sanitaires, elle peut induire une augmentation de la charge de travail liée à l'accouchement.

⁷ Annuaire statistiques 2014 du MS.

Le processus de mise en œuvre de l'AMU est engagé depuis 2009 au Burkina Faso autour des enjeux d'accès équitable de tous les burkinabè à des soins de santé de qualité et de protection des populations contre le risque de basculer dans la pauvreté du fait de la maladie. La définition du panier de soins à couvrir est en cours ; la nomenclature harmonisée des actes et des prestations de soins par niveau est un des objectifs de la planification⁸ de 2016. La mise en œuvre de l'AMU pourrait augmenter la charge de travail dans les formations sanitaires (demande de soins, enregistrements et rapports). Elle va induire un besoin de renforcement des capacités gestionnaires et donc la prise de mesures d'accompagnement dans un contexte de restriction budgétaire.

Enfin, la survenue de l'épidémie d'Ébola en Afrique de l'Ouest a affecté les ressources humaines déjà limitées, mal préparées et mal réparties dans les pays touchés. Elle a mis en avant la nécessité d'une revalorisation des établissements de santé.

2. Cadre de la révision des normes en personnels

La production d'un référentiel comme les normes en personnels au niveau national interpelle sur plusieurs aspects, notamment la relation entre la norme et les autres référentiels, la pertinence ou la plausibilité de produire des normes applicables à toutes les structures.

La détermination des normes et des besoins en personnel pour le futur se fonde habituellement sur des variables telles que la croissance attendue de la population, les changements technologiques et sociaux, l'éventail des compétences, les performances individuelles et la politique de santé.

Plusieurs modèles, approches et outils ont été expérimentés aussi bien par des instances internationales que par des pays pris individuellement pour déterminer des normes et estimer les besoins en RHS. Chacune de ces approches possède des forces et des faiblesses qui doivent être prises en considération lors de leur utilisation.

- **Méthode utilisée**

La revue documentaire a permis de tenir compte de l'existant et des enseignements tirés de plusieurs expériences de productions de normes RHS au Burkina Faso ainsi que l'exploitation de certains documents⁹ de politique et normes. Dans le domaine de la santé de la reproduction, les normes des services de santé sont définies pour chaque catégorie de prestataire et selon le niveau du système de soins auquel ces services sont fournis.

⁸ Directives de planification 2016

⁹ Ministère de la santé. Politique et normes en matière de santé de la reproduction. Mai 2010.

Le processus de révision des normes proposées¹⁰ a été participatif à travers une mission de terrain, des entretiens réalisés avec les parties prenantes clés, des ateliers de production et de validation. Elle s'est fondée sur les avis d'experts au cours des ateliers de production, en l'absence de résultats d'études sur la charge de travail.

L'utilisation de l'outil WISN (**cf. documents des Annexes**) recommandé par l'OMS s'est révélée utile pour effectuer les calculs de charge de travail au niveau CSPS et CM pour les personnels infirmiers et personnels sages femmes¹¹, à partir des données provenant de l'Annuaire 2014 du MS et des Plans d'actions des structures sanitaires.

L'estimation des différents standards de soins a été faite sur la base d'un consensus des membres des groupes (avis d'experts) au cours des ateliers de production.

- **Portée des normes**

La période de validité des normes est de 5 ans (2016 à 2020) ; une révision des normes pourrait alors se faire en tenant compte de l'évolution du contexte.

La définition des normes en personnels se limite aux formations sanitaires suivantes : CSPS, CM, HD, et CHR. Elle a été circonscrite aux agents de l'Etat, particulièrement ceux intervenant dans le diagnostic et le traitement des maladies, en tenant compte des orientations prioritaires du PNDS. Cependant, ces normes peuvent être complétées avec celles produites par la DAF en 2014 sur les personnels¹² de gestion.

- **Limite de l'approche utilisée**

La normalisation est encore une discipline jeune dans le domaine des RHS, en comparaison avec d'autres types de normalisation (la normalisation industrielle ou la normalisation comptable). Elle est confrontée à des difficultés méthodologiques inhérentes à sa jeunesse, ainsi qu'à des contextes culturels spécifiques. C'est donc une démarche innovante, encore complexe et approximativement maîtrisée.

Outre les faiblesses connues des méthodes d'estimation des besoins en RHS, l'absence de description des postes de travail, la qualité aléatoire des données statistiques, l'absence de référentiels de compétences des professionnels aux différents niveaux du système et l'estimation aléatoire des standards d'activités constituent **des limites aux propositions faites dans ce document**.

Les estimations de coûts salariaux ont été limitées aux formations sanitaires du premier niveau, premier échelon.

¹⁰ Pour rappel, les normes en personnel appliquées jusqu'aujourd'hui datent de 1996. Plusieurs propositions de révisions ont été effectuées dont la dernière datant de 2013 n'a pas été validée par le gouvernement faute de projections financières corrélées.

¹¹ On entend par Personnel infirmier les IDE et IB et par Personnel sage-femme les SF/ME, AB et AA

¹² DAF. Organisation et fonctionnement des services administratifs et financiers (SAF) et des bureaux administratifs et financiers (BAF) des structures déconcentrées. 2014.

Compte tenu de l'engagement du Burkina Faso dans le processus d'harmonisation des curricula de formation dans l'espace CEDEAO, il n'a pas été jugé pertinent de faire figurer les emplois d'Accoucheuses auxiliaires et d'infirmiers brevetés dans le document de normes.

Au final, l'élaboration de normes en personnel doit être considérée comme une démarche utile mais pas exhaustive à la définition des besoins en personnel. Celle-ci doit aussi autant que possible être contextualisée aux caractéristiques de performance et de fonctionnement des structures sanitaires prises séparément.

3. Normes en personnels du CSPA

3.1 Caractéristiques essentielles du CSPA

Le Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPA) et le Centre Médical sont deux structures du premier échelon et premier niveau qui dispensent des soins regroupés en paquet minimum d'activités (couvrant 90% des motifs de consultations).

Le paquet d'activités¹³ des CSPA est composé d'activités curatives, préventives, promotionnelles et d'activités de soutien. Le CSPA qui est la structure la plus périphérique du système de soins comprend généralement un dispensaire, une maternité, un dépôt de médicaments essentiels génériques (DMEG) et trois logements¹⁴ en milieu rural. Cela permet d'assurer une présence relativement permanente des agents pour la prise en charge des demandes de soins d'urgence des populations.

En règle, le CSPA dispose de quelques lits pour la mise en observation des malades mais pas véritablement d'un service d'hospitalisation.

3.2 Hypothèses de travail et suppositions

a) En moyenne, un CSPA couvre une population de 10 000 habitants. Selon les données de l'Annuaire statistique 2014, le **ratio population par CSPA était de 10 883 habitants**. Sur la période 2010-2014, la moyenne était d'un CSPA pour 9 972 habitants. Les normes d'implantation des CSPA prévoient une population de 5 000 à 15 000 habitants pour un CSPA.

b) On considère comme profil « personnel infirmier » les IDE et comme profil « personnel sage femme » les SFE/ME. **Cela pour répondre aux exigences de qualité des soins et tenir compte des PNP révisés qui exigent la présence de la SF jusqu'au niveau CSPA ainsi que des directives communautaires (CEDEAO / OOAS).**

c) On admet que la plus grande partie de la charge de travail au CSPA est constitué par les consultations curatives infirmières, les vaccinations, les consultations du nourrisson sain, les accouchements, les consultations prénatales et la planification familiale.

d) Au niveau du CSPA, ce sont les AA, AB et SF/ME qui mènent les activités principales, (accouchements eutociques, consultations prénatales) indépendamment de leurs qualifications ; les statistiques disponibles ne différencient pas les activités selon l'emploi de l'agent.

¹³ Projet d'Arrêté interministériel sur les normes des CM. Atelier de Koudougou, 30 juin - 03 juillet 2015

¹⁴ Normes en infrastructures. La tendance actuelle est à 3 logements par CSPA pour le personnel en place.

e) Au niveau du CSPS ce sont les IB et IDE qui mènent les activités principales, (consultations curatives infirmières, vaccinations) indépendamment de leurs qualifications ; les statistiques disponibles ne différencient pas les activités menées selon l'emploi de l'agent.

f) On admet qu'au niveau d'un CSPS, les profils suivants doivent être représentés : IDE, SFE/ME, AIS, pour assurer l'équité dans l'accès aux soins de qualité pour toutes les populations. Les emplois d'AA, AB et IB ne figurent pas dans le document de Normes en personnels compte tenu des tendances d'évolution de ces emplois.

g) Les CSPS urbains et semi urbains exigent une présence permanente des professionnels de santé sur les lieux de travail.

h) **L'AIS n'est pas directement concerné par les principales activités de services du CSPS.** Les attributions de l'AIS qui figurent dans le TOES santé portent pour l'essentiel sur les conseils d'hygiène, les visites à domicile, l'encadrement de la communauté pour les travaux d'hygiène et assainissement, l'aménagement et la désinfection des points d'eau et des lieux insalubres, la mobilisation communautaire et l'encadrement des ASC.

i) Les normes en personnels contribuent à améliorer la répartition des ressources humaines en faveur du milieu rural.

3.3 Normes en personnels du CSPS

Sur la base des hypothèses, suppositions et calculs avec l'application logicielle WISN, les normes en personnels du CSPS sont définies pour une population estimée à 10 000 habitants.

Tableau 2 Normes en personnels pour un CSPS couvrant une population de 10 000 habitants

Catégorie professionnelle	Emploi	Effectif
Personnel infirmier	IDE	2
Personnel sage femme	SF/ME	2
AIS	AIS	1
Total		5

Dans le cas des CSPS situés en milieu urbain ou semi-urbain avec forte concentration de la population, la norme est ajustée afin de tenir compte des services de garde et permanences qui sont assurés. En effet un service doit être assuré 24 heures par jour, sept jours par semaine, d'un bout à l'autre de l'année pour la prise en charge des urgences et des accouchements. Ce qui signifie qu'il est occupé 8 736 heures par an (24 heures X 7 jours X 52 semaines).

Tableau 3 Normes minimales en personnels pour un CSPS assurant un service continu
(Permanence et garde)

Catégorie professionnelle	Emploi	Effectifs
Personnel infirmier	IDE	6
Personnel sage femme	SF/ME	6
AIS	AIS	1
GS/FS	GS/FS	3
Total		16

4. Normes en personnels du Centre médical

4.1 Caractéristiques essentielles du Centre médical (CM)

Le Document opérationnel pour la transformation des centres de santé et de promotion sociale des chefs-lieux de communes rurales en centres médicaux (Mai 2013) définit le Centre médical comme « une structure de premier échelon du système de santé de district dirigée par un médecin et où on offre en plus des prestations de CSPS, des **prestations médicales, des prestations paramédicales spécialisées et disposant de structures d'appui diagnostic comme le laboratoire et l'imagerie médicale**. A la différence du CSPS où les malades sont mis en observation, le CM disposera **d'un plateau technique relevé avec une possibilité d'hospitalisation** ». Nonobstant ce plateau technique, le CM n'est pas considéré comme une structure de référence du CSPS, même si l'on admet que les CSPS environnants peuvent y référer leurs patients.

Le rôle dévolu au CM implique d'office la présence de certaines catégories d'emplois plus qualifiées. Le Projet d'Arrêté interministériel¹⁵ portant **attributions, organisation et fonctionnement des Centres médicaux donne des indications sur l'organisation des centres médicaux**. Dirigé par un médecin-chef, le Centre médical est organisé autour des unités suivantes :

- le laboratoire placé sous la responsabilité d'un technologiste biomédical ;
- la médecine (consultation du médecin, consultations paramédicales spécialisées, consultation curative infirmière et activités itinérantes). Elle est placée sous la coordination d'un attaché de santé en soins infirmiers et obstétricaux qui est aussi responsable de l'information sanitaire ;
- l'hospitalisation (enfants et adultes) ;

¹⁵ Atelier d'élaboration et de validation d'un texte portant sur l'organisation, le fonctionnement et les attributions d'un CM et d'un CMA avec description des postes et tâches des agents, Koudougou 30 juin – 03 juillet 2015

- la maternité/SMI placée sous la responsabilité d'un attaché de santé en obstétrique et gynécologie ;
- le dépôt pharmaceutique. Le dépôt des médicaments essentiels et génériques est placé sous la responsabilité d'un préparateur d'Etat en pharmacie ;
- l'administration et finances.

4.2 Hypothèses de travail et suppositions

a) Le CM partage son aire de couverture théorique avec des structures publiques et/ou privées de même niveau, surtout en milieu urbain.

b) Un poste pourvu en continu doit être assuré 24 heures par jour, sept jours par semaine, d'un bout à l'autre de l'année, particulièrement au niveau des services d'hospitalisation, de la salle d'accouchement de la maternité. Ce qui signifie qu'il est occupé 8 736 heures par an (24 heures X 7 jours X 52 semaines).

c) un service de garde et permanence est assuré au CM pour la prise en charge des urgences médicales relevant de son domaine de compétences.

d) On considère comme profil « personnel infirmier » les IDE et comme profil « personnel sage-femme » les SFE/ME. **Cela pour répondre aux exigences de qualité des soins et tenir compte des directives communautaires (CEDEAO / OOAS).**

4.3 Normes en personnels du Centre médical

Sur la base des éléments énumérés ci-dessus, les normes en personnels du CM proposées sont les suivantes :

Tableau 4 Normes en personnels du Centre médical

N°	Catégorie professionnelle	Effectifs
1	IDE	6
2	SFE/ME	6
3	AIS	1
4	Médecin	1
5	Attaché de santé en soins infirmiers et obstétricaux (SIO)	1
6	Attaché de santé en soins obstétricaux et gynécologiques (ASSOG)	1
7	Attaché de santé en pédiatrie (ASP)	1
8	Technologiste biomédical (TBM)	2
9	Préparateur d'Etat en pharmacie (PEP)	1

10	Garçon / Fille de salle (GS/FS)	6
----	---------------------------------	---

5. Normes en personnels du CMA ou hôpital de district

5.1 Caractéristiques essentielles du CMA ou hôpital de district

Selon les dispositions du Projet d'Arrêté¹⁶ interministériel MS/MEF/MATDS portant attributions, organisation et fonctionnement des centres médicaux avec antenne chirurgicale, le CMA ou Hôpital de district¹⁷ est la structure de référence des formations sanitaires de premier échelon au niveau du district sanitaire. Il assure un paquet complémentaire d'activités comprenant :

- la prise en charge des cas référés par les formations sanitaires du premier échelon ;
- la prise en charge des urgences médicales, chirurgicales et gynéco-obstétricales ;
- l'hospitalisation des malades ;
- les activités de laboratoire et d'imagerie médicale ;
- la contre référence ;
- la collecte, le traitement et l'analyse de l'information sanitaire.

Cette fonction de référence n'est pas concevable si l'hôpital de district ne dispose pas de compétences d'un niveau plus élevé que celui du CSPS, notamment les spécialistes des diverses disciplines médicales dont la pénurie drastique est quelque peu compensée par le personnel infirmier et sage-femme spécialisés que représentent les attachés de santé. Les activités chirurgicales sont réalisées dans les CMA par des médecins formés en chirurgie essentielle et des attachés de santé en anesthésie et en chirurgie.

Du point de vue organisationnel, le CMA comprend les services suivants :

- un service des urgences médico-chirurgicales ;
- un service de médecine générale et de spécialités médicales ;
- un service de chirurgie et de spécialités chirurgicales (ORL, Odontostomatologie, Ophtalmo) ;
- un service de gynéco obstétrique ;
- un service de pédiatrie et de récupération nutritionnelle ;
- un service d'imagerie médicale
- un service de laboratoire d'analyse médicale ;
- un dépôt pharmaceutique ;
- un service de gestion administrative et financière ;
- un service d'information sanitaire et surveillance épidémiologique ;

¹⁶ Atelier d'élaboration et de validation d'un texte portant sur l'organisation, le fonctionnement et les attributions d'un CM et d'un CMA avec description des postes et tâches des agents, Koudougou 30 juin – 03 juillet 2015

- Un service d'hygiène et assainissement.

Disposant d'une capacité d'hospitalisation d'environ 90 lits avec un taux moyen d'occupation des lits de 80%¹⁸, l'hôpital de district couvre une population estimée en moyenne à 150 000 habitants.

5.2 Hypothèses de travail et suppositions

a) Le rôle dévolu au CMA implique d'office des niveaux de compétences plus élevés au niveau des services.

b) Le « Personnel infirmier » est uniquement constitué des IDE et le « Personnel sage-femme » de SF/ME.

5.3 Normes en personnels de l'hôpital de district

Les effectifs d'IDE et SF/ME, attachés de santé en chirurgie et attachés de santé en anesthésie sont calculés de la même manière que pour le CM dans les services d'hospitalisation, les urgences, la salle d'accouchement, de manière à assurer la continuité du service 24H/24. Un effectif de 2 agents a été ajouté au minimum requis de 6 agents pour tenir compte de la charge de travail, sur avis d'experts et praticiens.

Pour les autres catégories professionnelles, l'option prise est une fixation des standards par unité / service par consensus des experts et praticiens consultés.

Tableau 5 Normes en personnels de l'hôpital de district

Services	Unités	Catégories professionnelles	Effectifs minimums
Médecine générale et spécialités médicales		Médecin généraliste	2
	Hospitalisation	Attaché de santé en SIO	1
		IDE	6
	Consultation	IDE	2
	Psychiatrie	Attaché de santé en santé mentale	2
		GS / FS	6
Urgences médico-chirurgicales		Médecin généraliste à compétence chirurgicale	3
		IDE	8
Chirurgie et spécialités	ORL	Attachés de santé	2

¹⁸ Annuaire statistiques sectoriel 2014.

	Odontostomatologie	Attaché de santé	2
	Ophtalmologie	Attaché de santé	2
	Hospitalisation	Attaché de SIO	1
		IDE	6
		GS / FS	6
	Consultation	IDE	2
	Bloc	Attaché de santé en chirurgie	6
	Réanimation et anesthésie	Attaché de santé en anesthésie réanimation	6
Pédiatrie et récupération nutritionnelle		Médecin généraliste	1
	Hospitalisation	Attaché de santé en pédiatrie	1
		IDE	6
	Consultation	IDE	2
	Récupération nutritionnelle	IDE	4
		Attaché de santé en pédiatrie	1
Gynécologie obstétrique		Médecin généraliste à compétence chirurgicale	1
	Planification familiale	Sage-femme	PM
	Salle d'accouchement	Attaché de santé ASSOG	1
		Sage-femme / Maïeuticien d'Etat	8
	Hospitalisation	Attaché de santé ASSOG	1
		Sage-femme / Maïeuticien d'Etat	8
		GS / FS	6
	Consultation	ASSOG	1
Laboratoire d'analyses médicales		Pharmacien	1
		Technologiste biomédical	4
Imagerie médicale		Manipulateur d'électroradiologie médicale (MEER)	2
Service de pharmacie		Pharmacien	1
		Préparateur d'Etat en pharmacie	1
Service d'information sanitaire et surveillance épidémiologique		Attaché de santé en épidémiologie	1
Service d'hygiène et assainissement		Technicien d'Etat du génie sanitaire	1

NB : PM sous-entend que le service est organisé par roulement de manière à pourvoir au poste indiqué.

Le récapitulatif est présenté dans le document des annexes.

6. Normes en personnel du Centre Hospitalier Régional (CHR)

6.1 Caractéristiques essentielles de la structure

Le CHR a un statut juridique d'établissement public de santé (EPS) du type hospitalier, placé sous la double tutelle du MS et du MEF. Il est doté de la personnalité morale et de l'autonomie administrative et financière. Les organes de l'établissement public de santé sont constitués par le Conseil d'administration, la direction générale et les organes consultatifs.

Le CHR est une formation sanitaire du deuxième niveau à laquelle les CMA doivent référer leurs patients. A ce titre, le CHR assure la prévention des risques sanitaires, le diagnostic, le traitement et la surveillance des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques et socio-économique des patients. Les principaux services sont les suivants :

- ✓ Les services cliniques :
 - Médecine : médecine interne, cardiologie ; hépato gastro-entérologie, dermatologie ;
 - Réanimation ;
 - Urgences médicales :
 - Urgences chirurgicales :
 - Maladies infectieuses ;
 - Psychiatrie ;
 - Pédiatrie ;
 - Gynéco-obstétrique ;
 - Chirurgie ;
 - ORL ;
 - Ophtalmologie ;
 - Odontostomatologie.
- ✓ Les services médico-techniques : laboratoire, imagerie médicale, pharmacie ;
- ✓ Les services administratifs ;
- ✓ Les services communs.

6.2 Hypothèse de travail et suppositions

a) Le CHR couvre une population d'environ 500 000 habitants et dispose d'une capacité d'hospitalisation d'environ 200 lits.

b) Les normes du CHR doivent être définies en tenant compte de la diversité, de la complexité de l'organisation des soins à l'hôpital et de la charge de travail réelle au niveau des unités. **Cela exigerait une étude plus approfondie de la charge de travail.**

6.3 Normes en personnels du CHR

Les effectifs d'IDE et SF/ME, attachés de santé en chirurgie et attachés de santé en anesthésie sont calculés de la même manière que pour l'hôpital de district dans les services d'hospitalisation, les urgences, la salle d'accouchement, de manière à assurer la continuité du service 24H/24. A l'effectif minimum requis de 6 agents il a été ajouté 4 agents chez les IDE et SF/ME et 2 agents chez les attachés de santé en anesthésie et en chirurgie, pour tenir compte de la charge de travail dont l'évaluation n'est pas possible par insuffisance de données, et sur avis des experts et praticiens consultés.

Conformément aux recommandations de l'OOAS, les AA, AB et IB ne sont pas davantage pris en compte que dans les autres types de formations sanitaires (cf. précédemment).

Pour les autres catégories professionnelles, l'option prise est une fixation des standards par unité / service par consensus des experts et praticiens consultés.

Tableau 6 Normes en personnels du CHR

Services	Unités	Catégories professionnelles	Effectifs minimums
Médecine : Médecine interne, cardiologie, hépato gastro-entérologie, dermatologie		Médecin spécialistes	4
		Médecin généraliste	4
	Hospitalisation	Attaché de santé en SIO	1
		IDE	12
		GS/FS	6
		IDE	2
Réanimation Polyvalente		Médecin anesthésiste réanimateur	1
		IDE	6
		Médecin généraliste	1
		Attaché de santé en anesthésiste réanimation	1
Urgences médicales		Médecin généraliste	3
		IDE	10
		GS/FS	6
Urgences chirurgicales		Attaché de santé en chirurgie	6
		IDE	10
		GS/FS	6
Maladies infectieuses	Hospitalisation	Attaché de santé en SIO	1

		Médecin généraliste	1
		IDE	6
Psychiatrie		Attaché de santé en santé mentale	3
Pédiatrie		Pédiatre	2
	Hospitalisation	Attaché de santé en pédiatrie	1
		IDE	10
		GS/FS	6
	Consultation	Médecin généraliste	1
		Attache de santé en pédiatrie	PM
	Néonatalogie	Attache de santé en pédiatrie	1
		Sage femme	6
	Urgence	Attache de santé en pédiatrie	4
		IDE	10
	CREN	Attache de santé en pédiatrie	1
		IDE	2
Gynécologie obstétrique		Gynécologue-obstétricien	2
	Salle d'accouchement	Attaché de santé ASSOG	1
		Sage femme / Maïeuticien d'Etat	10
	Hospitalisation	Attaché de santé ASSOG	1
		Sage femme / Maïeuticien d'Etat	6
		IDE	10
		GS/FS	6
	Bloc opératoire	Attaché de santé en chirurgie	8
		Attaché de santé en anesthésie	8
	Consultation	Sage femme / Maïeuticien d'Etat	PM
Chirurgie		Chirurgien	2
	Bloc	Attaché de santé en chirurgie	8
		Attaché de santé en anesthésie	8
	Hospitalisation	IDE	10
		GS/FS	6
	Consultation	Attaché de santé en chirurgie	PM
		Attaché de santé en anesthésie	PM
ORL		Attaché de santé ORL	2
		Médecin spécialiste ORL	1
Ophtalmologie		Attaché de santé ophtalmologie	4
		Médecin ophtalmologue	1
Odontostomatologie		Attaché de santé odontostomatologie	2
		Médecin spécialiste	1
Laboratoire		Pharmacien ou médecin spécialiste en biologie médicale ou clinique	1
		Pharmacien généraliste	1
		Technologiste biomédical	12

		GS/FS	6
Imagerie médicale		Médecin radiologue	1
		Manipulateur d'Etat en électroradiologie médicale (MEER)	4
Pharmacie hospitalière		Pharmacien spécialiste en pharmacie hospitalière	1
		Pharmacien généraliste	1
		Préparateur d'Etat en pharmacie	2
Qualité des soins		Conseiller de santé	1

NB : PM sous entend que le service est assuré par roulement de manière à pourvoir au poste indiqué.

Un récapitulatif des effectifs par emplois figure dans les annexes.

7. Estimations de coûts salariaux

Les estimations des coûts salariaux ont été limitées aux structures du premier niveau et premier échelon. Pour les raisons suivantes :

- Les structures hospitalières comme les HD et les CHR¹⁹ ont de gros effectifs avec des profils différents, qui varient d'une structure à l'autre et selon le milieu rural ou urbain ;
- Les classifications catégorielles des agents vont varier selon leur ancienneté, leurs progressions catégorielles et bien d'autres facteurs qu'il sera difficile de prendre en compte.

L'évaluation des coûts salariaux peut être faite à partir des données réelles de ces structures.

7.1 Au niveau du CSPS

Tableau 7 Coûts salariaux annuels des CSPS couvrant une population d'environ 10 000 habitants

Catégories professionnelles	Emplois	Effectifs requis	Coût salarial unitaire annuel	Coûts salariaux annuels
Personnel infirmier	IDE	2	2 564 484	5 128 968
Personnel sage femme	SF/ME	2	2 564 484	5 128 968
AIS	AIS	1	1 496 172	1 496 172
Total		5		11 754 108

L'estimation des charges salariales pour le CSPS situé en milieu rural et dont le personnel perçoit des indemnités spécifiques de la zone 4 est **de 11 754 108 FCFA** par an pour les 5 agents.

¹⁹ Ce travail sera néanmoins réalisé lors de la 2nd phase de l'étude portant élaboration de scénarii de projections d'effectifs dans le cadre des normes en personnel révisées.

Pour les CSPS urbains et semi-urbains qui assurent des services de garde et permanences les coûts salariaux annuels sont estimés à **36 145 272 FCFA**.

Tableau 8 : Coûts salariaux annuels des CSPS assurant un service continu (permanence et garde)

Catégories professionnelles	Emplois	Effectifs requis	Coût salarial unitaire annuel	Couts salariaux annuels
Personnel infirmier	IDE	6	2 564 484	15 386 904
Personnel sage femme	SF/ME	6	2 564 484	15 386 904
AIS	AIS	1	1 496 172	1 496 172
GS/FS	GS/FS	3	1 291 764	3 875 292
Total		16		36 145 272

7.2 Au niveau du Centre médical

En faisant abstraction du personnel déjà existant dans les structures, les coûts salariaux annuels pour les 10 profils répertoriés ci-dessous sont estimés à **62 317 851 CFA**.

Tableau 9 : Coûts salariaux annuels du Centre médical

N°	Catégories professionnelles	Effectifs	Estimation du Salaire annuel	Couts salariaux
1	IDE	6	2 564 484	15 386 904
2	SFE/ME	6	2 564 484	15 386 904
3	AIS	1	1 496 172	1 496 172
4	Médecin	1	3 686 940	3 686 940
5	Attaché de santé SIO	1	3 209 136	3 209 136
6	Attaché de santé ASSOG	1	3 209 136	3 209 136
7	Attaché de santé en pédiatrie ASP	1	3 209 136	3 209 136
8	Technologiste biomédical	2	2 994 312	5 988 624
9	Préparateur d'Etat en pharmacie	1	2 994 312	2 994 312
10	GS/FS	6	1 291 764	7 750 584
Total		26		62 317 851

En considérant uniquement les 6 profils qui n'existent pas pour le moment dans les CSPS à transformer en CM, c'est-à-dire les médecins, les attachés de santé, les technologistes biomédicaux et les préparateurs en pharmacie, les **coûts salariaux additionnels s'élèvent à 22 297 284 F.CFA** par an et par CM. Rapporté aux 286 CM à transformer cela va représenter **6 377 023 224 F.CFA** à répartir selon la programmation du projet.

7.3 Projections des coûts salariaux pour les nouveaux CSPS sur la période 2016 - 2020

Sur la base du ratio de 05 agents par CSPS et pour 10 000 habitants, et en prenant comme référence l'année 2014, **le Burkina aura besoin de 366 CSPS nouveaux d'ici 2020**. Cela représente un coût de 4 302 003 528 FCFA pour le recrutement du personnel au profit de ces nouvelles formations sanitaires, sur une période de 5 ans. Ces estimations ne tiennent pas compte des besoins en personnels pour les CSPS existants, ni des déperditions (retraites, décès, autres sorties).

Tableau 10 : Projections des coûts salariaux sur la période 2016-2020 (*Base 1 CSPA de 5 agents pour 10 000 habitants*)

Population du BF*	2014	2016	2017	2018	2019	2020	Total
	17 880 386	19 034 397	19 632 147	20 244 080	20 870 060	21 510 181	
Nombre de CSPA**	1785						
Besoins en CSPA (1/10 000 habitants)	1 788	1 904	1 963	2 025	2 087	2 151	
Besoins en CSPA (nouveaux)		+119	+59	+62	+62	+64	366
Besoins en IDE pour les nouveaux CSPA		238	118	124	124	128	732
Besoins en SF/ME		238	118	124	124	128	732
Besoins en AIS		119	59	62	62	64	366
Coûts salariaux		1 398 738 852	693 492 372	728 754 696	728 754 696	752 262 912	4 302 003 528

* INSD : projections démographiques de 2007 à 2020 par région et province

** Y compris les dispensaires et maternités isolés

8. Recommandations pour la mise en œuvre des normes en personnels

L'application des normes proposées passe par la mise en œuvre des mesures suivantes à opérationnaliser. Elles sont présentées par niveau de responsabilité.

❖ Au niveau du gouvernement

- Traduire la volonté politique en engagement fort pour la décentralisation des postes budgétaires afin de garantir un minimum des RHS de manière durable dans les régions.
- Impliquer les institutions de formation, notamment les universités pour que les professionnels de santé expérimentés qui sont en formation puissent être déployés dans les structures hospitalières (HD et CHR). Cette option permettra de disposer de personnel spécialisé à ces niveaux et de réduire les charges salariales.
- Etendre la contractualisation et le Partenariat Public / Privé au niveau des HD / CHR afin de faciliter la mobilisation des spécialistes à temps partiel.
- Mobiliser des ressources d'une part pour la mise en œuvre de mesures incitatives pour le déploiement du personnel en milieu rural, et d'autre part le maintien du personnel en service en milieu rural ainsi que le renforcement des compétences des agents.
- Mettre en œuvre les recommandations de l'OOAS relatives à l'harmonisation des curricula de formation des infirmiers et sages femmes, notamment le recrutement à partir du diplôme du Baccalauréat, en vue de répondre aux nouvelles tendances et aux changements qui s'observent dans l'évolution des maladies.
- Suspendre effectivement les recrutements des personnels AA, AB et IB et planifier leur promotion interne afin de disposer rapidement d'IDE et SFE à court et moyen terme.

❖ Au niveau du Cabinet du Ministre de la santé

- Développer la communication avec l'ensemble des personnels de santé à tous les niveaux, afin de faire comprendre la nécessité d'améliorer la répartition des RHS, dans un souci d'équité et de transparence.
- Impliquer les Ordres nationaux pour faciliter la régulation des professions et l'amélioration de la répartition des personnels de santé.
- Appliquer la réglementation de manière équitable et prendre des mesures efficaces pour réduire l'absentéisme dans les formations sanitaires.
- Réviser le Texte portant Organisation des Emplois Spécifiques de la santé.

- Elaborer les référentiels de compétences des IDE et des SF/ME.

❖ **Au niveau de la DRH**

- Améliorer la gestion des carrières et le suivi des agents, particulièrement ceux déployés en zone rurale.
- Planifier la progression catégorielle par promotion interne des IB et AA afin d'augmenter à court et moyen terme les effectifs des IDE et SF.
- Assurer un suivi exhaustif et régulier des mouvements d'effectifs à travers le déploiement d'un système d'information en RH comme outil d'aide à la décision.

❖ **Au niveau des DRS et districts sanitaires**

- Renforcer le suivi exhaustif et régulier des mouvements d'effectifs au niveau du service régional chargé des ressources humaines.
- Appliquer la réglementation de manière équitable et prendre des mesures efficaces pour réduire l'absentéisme dans les formations sanitaires.
- Assurer le suivi de la carrière des agents au niveau du service régional chargé des ressources humaines des DRS.
- Développer la communication avec l'ensemble des personnels de santé à tous les niveaux, afin de faire comprendre la nécessité d'améliorer la répartition des RHS, dans un souci d'équité, en collaboration avec les syndicats et les Ordres nationaux.

Conclusion

Les normes révisées sont le résultat d'un processus participatif qui tire les leçons des expériences menées en la matière au Burkina Faso. Elles tiennent compte du contexte national. L'élaboration de normes de personnels n'est qu'une étape dans la planification stratégique du développement des ressources humaines. Ce processus doit bénéficier d'un portage fort des décideurs et managers du Ministère de la Santé, à tous les niveaux, afin que la gestion prévisionnelle prenne un sens concret dans les structures de santé et s'inscrive dans la durabilité.

En tant qu'indicateurs les normes sont indispensables et permettent une amélioration du suivi et de la performance du système de santé.

L'adoption par le gouvernement des normes en personnels des formations sanitaires publiques et leur application effective contribueront à une amélioration de l'accessibilité du personnel sur l'ensemble du territoire national.