



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



COOPERATION IVOIRO-AMERICAINE
POUR LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

Ce document a été produit par PHRplus sur financement de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) sous le Projet No. 936-5974.13, Contrat No. HRN-C-00-00-00019-00, et est classé du domaine public. Les idées et opinions dans ce document sont celles des auteurs, et ne reflètent pas nécessairement celles de l'USAID ou de ses employés. Toute personne intéressée peut utiliser ce rapport en partie ou en entier, sous réserve de maintenir son intégrité, en n'altérant pas ses résultats ou ne présentant pas le travail comme le sien. Ce rapport et d'autres documents de HFS, PHR, et PHRplus peuvent être consultés, téléchargés sur le site Internet du projet www.PHRplus.org.



Abt Associates Inc.
4800 Montgomery Lane, Suite 600 ■ Bethesda, Maryland 20814
Tel: 301/913-0500 ■ Fax: 301/652-3916

En Collaboration avec:

Development Associates, Inc. ■ Emory University Rollins School of Public Health ■ Philoxenia International Travel, Inc. ■ PATH ■ Social Sectors Development Strategies, Inc. ■ Training Resources Group ■ Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine ■ University Research Co., LLC.

Evaluation des Ressources Humaines pour la Santé en Côte d'Ivoire

Août 2005

Préparé par:

Damascène Butera, BA
PHRplus

John Vincent Fieno, PhD
PHRplus Consultant

Suzanne D. Diarra, MD
PHRplus Consultant

Gilbert Kombe, MD
Abt Associates

Catherine Decker, BA
University Research Co.

**Professeur Soumahoro Oulai,
MD, PhD, MEMSP,**
Directeur de la Formation & de la
Recherche



Partners for Health Reformplus

Order No TE 072F



Mission

Partners for Health Reformplus est le projet phare de l'USAID dans le domaine des politiques de santé et de renforcement du système de santé dans les pays en voie en développement et en transition. Le projet quinquennal en cours (2000-2005) a été bâti à partir du précédent projet « Partnerships for Health Reform », et poursuit la focalisation de PHR sur la politique de santé, le financement et l'organisation de la santé, avec une nouvelle emphase sur la participation communautaire, la surveillance des maladies infectieuses, et les systèmes d'information qui appuient la gestion et la prestation des services appropriés de santé. PHRplus se focalise sur les résultats suivants:

- ▲ *Implantation des réformes appropriées du système de santé.*
- ▲ *Génération de nouveaux financements pour les soins de santé, et une utilisation plus efficace des fonds existants.*
- ▲ *Conception et implantation des systèmes d'information sanitaire pour la surveillance des maladies.*
- ▲ *Prestation de services de qualité par les personnels de santé.*
- ▲ *Disponibilité et utilisation appropriée des produits de santé.*

Août 2005

Citation Recommandée

Butera, Damascène, John Vincent Fieno, Suzanne Diarra, Gilbert Kombe, Catherine Decker, et Oulai Soumahoro. Août 2005. *Evaluation des besoins en ressources humaines pour réaliser les objectifs du Plan d'Urgence du Président des Etats-Unis contre le SIDA (PEPFAR) et offrir des services de santé de base en Côte d'Ivoire*. Bethesda, MD: The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.

No Contrat/Projet:

HRN-C-00-00-00019-00

Soumis à :

USAID/Côte D'Ivoire (Abidjan)

et:

Karen Cavanaugh, CTO
Health Systems Division
Office of Health, Infectious Disease and Nutrition
Center for Population, Health and Nutrition
Bureau for Global Programs, Field Support and Research
United States Agency for International Development

Abstrait

Beaucoup de pays sont entrain d'explorer des moyens pour mobiliser un grand nombre de médecins, infirmiers, conseillers, sages-femmes, techniciens de laboratoire, et d'autres agents de santé pour atteindre les cibles de leurs gouvernements, et ceux des initiatives internationales pendant qu'ils maintiennent les services de santé de base. Malgré qu'ils sachent que le manque de ressources humaines leurs empêchera d'atteindre leurs cibles, peu de pays ont conduit des évaluations exhaustives pour estimer le nombre existant de travailleurs de santés et les besoins de RH pour le futur. Par conséquent, Partners for Health Reform *plus* a conduit une évaluation exhaustive du secteur de santé publique en Côte d'Ivoire pour quantifier les RH disponibles et nécessaires pour maintenir les services de santé de base pendant que le pays augmente les services de HIV/SIDA pour atteindre les cibles au niveau national et global à travers des initiatives telles que le Plan d'Urgence du Président des Etats-Unis Contre le SIDA, l'initiative 3 x 5 de l'organisation mondiale de la santé, et les objectifs de développement de millénium.

En Côte d'Ivoire, le conflit civil et la détérioration des conditions socio-économiques ont augmenté la demande pour les services de santé publique et ont aggravé le manque de RH dans le secteur public. Les données prouvent que les effectifs de toutes les catégories d'agents de santé ont diminué de 2002 à 2003, bien que les effectifs aient monté légèrement en 2004. Les budgets publics limités empêchent le recrutement du personnel de santé dans la fonction publique. Les taux de départ sont élevés parmi les agents sociaux, les médecins généralistes, et les infirmiers. Le nombre de diplômés de l'école de médecine a diminué.

L'évaluation montre que atteindre les cibles exigera une mobilisation substantielle de RH. Elle recommande que la Côte d'Ivoire développe un plan de RH à long terme et une donnée de base des RH, et fait une meilleure utilisation de ses professionnels de santé. Une évaluation des RH dans le secteur privé est suggérée pour fournir une image complète de l'ensemble du secteur de santé. De même, le pays doit protéger les services existants contre s'effondrement dû à un manque de RH.

Table des Matières {tc "Table of Contents"}

Sigles et Abréviations.....	vii
Remerciements	ix
Collaborateurs	xi
Résumé Exécutif.....	xiii
1. Introduction	1
2. Contexte Général	3
2.1 La couverture sanitaire actuelle.....	3
2.2 La réponse nationale pour augmenter les services	5
2.3 Capacité nationale de production du personnel de santé.....	6
2.4 Défis Pour le Développement des Ressources Humaines de la Santé.....	7
3. Objectif et Méthodologie.....	9
3.1 Objectif.....	9
3.2 Collecte des données	9
3.3 Taille de l'échantillon.....	10
3.4 Approche de Projection	11
4. Résultats et Discussion	13
4.1 Caractéristiques principales des structures sanitaires délivrant les services du VIH/SIDA 13	
4.2 Estimation des ressources humaines actuelles et futures requises pour prester les services du VIH/SIDA et les autres services de base	13
4.3 Les ressources humaines actuelles peuvent elles fournir des services de HIV/SIDA, afin d'atteindre les objectifs du PEPFAR, du développement millénaire et du 3x5 de l'OMS?	17
4.3.1 Scénario 1: Combien de personnels de santé sont ils requis pour réaliser les objectifs de PEPFAR ?	18
4.3.2 Scénario 2 : Réalisation des Objectifs Millénaires de Développement (ODM)	21
4.3.3 Scénario 3: Réalisation des objectifs cibles de l'initiative 3x5 de l'OMS.	22
5. Conclusions	25
6. Recommandations	27
Annexe A: Liste des membres de l'équipe d'enquête	31
Annexe B: Liste des 301 structures enquêtées	33

Annexe C: Hypothèses clés soutenant la projection des personnels de santé	41
Annexe D: Pourcentage des travailleurs ayant cité la crise politique comme raison principale de quitter leur poste en 2002-2004.....	43
Annexe E: Pourcentage de Professionnels de Santé par District, 2002-2004	45
Annexe F: Bibliographie	47

Liste des Tableaux

Tableau 1 Comparaison des besoins exprimés en ressources humaine et les effectifs octroyés.....	8
Tableau 2. Comparaison des diplômés sortant des UFR au nombre de personnes recrutées par la Fonction Publique.....	8
Tableau 3 : Distribution des structures sanitaires par région sanitaire.....	11
Tableau 4a. Situation Actuelle et Projection des Personnels de Santé au taux de recrutement de 40 pourcent par la Fonction Publique.....	14
Tableau 4b : Situation actuelle et projection des professionnels de santé à 90 pourcent du taux de recrutement par la Fonction Publique.....	15
Tableau 5. Taux de Deperdition des Professionnels de Santé du Nord et du Sud,Cote d'Ivoire, 2002-2004	17
Tableau 6. Projection des besoins en personnels de santé pour réaliser les Objectifs Nationaux et du PEPFAR 2005-2008, Côte d'Ivoire.....	19
Tableau 7. Projection de l'Excédent (ou du Déficit) de Personnels de Santé pour maintenir les services de santé de base de 2004 en Cote d'Ivoire.....	20
Tableau 8: Besoins en Ressources Humaines pour Prévenir les Infections – 2005, 2008, 2010 et 2015... ..	22
Tableau 9. Besoins Requis en Ressources Humaines pour les Objectifs Cibles de l'Initiative 3 x 5 de l'OMS : 63,000 Patients sous ART en 2005 en Côte d'Ivoire.....	23

Liste des Figures

Figure 1. Situation des Professionnels de la Santé en Côte d'Ivoire, 1997 & 2002.....	4
Figure 2. Taux de déperdition dans certaines catégories Professionnelles de la santé en Côte d'Ivoire, 2002-2004.....	16

Sigles et Abréviations{tc "Acronyms"}

ART	Traitement anti-rétroviral
BM	Banque mondiale
CDC	Centre Américain pour le Contrôle et la Prévention des maladies
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
CHR	Centres Hospitaliers Régionaux
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNPRA	Comité National de Pilotage du Redéploiement de l'Administration
FMI	Fond monétaire international
GFTAM	Fond Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose, et le Paludisme
HCR	Haut Commissariat aux Réfugiés
HG	Hôpital Général
INFAS	Institut National de Formation des Agents de Santé
MEMSP	Ministère d'Etat, Ministère de la Santé et de la Population
MLS	Ministère chargé de la Lutte contre le SIDA
ODM	Objectifs de Développement Millénaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme des Nations Unies pour la lutte contre le VIH/SIDA
PEPFAR	Le Plan d'Urgence du Président des Etats-Unis contre le SIDA
EPT	Equivalent Plein Temps
PMLS/MAP	Projet Multisectoriel de Lutte contre le Sida
PNPEC	Programme National de Prise en Charge Médicale des Personnes vivant avec le VIH/SIDA
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH/SIDA
RHS	Ressources Humaines pour la Santé
SIDA	Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise
UFR	Unité de Formation et de Recherche
UNICEF	Fonds des Nations Unies Pour l'Enfance
USAID	Agence des Etats-Unis d'Amérique pour le Développement International
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Remerciements

Ce rapport a été conjointement financé par l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) Bureau du VIH/SIDA (OHA) à Washington et le Plan d'Urgence du Président Américain pour la Lutte contre le SIDA (PEPFAR). Le travail a été conduit par le « Projet Partenaires pour la Réforme de la Santé (PHR*plus*) », en collaboration avec le Ministère d'Etat, Ministère de la Santé et de la Population de la Côte d'Ivoire, l'UNICEF, le Centre Américain pour le Contrôle et la Prévention des Maladies (CDC).

L'exécution du présent rapport a été rendue possible grâce à l'appui précieux fourni par les institutions suivantes : le Ministère pour la Lutte contre le SIDA (MLS), le Programme National de Prise en Charge Médicale des Personnes vivant avec le VIH/SIDA(PEC), la Direction de la Formation et de la Recherche (DFR) du Ministère d'Etat, Ministère de la Santé et de la Population (MEMSP), la Direction des Ressources Humaines (DRH) du MEMSP, la Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation (DIPE) du MEMSP, la Direction des établissements professionnels de santé(DEPS) du MEMSP , l'UNICEF et JHPIEGO.

Des remerciements particuliers sont adressés à l'Institut National de la Statistique et Economie Appliquée (ENSEA) pour le rôle important qu'il a joué dans le processus de collecte et de saisie des données. Par ailleurs, nous voudrions exprimer notre reconnaissance aux personnels de santé des structures sanitaires visitées qui ont fourni des informations précieuses sans lesquelles cette étude n'aurait pas été possible.

Les auteurs sont également reconnaissants pour l'appui fourni par USAID/Washington, particulièrement Dr. Vic Barbiero, Dr. Estelle Quain d'OHA, et Karen Cavanaugh du Bureau de la Santé Globale, Bureau de la Santé, Maladies Infectieuses et Nutrition.

Enfin, les auteurs voudraient remercier sincèrement Dr Monica Nolan, Mme Mabel Enti, Mr Jacques Mathieu et Mr Jean-Claude Crinot de CDC/Abidjan et Jyoti Schlesinger de l'USAID/Abidjan pour tout leur appui indispensable.

Collaborateurs

Nous tenons à exprimer nos remerciements de façon particulière aux membres du comité national de pilotage de l'évaluation des ressources humaines pour la santé, qui ont fourni un apport précieux dans le déroulement de cette étude. Que les personnes ci-après ainsi que leurs institutions trouvent ici l'expression de notre gratitude pour leur appui indispensable :

- ▲ Dr Blaise KRAFFA, Direction de la Formation et de la Recherche (DFR), MEMSP.
- ▲ Mme Corine LOPEZ-KOFFI, Direction de la Formation et de la Recherche (DFR), MEMSP.
- ▲ Dr Moïse Z. TUHO, Direction de l'Information, de la Planification et de l'Évaluation (DIPE), MEMSP.
- ▲ Mme Kozolo SORHO-SILUE, Programme National de Prise en Charge Médicale des Personnes vivant avec le VIH/SIDA
- ▲ Mme Marguerite DOFFOU, Ministère chargé de la Lutte contre le SIDA (MLS)
- ▲ B.Toure NAMBALA. Direction des Etablissements Professionnels de Santé (DEPS), MEMSP.
- ▲ Alain Nazaire ACKAH, *PHRplus* Consultant
- ▲ Paul SOSSA, JHPIEGO Cote d'Ivoire
- ▲ Mme Silué LONFO, Direction de la Formation et de la Recherche (DFR), MEMSP.
- ▲ Lazare SICKA, Institut National des Statistiques et Economie Appliquée (ENSEA)
- ▲ Emmanuel Kpangni BENTUNI, Institut National des Statistiques et Economie Appliquée (ENSEA)

Résumé Exécutif {tc "Executive Summary"}

Le manque de ressources humaines dans le secteur de la santé est courant dans beaucoup de pays Africains Subsahariens (USAID, 2003). Le nombre de personnels de santé qualifiés a été de tout temps inadéquat, cependant, au cours de ces dernières années, beaucoup de pays ont souffert d'une pénurie dans presque toutes les catégories professionnelles de la santé. En effet, la production des personnels de santé n'est pas allée de pair avec les besoins en santé, et surtout avec le fardeau sans cesse croissant des maladies dues au VIH/SIDA et à d'autres épidémies qui refont surface.

Les problèmes concernant les ressources humaines pour la santé sont le plus souvent le reflet des défis politiques, sociaux et économiques au sein des pays (OMS, 2005). Depuis 2002, le cas de la Côte d'Ivoire a atteint des proportions de crise à cause des effets du conflit (USAID, 2003). Le fonctionnement général des services de santé a été sévèrement affecté par la crise, conduisant à un accès très limité aux services de santé particulièrement dans les zones de conflit (ONUSIDA, 2004). Selon le Rapport Action Santé en Crise de Novembre 2004 publié par l'OMS, 70 pourcent des structures sanitaires à travers le pays ne fonctionnent pas. La majorité du personnel de santé a déménagé, fuit, ou est dans l'incapacité de se rendre au travail du fait de l'insécurité. Les programmes de santé publique, y compris les programmes de vaccination, ont été arrêtés et les médicaments essentiels sont en rupture de stock dans beaucoup de localités. Le système de surveillance sanitaire à travers le pays est très faible. Tous ces facteurs contribuent à augmenter le risque des maladies transmissibles (OMS, 2004).

La Côte d'Ivoire fait face à trois défis majeurs par rapport à l'augmentation des ressources humaines pour la santé. Premièrement, l'estimation du nombre total de personnels sanitaires requis pour fournir les services du VIH/SIDA et d'autres services de santé de base est un réel déficit, en l'absence des normes du personnel et des modèles de soins spécifiques à la prise en charge du VIH/SIDA. En effet, les besoins en personnels sanitaires sont exprimés de façon empirique par les Directions Régionales. Ces besoins sont par la suite consolidés par la Direction des Ressources Humaines du MEMSP pour établir les besoins nationaux du secteur de la santé, qu'elle transmet au Ministère de la Fonction Publique. Malgré des ratios de personnels de santé sur la population totale comparativement plus élevés que ceux de la moyenne d'autres pays de la sous-région de l'Afrique de l'Ouest, les données montrent que le système de santé de la Côte d'Ivoire requiert davantage de personnels de santé pour garantir un fonctionnement efficace des services de santé requis pour sa population. Les besoins en personnel de santé se sont davantage accrus avec l'implantation des programmes de prise en charge du VIH/SIDA et la résurgence d'autres pathologies à la suite de la situation conflictuelle que traverse le pays.

Deuxièmement, à cause des conditions socio-économiques défavorables, doublées des mesures d'ajustement structurel recommandées par le FMI/BM, le Ministère de la Fonction Publique, en collaboration avec le Ministère d'Etat, Ministère de l'Economie et des Finances, a instauré depuis 1996 des restrictions dans le recrutement des fonctionnaires, au point que les effectifs consentis sont toujours disproportionnels aux besoins réels exprimés par le Ministère d'Etat, Ministère de la Santé et de la Population, ainsi que le témoignent les statistiques des années 2001 et 2004. En moyenne, au cours de ces deux années, les effectifs octroyés ne représentaient que 40 pourcent des besoins exprimés.

Troisièmement, le concours d'entrée à la Fonction Publique, instauré depuis 1996 pour servir de « verrou d'entrée » dans le secteur public, à cause des contraintes budgétaires, cause un sérieux problème d'absorption des ressources humaines disponibles pour la santé. Donc en dépit des besoins réels en ressources humaines pour la santé exprimés par la Direction des Ressources Humaines du Ministère d'Etat, Ministère de la Santé et de la Population, un nombre considérable de médecins est toujours sans emploi.

Le but spécifique de ce rapport est de quantifier les ressources humaines actuellement disponibles et celles requises par le secteur de la santé public pour réaliser les objectifs du Gouvernement et de ses partenaires tels que le GFTAM, PEPFAR, MAP de la Banque Mondiale, et le 3x5 initiative de l'OMS, dans la prise en charge du VIH/SIDA.

Parmi les 301 structures sanitaires enquêtées, seulement 5 pourcent (4 CHU, 7 hôpitaux généraux et régionaux, et 5 centres de santé) dispensaient les ART en 2004. Au cours de cette même période, les médecins généralistes et spécialistes avaient pris en charge 1272 patients dans les soins divers relatifs au VIH/SIDA (ART, CDV, PTME, et Infections Opportunistes). Au cours de l'évaluation, les structures prestant les services ART ont rapporté que chaque médecin consultait en moyenne 13 patients par jour. Cependant, cette moyenne a été accrue par trois structures qui ont rapporté respectivement que les médecins avaient consulté en moyenne 35, 35, et 60 patients par jour ; en déconsidérant ces structures, la moyenne tomberait à 6 patients par médecin par jour. Aussi, chaque conseiller¹ a consulté approximativement 13 patients de CDV par jour et 21 patients de PTME par jour. Il a été également rapporté qu'en moyenne les médecins consacraient 30 minutes par patient par visite pour les ART. Quant aux conseillers, ils consacraient en moyenne 19 minutes par patient de CDV et 18 minutes par patient de PTME. Par ailleurs, la tendance générale que l'on observe dans ces structures sanitaires est l'augmentation rapide du nombre de personnels de santé prestant les services du VIH/SIDA. En 2002, 73 médecins, 60 infirmiers, 88 sages-femmes et 21 techniciens de laboratoire étaient impliqués dans la prise en charge des soins relatifs au sida. En 2004, ce nombre a presque doublé : 144 médecins, 121 infirmiers, 221 sages-femmes et 53 techniciens de laboratoire.

Six principales observations se dégagent de ce rapport. En Premier lieu, nous présentons l'effectif actuel et futur du personnel de santé. Le nombre total de ressources humaines disponibles en 2004 est estimé à 11.749². Les infirmiers constituent la majorité (58 pourcent) de l'effectif total, suivi des sages-femmes (18 pourcent) et des médecins (14 pourcent). En se basant sur les données de base de 2004 (nombre de diplômés et taux de déperdition), et en estimant que les politiques sur les ressources humaines restent inchangées, l'effectif des ressources humaines pour la santé est supposé décroître à 10.023 EPT³ en 2008. Ce qui correspond à une baisse de 15 pourcent de l'effectif total de 2004, et ceci pourrait affecter la prestation des services de santé de base.

¹ Selon le protocole du PTME, les médecins, infirmiers, sages-femmes, psychologues, etc. peuvent être considérés comme conseillers.

² Cette évaluation n'a recensé que les seuls prestataires de santé et assistants sociaux et n'a donc pas pris en compte les travailleurs administratifs.

³ EPT: Equivalent Temps Plein or Full time Equivalent en Anglais (FTE).

En discutant des projections futures, il est important de connaître le nombre de travailleurs de la santé qui entrent actuellement dans le secteur public. Les données de 2001 et de 2004 montrent que seuls 40 pourcent du nombre total de diplômés dans les différentes catégories professionnelles de santé ont été recrutés au cours de chacune de deux années. (Seuls les infirmiers constituent une exception, car près de 90 pourcent des diplômés sortant sont recrutés annuellement par la Fonction Publique). Nous supposons que les autres diplômés entrent dans le secteur privé, restent sans emploi, émigrent, ou vont travailler ailleurs. Eu égard à la projection de l'effectif du personnel, nous avons utilisé deux scénarios, en appliquant le taux actuel de recrutement de 40 pourcent au niveau de la Fonction Publique, et sous un autre scénario plus optimiste, un taux plus élevé de 90 pourcent. Sur la base des 40 pourcent du taux de recrutement, l'effectif projeté de médecins baisserait à 1.559 en 2008, soit une diminution de 2 pourcent par rapport au total de l'effectif de l'année 2004. Les infirmiers connaîtront aussi une baisse de 19 pourcent par rapport au total de l'année 2004, et seront ainsi donc au nombre de 5.568 en 2008. En effet, toutes les catégories professionnelles de santé connaîtront une décroissance au niveau de l'effectif, à l'exception des pharmaciens dont l'effectif sera de 298 en 2008, soit une nette augmentation de 49 pourcent par rapport à l'année 2004. Etant donné le nombre limité de nouveaux diplômés, et les taux élevés de déperdition, l'effectif total prévu des ressources humaines en 2008 est estimé à 10.023, soit une baisse de 15 pourcent par rapport au stock des ressources humaines en 2004.

En second lieu, le secteur public de la santé a souffert d'un taux très élevé de déperdition du personnel. L'année 2002 a été caractérisée par un exode massif de personnels de santé. En effet, le secteur public a perdu le cinquième (1/5) de ses médecins (généralistes et spécialistes), et le quart (1/4) des infirmiers. Il est très évident que le pays a un besoin urgent en infirmiers. Le taux élevé de déperdition et le faible nombre d'infirmiers intégrant le secteur public sont les principales causes de la pénurie des infirmières et infirmiers. Les stratégies pour surmonter ces déficits comprennent la réduction du taux de déperdition et/ou l'augmentation du nombre de diplômés. C'est ainsi par exemple que si les taux de déperdition des infirmiers étaient réduits de moitié, le nombre projeté des infirmiers additionnels varierait de 840 (à 40 pourcent du taux de recrutement) à 870 (à 90 pourcent du taux de recrutement). Bien plus, si les taux de déperdition étaient réduits de moitié et que le nombre des infirmiers diplômés doublait au cours de la même période, le nombre prévu des infirmiers en EPT se situerait entre 1314 à 1936 en 2008. En comparaison, le déficit dans la catégorie des infirmiers, sous la projection de 40 pourcent, serait de 2031 en 2008.

En troisième lieu, la distribution du personnel de santé s'est davantage concentrée sur Abidjan, la capitale et la plus grande ville du pays. L'évaluation a montré que depuis le début de la guerre civile en 2002, la région des Lagunes (abritant Abidjan) comptait 64 pourcent de l'effectif total des médecins, 48 pourcent des infirmiers, 74 pourcent des pharmaciens, 48 pourcent des techniciens de laboratoire et 67 pourcent des assistants sociaux. En 2004, ces chiffres ont augmenté dans toutes les catégories socioprofessionnelles de santé, et particulièrement pour les techniciens de laboratoire (66 pourcent dans la région des Lagunes) et les assistants sociaux (77 pourcent). Etant donné la situation de crise ayant prévalu ailleurs qu'à Abidjan, il n'est pas surprenant que les travailleurs de santé des zones périphériques aient émigré vers la capitale économique du pays. Ainsi donc, Abidjan est devenu un asile temporaire sûr, et il n'est pas certain que ces agents de santé retourneraient à leurs anciens postes dans les provinces, une fois la guerre terminée. En plus de ce déséquilibre entre Abidjan et le reste du pays, il existe aussi des disparités régionales. Par exemple la région des Savanes au Nord a remarquablement peu de personnel de santé dans chaque catégorie professionnelle par rapport à la région de Haut Sassandra au Sud-Est du Pays, bien vrai que les deux régions aient une population de même taille (à peu près 1.2 million).

En quatrième lieu, la question de savoir si la Côte d'Ivoire peut réaliser les objectifs cibles nationaux du VIH/SIDA, qui s'avèrent du reste être en même temps les objectifs cibles de PEPFAR,

est une question complexe qui requiert une analyse approfondie de la situation, y compris celle des politiques et stratégies des ressources humaines. Ce rapport ne donne uniquement que le nombre requis de médecins, des infirmiers, de pharmaciens et de techniciens de laboratoire pour réaliser les objectifs cibles des ART, CDV et PTME sous des initiatives différentes. En 2008, la CI et PEPFAR envisagent une couverture en ART de 77.000 patients. Pour réaliser les objectifs cibles des ART, CDV/PTME en 2005, le nombre total requis de ressources humaines est d'environ 666 EPT. Ce nombre devrait augmenter à 1.699 en 2008, les conseillers et les techniciens de laboratoire constituant la majorité des ressources humaines requises. Il est important de mentionner que les besoins en RH pour les services HIV/SIDA sont un sous-ensemble du total des ressources humaines pour la santé du secteur public, et le pays doit équilibrer la prestation des activités VIH/SIDA avec d'autres activités des services de santé de base comme le paludisme, les maladies diarrhéiques, l'immunisation, la santé maternelle et infantile, etc.

En Cinquième lieu, le nombre insuffisant des infirmières et infirmiers en Côte d'Ivoire constitue la contrainte majeure à la réalisation des objectifs cibles tant nationaux qu'internationaux du VIH/SIDA. Avec cette pénurie, Il sera difficile d'augmenter les services nécessitant des infirmiers, tels que PTME, même si le total additionnel d'effort requis apparaît minimal ; par exemple seulement 32 à 39 infirmiers additionnels à PTE sont nécessaires à travers le pays pour prévenir 19.241/23.569 infections.

Enfin, en terme de RHS en 2008, il apparaît que la Côte d'Ivoire ne sera pas en mesure de maintenir les services de santé de base. En utilisant le taux actuel de 40 pourcent de recrutement dans le secteur public, la projection montre un déficit en personnel de santé dans toutes les catégories professionnelle – médecins, infirmiers, et techniciens de laboratoire – et qui ne fera que s'accroître avec le temps. Le déficit en 2008 est estimé à 331 médecins (ou 18 pourcent du total requis), 2005 infirmiers (27 pourcent), et 533 techniciens de laboratoire (54 pourcent). Au même moment que le système de santé est incapable de recruter du personnel de santé en fonction des besoins réels, chômage parmi les médecins, techniciens de laboratoire, et pharmaciens est élevé.

Les recommandations suivantes sont faites pour aider à résoudre à court et long terme le problème de pénurie en RHS:

- ▲ Le Gouvernement de la Côte d'Ivoire, en collaboration avec les partenaires au développement, devrait envisager des possibilités de recruter du personnel de santé additionnel pour travailler dans les zones rurales desservies. L'expérience dans d'autres pays subsahariens a démontré que pour attirer le personnel de santé dans les zones rurales, il faudrait mettre en place des facteurs de motivation, tels que la prime de dépaysement ou d'éloignement, la gratuité des frais scolaires des enfants, du logement, et de transport, et les formations en cours d'emploi. D'autres options en considération ou déjà implémenter dans d'autres pays, comprennent le recrutement de travailleurs contractuels, recycler et redéployer les agents paramédicaux ou agents de santé communautaires, et redoubler d'efforts à recruter et former le personnel additionnel de santé.
- ▲ Le Gouvernement devrait développer des stratégies novatrices pour motiver le personnel de santé. Ces stratégies pourraient inclure la formation en cours d'emploi sous la surveillance d'un personnel professionnel ; la participation aux séminaires et congrès nationaux et voire même internationaux ; l'instauration des forums d'échange annuel et de partage/ diffusion de meilleures pratiques et expériences entre professionnels oeuvrant dans la prise en charge du VIH/SIDA ; l'organisation périodique des sessions de « burn out » ou syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS).

- ▲ La Côte d'Ivoire a l'avantage d'avoir un grand nombre de médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes, mais dont un grand nombre est malheureusement au chômage. Pour que la Côte d'Ivoire réponde aux objectifs nationaux qu'elle s'est fixée au niveau des services de soins relatifs au VIH/SIDA, l'enveloppe des salaires consacrée aux ressources humaines pour fournir les services des ART, CDV, et PTME devrait être soigneusement revue. En 2002, la Côte d'Ivoire a consacré seulement 1,18 pourcent de son PIB à la santé, ainsi que 0,41 pourcent d'investissement dans le secteur de la santé. (Au cours de la même année, la Côte d'Ivoire a dépensé 2,96 pourcent de son PIB au titre de remboursement des dettes extérieures [FMI, 2004]). Les salaires constituent généralement 40 à 60 pourcent du budget global de la santé. Il est évident que le niveau actuel des dépenses en santé ne peut pas supporter l'enveloppe financière relative au paiement du personnel de santé requis pour réaliser les objectifs nationaux. La prochaine étape dans la planification devrait œuvrer à l'augmentation de l'enveloppe financière de la paie pour un plus grand nombre du personnel de santé, et devrait impliquer les Ministère des Finances et du Plan. Bien plus, Le Gouvernement devrait nouer des discussions avec tous les partenaires au développement pour lever les mesures de recrutement des professionnels de santé requis pour la réalisation des objectifs de santé tant nationaux qu'internationaux.
- ▲ La Côte d'Ivoire doit suivre de très près les causes du taux de départ chez les infirmiers. Des mesures urgentes et agressives devraient être mises en place pour réduire leurs taux de départ. En plus, le gouvernement devrait considérer d'augmenter d'environ 50 pourcent l'effectif des nouveaux inscrits à l'institut National de Formation des Agents de Santé. Le manque d'infirmiers et de personnel de santé allié est la contrainte essentielle à l'augmentation des services de PTME, qui est le moyen le plus efficace de prévenir de nouvelles infections. En outre, l'augmentation du nombre d'infirmiers qualifiés et maintenus semble être parmi le plus rentable des interventions possibles.
- ▲ Des solutions urgentes et concertées entre le Gouvernement et les partenaires au développement de façon générale et de façon spécifique les institutions oeuvrant dans la lutte contre le SIDA, devraient être trouvées pour résoudre le problème de chômage parmi les médecins, techniciens de laboratoire et pharmaciens. Les expériences en cours dans d'autres pays subsahariens en Afrique (exemple de l'Uganda) ont montré que l'on pouvait utiliser les ressources du Fonds Mondial, MAP et PEPFAR pour engager et payer du personnel additionnel pour travailler spécifiquement sur ces programmes.
- ▲ L'absorption totale des ressources humaines disponibles pour la santé en Côte d'Ivoire peut ne pas être actuellement faisable, principalement pour les médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes qui pourraient être en nombre 'excédentaire'. Le fait qu'il y ait un nombre 'excédentaire' constitue certes un avantage pour le pays qui devrait par conséquent, et dans la mesure du possible, explorer des mécanismes formels pour envoyer les personnels de santé sans emploi dans d'autre pays africains subsahariens. Cette exportation de la main d'œuvre qualifiée pourrait se faire soit dans le cadre de la coopération bilatérale ou dans le cadre global du marché libre du travail et partant contribuer financièrement, tant peu soit-il, à la reconstitution du stock initial ou au fonctionnement des institutions de formation tertiaire.
- ▲ Le Ministère de la Santé devrait mettre en place un mécanisme global de coordination pour la réalisation des objectifs cibles des différentes parties prenantes dans la prise en charge des services du VIH/SIDA. Ceci aurait un impact considérable sur la prestation effective et globale des services des ART, CDV, et PTME.

- ▲ Le Gouvernement doit prendre le stock de ressources humaines disponibles dans le secteur privé. Afin de comprendre entièrement les besoins en ressources humaines des services de santé de base et particulièrement des services HIV/SIDA, des évaluations en ressources humaines dans le secteur lucratif et privé non-lucratif sont indispensables.

1. Introduction

Le manque de ressources humaines dans le secteur de la santé est courant dans beaucoup de pays Africains Subsahariens (USAID, 2003). Le nombre de personnel de santé qualifié a été de tout temps inadéquat, cependant, au cours de ces dernières années, beaucoup de pays ont souffert d'une pénurie dans presque toutes les catégories professionnelles de la santé. En effet, la production des personnels de santé n'est pas allée de pair avec les besoins en santé, et surtout avec le fardeau sans cesse croissant des maladies dues au VIH/SIDA et à d'autres épidémies qui refont surface.

Les problèmes concernant les ressources humaines pour la santé sont le plus souvent le reflet des défis politiques, sociaux et économiques au sein des pays (OMS, 2005). Depuis 2002, le cas de la Côte d'Ivoire a atteint des proportions de crise à cause des effets du conflit (USAID, 2003). Le fonctionnement général des services de santé a été sévèrement affecté par la crise, conduisant à un accès très limité aux services de santé particulièrement dans les zones de conflit (ONUSIDA, 2004). Selon le Rapport Action Santé en Crise de Novembre 2004 publié par l'OMS, 70 pourcent des structures sanitaires à travers le pays ne fonctionnent pas. La majorité du personnel de santé a déménagé, fuit, ou est dans l'incapacité de se rendre au travail du fait de l'insécurité. Les programmes de santé publique, y compris les programmes de vaccination, ont été arrêtés et les médicaments essentiels sont en rupture de stock dans beaucoup de localités. Le système de surveillance sanitaire à travers le pays est très faible. Tous ces facteurs contribuent à augmenter le risque des maladies transmissibles (OMS, 2004).

Avec un taux de prévalence de 7 pourcent du VIH dans la population générale (ONUSIDA, 2004), la Côte d'Ivoire est actuellement le pays le plus touché par l'épidémie du VIH/SIDA en Afrique de l'Ouest (Futures Group, 2004). En effet, le SIDA est la première cause de décès chez l'adulte (ONUSIDA, 2004).

Dans un environnement aussi défavorable, l'accroissement de la prestation des services de santé, et en particulier des services du VIH/SIDA, nécessitera une augmentation importante du nombre de personnel de santé qualifié pour dispenser le traitement anti-rétroviral (ART), le Conseil et dépistage Volontaire (CDV), la Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant (PTME), ainsi que le traitement des infections opportunistes et les autres soins de santé de base en général.

2. Contexte Général

2.1 La couverture sanitaire actuelle

Les conditions socioéconomiques favorables et la stabilité politique dont a joui la Côte d'Ivoire après l'indépendance jusqu'à l'aube des années 90 ont créé un environnement propice à l'épanouissement du secteur de la santé. L'effectif global des personnels qui était moins de 100 agents en 1960 était passé à plus de 10.000 agents en 1980, dont 400 médecins. (PNDS, 1996-2005). Les investissements considérables ainsi consentis à la santé pendant les années grasses de l'économie ivoirienne, ont permis à la Côte d'Ivoire d'assurer une couverture géographique et en personnel de santé assez importante par rapport aux autres pays de la sous région de l'Afrique de l'Ouest et d'ailleurs en Afrique subsaharienne.

L'Encadré No 1 montre les taux de couverture par habitant entre 1998 et 2000.

Encadré 1. Couverture Sanitaire par Habitant

1998	1999	2000
Couverture en Etablissements Sanitaires Primaires (EPS)		
1 EPS par 13.516 habitants	1 EPS par 12.112 habitants	1 EPS par 12.257 habitants
Couverture Hospitalière		
1 hopital public par 225.979 habitants	1 hopital public par 227.185 habitants	1 hopital public par 230.983 habitants
Couverture de lits d'hopital par habitants		
1 lit par 2.643 habitants	1 lit par 2.691 habitants	1 lit par 2.890 habitants

Source: RASS 1999-2000

Aussi, la Côte d'Ivoire a des ratios de médecins, infirmiers et sages femmes par habitant proches des normes stipulées par l'OMS. En effet, en 2000, l'on comptait 1 médecin pour 9.739 habitants, 1 infirmier pour 2.374 habitants et 1 sage femme pour 2.081 habitants (Direction des Ressources Humaines, MSP, RASS 1999-2000).

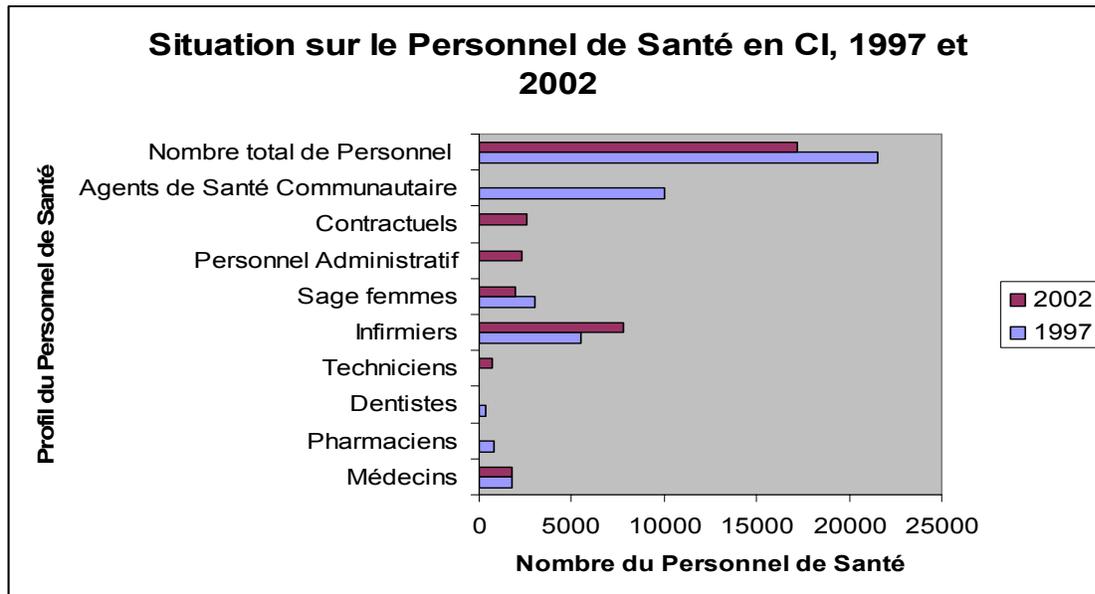
Encadré 2. Ratios de Couverture Médicale en Côte d'Ivoire

Type de Personnel	Normes O.M.S.	Situation 2000
Médecin	1/10.000	1/9.739
Infirmier	1/5.000	1/2.374
Sage femme	1/5.000	2.081

Source : Ministère délégué auprès du Ministre de la Solidarité chargé de la Santé (2002)

Même si ces ratios de couverture de la population en terme de structures et personnels sanitaires sont significatifs, ils n'ont cependant pas répondu aux objectifs du Plan National de Développement Sanitaire à l'horizon 2005 de la Côte d'Ivoire, qui étaient en l'occurrence d'améliorer l'accessibilité aux services sanitaires dans la proportion de 1 ESP pour 10.000 habitants et d'accroître la couverture en médecins de 1 pour 9.000 à 1 pour 6.600 habitants. Bien plus et ainsi que nous allons le voir par la suite, la situation ne s'est pas améliorée depuis 2000, suite à la situation de crise qui secoue depuis lors la Côte d'Ivoire et suite à l'accroissement des besoins liés à la prise en charge des maladies causées par le VIH/SIDA. En effet, outre l'épidémie du VIH/SIDA, la Côte d'Ivoire continue à faire face à d'autres défis majeurs de santé. C'est ainsi qu'en 2001, 400.402 cas de paludisme clinique ont été signalés, dont 133.243 enfants de moins de 5 ans, et 7.002 femmes enceintes (OMS, 2004). Au cours de la même année, les cas de tuberculose (TB) ayant été enregistrés pour traitement étaient de 6.510 (UCSF, 2004). Le graphique, ci après construit à partir des données des rapports annuels de 1997 et 2002 sur la situation sanitaire (Représentation de l'OMS en Côte d'Ivoire, 1997) montre à suffisance l'impact négatif de la crise sur l'effectif du personnel de santé en Côte d'Ivoire.

Figure 1. Situation des professionnels de la sante en Cote d'Ivoire en 1997 et 2002.



Sources: MSP, Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire (RASS), 1997. RCI/DSRP, Santé Côte d'Ivoire, Septembre 2002. Rapport sur la Situation Sanitaire des années 1999 et 2000

2.2 La réponse nationale pour augmenter les services

La Côte d'Ivoire, avec une prévalence du VIH/SIDA estimée à 7 pourcent de la population totale (ONUSIDA, 2004) est l'un des pays les plus affectés par l'épidémie du VIH/SIDA en Afrique de l'Ouest. En effet, sur une population de 16,8 millions d'habitants, 570.000 vivent avec le VIH/SIDA. De ce nombre, 300.000 (52,6 pourcent) sont des femmes âgées de 15 à 49 ans, et 40.000 (7 pourcent) des enfants de moins de 15 ans. Le nombre de décès dus au SIDA, en fin 2003, était estimé à 47.000 cas, et 310.000 enfants avaient perdu l'un ou les deux parents à cause du SIDA (ONUSIDA, 2004). Avec la stabilité relative que le pays connaît ces derniers temps, il y a lieu de penser que les taux de prévalence chez les adultes pourraient augmenter suite au retour des réfugiés, à l'ouverture des frontières, à la reprise du commerce et à la démobilisation des militaires (Garret, 2005). Aussi, selon le Fond Global (GFTAM), le taux brut de mortalité attribuable au VIH augmenterait à environ 53 pourcent en 2005 (GFTAM, 2002).

Face à cette pandémie, le Gouvernement de la Côte d'Ivoire a certes investi des efforts louables en mettant en place non seulement les structures requises pour la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA, mais aussi en s'investissant dans des initiatives de coopération avec des organismes tant bilatéraux que multilatéraux pour faire reculer la pandémie et tous ses effets calamiteux connexes.

La réponse nationale de la Côte d'Ivoire à la pandémie du VIH/SIDA remonte déjà dans les années 1987 avec l'initiation des activités de prévention, de traitement des infections opportunistes et la mise en place d'un système de notification des cas. Par ailleurs, la Côte d'Ivoire a été parmi les premiers pays en Afrique sub-saharienne à initié en 1988, en partenariat avec l'ONUSIDA, la recherche sur l'infection du VIH/SIDA chez les femmes enceintes. En 1998, l'ONUSIDA a initié un projet pilote d'accès aux anti-rétroviraux dont le Gouvernement de la Côte d'Ivoire a pris le relais depuis lors. Un Ministère chargé spécifiquement de la coordination des interventions de lutte contre le VIH/SIDA, le Ministère de la Lutte contre le SIDA, a été mis en place. Une approche globale et multisectorielle fut développée de laquelle est sorti un plan stratégique national (2002-2004).

Des résultats tangibles et encourageants ont déjà été réalisés, mais restent néanmoins disproportionnés par rapport à l'ampleur de l'épidémie. En juin 2004, le nombre d'adultes (15-49) souffrant d'une infection avancée du VIH/SIDA et recevant le traitement anti-rétroviral était estimé à 2.025, alors qu'il y avait 78.000 personnes infectées nécessitant un traitement (ONUSIDA, 2004). Toujours d'après la même source, en juin 2004, il n'y avait seulement que dix huit (18) sites publics et trois (3) ONGs qui offraient les services de Conseil et Dépistage Volontaire (CDV). Aussi, jusqu'en février 2005, seules seize (16) structures sanitaires, sur un total d'environ 1.381 dans le pays, offraient des services de la Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant du VIH, PTME. (Ministère d'Etat, Ministère de la Santé et de la Population, Côte d'Ivoire, PTME, Février 2005). L'on dénombrait aussi en 2004, vingt sept (27) sites dispensant les ART (Présentation sur l'élargissement du Traitement aux ART, CDC, Avril 2005).

D'autres intervenants sont venus renforcer les efforts du Gouvernement de la Côte d'Ivoire, et de ses partenaires traditionnels, comme l'ONUSIDA, OMS, CDC. C'est le cas du Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme qui a approuvé plus de 18 millions de dollars USD pour le renforcement de la réponse nationale à l'épidémie du VIH/SIDA (GFTAM, 2002) ; le Gouvernement américain contribue à la prévention et au traitement du VIH/SIDA et a encore octroyé cette année un financement de près de 43 millions de dollars US pour cinq ans (CDC, CI). La Banque Mondiale a prévu une aide de 50 millions de dollars USD pour les interventions relatives au VIH/SIDA (Banque Mondiale, 2005) ; l'initiative 3x5 de l'OMS; ainsi que d'autres coopérations bilatérales, à l'instar de la Belgique, sont aussi en train de renforcer les efforts du Gouvernement.

Ces nouveaux financements se sont traduits par la mise en place de nouveaux plans d'action pour une rapide expansion et couverture nationale en ART, CDV, et PMTCT. En effet, tous ces financements vont contribuer à:

- ▲ Augmenter l'accès aux services de qualité de CDV dans toutes les régions de la Côte d'Ivoire d'ici 2007 (Programme CDV, PEPFAR 2005, Projet RETROCI-CI, 16 Mars 2005)
- ▲ Réduire de 40 pourcent la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant en renforçant le fonctionnement des sites existants, et en mettant en place un plan d'extension des sites d'ici fin 2007 (Ministère d'Etat, Ministère de la Santé et de la Population, Janvier 2005, Politique Nationale de la PTME) dont 1 centre PTME dans chaque région sanitaire et 1 centre PTME dans chaque district ; et
- ▲ Traiter au moins 30.000 PVVIH avec les anti-rétroviraux d'ici fin 2005 (Atelier sur la généralisation de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA en Côte d'Ivoire, Février 2004), en mettant aussi en place un plan d'extension pour la prise en charge au niveau de tous les chefs lieux de région en 2004, soit un total de 15 régions sanitaires (ibid.).

De façon spécifique, les partenaires impliqués dans l'appui à la prise en charge du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire se sont fixés différents objectifs à réaliser à court et à moyen terme. Le Fonds Mondial vise le traitement de 25.000 nouveaux patients d'ici 2008; PEPFAR vise le traitement d'environ 77.000 patients d'ici 2008 ; L'initiative 3 x 5 lancée par l'OMS vise aussi le traitement de 63.000 personnes d'ici 2005. Bien d'autres projets, comme le Projet "ESTER" et le PMLS/MAP ont aussi des objectifs cibles à réaliser dans les mêmes délais.

La mobilisation des partenaires et des financements ayant été faite, l'attention des différentes parties prenantes dans la lutte contre le VIH/SIDA en Côte d'Ivoire est maintenant portée sur les autres types de contraintes pouvant entraver le processus d'extension des services du VIH/SIDA. Parmi ces contraintes, l'une des plus importantes est celle des ressources humaines, surtout pour la Côte d'Ivoire qui a connue une situation d'instabilité depuis bientôt 5 ans.

En effet, l'éclatement et la persistance du conflit ont exacerbé le déficit en ressources humaines pour la santé. La guerre civile a provoqué un déplacement massif des populations, obligeant environ 800.000 personnes (presque 5 pourcent de la population totale) à fuir leurs maisons. (Futures Group, 2004). Ce conflit a causé, dans le Nord et dans l'Ouest du pays, un accès restreint aux services sociaux et publics de base. Le secteur de la santé a été le plus affecté, car plusieurs centres ont été obligés d'interrompre leurs services suite au départ du personnel clé et des ruptures de stock d'équipements et de médicaments essentiels. Très peu d'activités structurées de promotion de la santé sont en place, hormis les services humanitaires fournis par des ONGs internationales comme Médecins Sans Frontières, Médecins du Monde, les organisations religieuses, et les agences des Nations Unies comme le HCR et l'UNICEF (Futures Group, 2004).

2.3 Capacité nationale de production du personnel de santé.

Trois institutions majeures pourvoient aux besoins en professionnels de santé en Côte d'Ivoire. Il s'agit des Unités de Formation et de Recherche des Sciences Médicales, qui incluent la Pharmacologie, la Biologie et l'Odontostomatologie; de l'Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS) ; et de l'Institut National de Formation Sociale (INFS). Il existe deux Unités de Formation et de Recherche des Sciences Médicales en Côte d'Ivoire, celle d'Abidjan et de Bouaké,

qui annuellement forment ensemble environ 300 médecins. Entre 2002 et 2004, l'UFR d'Abidjan a formé 947 médecins et délivré 424 Certificats d'Etudes Spécialisées (CES) dans différents domaines. Dans la même période (2002-04), L'UFR de Bouaké fondée en 1997 a diplômé 61 étudiants.

L'UFR de pharmacie a depuis sa création en 1977 formé environ 804 pharmaciens. Depuis 2000, le nombre de diplômés a été remarquablement réduit (112 en 2002 et 85 en 2004). Malgré le faible nombre de pharmaciens diplômés, il est de notoriété publique que la plupart d'entre eux n'exercent pas longtemps dans les structures sanitaires publiques et finissent plutôt par exercer dans le secteur pharmaceutique privé plus rémunérateur. Le départ de certains d'entre eux est motivé par le manque de reconnaissance de leur travail et la pénurie de médicaments disponibles dans les structures sanitaires.

L'UFR d'odontostomatologie produit annuellement une vingtaine de chirurgiens dentistes (21 en 2002 ; 28 en 2003 et 26 en 2004). En 2001, on dénombrait dans le secteur public en Côte d'Ivoire, 323 chirurgiens dentistes, avec une densité professionnelle de 1 chirurgien dentiste pour 133547 habitants. Le ratio normal fixé par l'OMS pour les pays en développement en cette matière est de 1 pour 12.000 habitants.

L'Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS) et l'Institut National de Formation Sociale (INFS) ont la charge de former une large portion des personnels sanitaires. De 2002 à 2004, 677 infirmiers diplômés, 426 sages-femmes, 262 infirmiers et sages-femmes spécialisés, 116 laborantins, et 38 gérants de pharmacie ont été formés. Parmi les autres catégories d'agents de santé, l'INFS a formé 133 agents sociaux entre 2002 et 2004.

2.4 Défis Pour le Développement des Ressources Humaines de la Santé

La Côte d'Ivoire a trois défis principaux par rapport à l'augmentation des ressources humaines pour la santé. En premier lieu, il est très difficile d'estimer le nombre total du personnel de la santé requis pour fournir des services du HIV/SIDA et autres services de santé de base sans une méthode compréhensive. Actuellement, les besoins en personnels sont définis de façon empirique par les Directions Régionales. La Direction des Ressources Humaines les consolide pour établir les besoins nationaux du secteur de la santé, et qu'elle transmet au Ministère de la Fonction Publique. Malgré des ratios de personnels de santé sur la population totale comparativement plus élevés que ceux de la moyenne d'autres pays de la sous région de l'Afrique de l'Ouest et d'ailleurs en Afrique Subsaharienne, les données montrent que le système de santé de la Côte d'Ivoire requiert davantage de personnels de santé pour garantir un fonctionnement efficace des services de santé requis pour sa population. Les besoins en personnel de santé se sont davantage accrus avec le renforcement des programmes de prise en charge du VIH/SIDA et la résurgence d'autres pathologies à la suite de la situation conflictuelle que traverse la Côte d'Ivoire.

En deuxième lieu, à cause des conditions socio économiques défavorables, doublées des mesures d'ajustement structurel recommandées par le FMI/BM, le Ministère de la Fonction Publique, en collaboration avec le Ministère d'Etat, Ministère de l'Economie et des Finances, a instauré depuis 1996 des restrictions dans le recrutement des fonctionnaires au point que les effectifs consentis sont toujours disproportionnels aux besoins réels exprimés par le Ministère d'Etat, Ministère de la Santé et de la Population, ainsi que le témoignent les données de l'année 2001 et 2004 dans le Tableau 1. En moyenne, au cours de ces deux années, le nombre de personnel de santé engagé par la fonction publique ne représentait que 40 pourcent des besoins exprimés.

Tableau 1. Comparaison des besoins exprimés en ressources humaine et les effectifs octroyés

Catégories Professionnelles	Nombre requis par le MEMSP 2001	Nombre Octroyé 2001	Nombre requis par le MEMSP 2004	Nombre Octroyé 2004
Médecins	160	119	247	117
Pharmaciens	70	22	11	32
Chirurgiens dentistes	25	20	16	15
Infirmiers	1300	377	949	305
Sages-femmes	500	173	473	196
Techniciens supérieurs de Santé	227	219	211	187

En troisième lieu, le concours d'entrée à la Fonction Publique, instauré en 1996 à la suite des contraintes budgétaires, cause un sérieux problème d'absorption des ressources humaines pour la santé disponibles. Le concours d'entrée sert de « verrou d'entrée » dans le secteur public. C'est ainsi qu'un nombre considérable de médecins est en chômage alors qu'il existe des besoins réels de ressources humaines qui sont annuellement exprimés par la DRH du Ministère d'Etat, Ministère de la Santé et de la Population. Ainsi que le montre le Tableau 2, le nombre de médecins, pharmaciens et chirurgiens ayant été engagé, est largement inférieur au nombre de diplômés sortant des UFR.

Tableau 2. Comparaison des diplômés sortant des UFR au nombre de personnes recrutées par la Fonction Publique

Catégories professionnelles	Effectifs des diplômés au niveau des UFR en 2004	Effectifs des personnes recrutées par la Fonction Publique	Estimation du nombre de Personnes en chômage
Medécins	312	117	195
Pharmaciens	96	32	64
Chirurgiens dentiste	26	15	11

En 2004, seuls 117 médecins avaient théoriquement rejoint l'effectif existant des médecins, et les 195 médecins restants étaient sans emploi. Il est vrai que certains parmi ces médecins ont pu rejoindre le secteur privé ou les ONG, mais il est un fait que les deux secteurs ne résorbent pas tous les diplômés. Ainsi donc, le problème reste entier. Le même problème s'observe aussi pour les chirurgiens dentistes et les pharmaciens. L'ordre des chirurgiens dentistes recensait en Mai 2005 environ 112 chirurgiens dentistes vacataires ou en chômage.

3. Objectif et Méthodologie

3.1 Objectif

L'objectif de cette activité est de travailler en collaboration avec le Ministère d'Etat, Ministère de la Santé et de la Population et les partenaires du Gouvernement américain pour mener une évaluation exhaustive des ressources humaines disponibles et requises afin d'améliorer les services du VIH/SIDA et la prestation des services de santé de base en Côte d'Ivoire. Trois questions principales sont analysées dans ce rapport. D'abord, combien de professionnels de santé sont-ils disponibles aujourd'hui ? Ensuite, quelles catégories de professionnels de santé sont –elles requises pour fournir les services du VIH/SIDA ? Enfin, comment l'effectif de professionnels de santé va-t-il varier dans l'avenir ? Répondre à ces questions constituerait sans nul doute une étape importante vers l'identification de solutions appropriées pour la planification et la gestion des ressources humaines dans le secteur global de la santé en Côte d'Ivoire, et de façon spécifique dans les services du VIH/SIDA.

3.2 Collecte des données

Cette activité d'évaluation des ressources humaines pour la santé a été faite uniquement dans les structures sanitaires du secteur public de la Côte d'Ivoire. Trois approches corrélées ont été utilisées pour collecter les informations sur la situation actuelle des ressources humaines, le nombre de personnels de santé, ainsi que les structures sanitaires offrant les services du VIH/SIDA.

Tout d'abord une revue complète des documents tant publiés que non publiés a été faite pour mieux comprendre la situation actuelle des ressources humaines de la santé et en même temps éclairer le développement des instruments d'enquête. Cette revue de la littérature s'est focalisée de façon spécifique sur des questions relatives au nombre annuel de diplômés dans les Unités de Formation et de Recherche (UFR) des Sciences Médicales, d'Odontostomatologie, des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, de l'Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS). Cette revue de la littérature a aussi porté sur le taux de déperdition et la formation du personnel, etc.

Ensuite, l'équipe a mené des interviews auprès des informateurs clés du Ministère d'Etat, Ministère de la Santé et de la Population, du Ministère chargé de la Lutte contre le SIDA, des partenaires au développement et d'autres parties prenantes, afin de collecter les informations sur la prestation des services du VIH/SIDA, la politique et les stratégies pour les ressources humaines.

Enfin, il y a eu collecte des données dans certaines structures sanitaires sélectionnées à travers le pays. Préalablement à cette collecte, une équipe de 30 enquêteurs (la composition des équipes se trouve en Annexe A) a été constituée et formée pour mener les interviews à l'aide d'un questionnaire structuré. De façon spécifique, les enquêteurs ont collecté dans chaque structure sanitaire sélectionnée les informations sur les objectifs cibles des services des anti-rétroviraux (ART), du Conseil et Dépistage Volontaire (CDV), de la prévention de la transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) et PTME plus, le nombre de personnel de santé fournissant les services du VIH/SIDA, la

déperdition du personnel, et la formation du personnel. Le traitement des données a été ensuite fait grâce au logiciel SPSS, puis l'analyse grâce au logiciel STATA.

3.3 Taille de l'échantillon

Pour avoir un échantillon représentatif à 95 pourcent de niveau de confiance avec une marge d'erreur de plus ou moins 5 pourcent, un échantillon aléatoire de 301 structures sanitaires a été tiré de la population totale d'environ 1.381 structures sanitaires existantes dans le secteur public de la Côte d'Ivoire.

Pour renforcer davantage la représentativité de l'échantillon au regard de la localisation géographique, du niveau des soins (primaire, secondaire, tertiaire), du type de soins (les structures fournissant les services du HIV/SIDA) et de la distribution des ressources humaines, des critères d'inclusion avec certitude ont été adoptés pour certaines structures sanitaires. C'est ainsi que tous les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), tous les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), tous les Hôpitaux Généraux (HG) ont été inclus avec certitude dans l'échantillon. Aussi, tous les sites de prestation des services du VIH/SIDA ont été inclus, étant donné que l'évaluation avait une emphase particulière sur cet aspect. (La liste complète des structures sanitaires échantillonnées est en Annexe B)

Pour le reste des structures sanitaires, elles ont été équitablement réparties entre 19 régions administratives, étant donné que les régions sanitaires de Lagunes 1 et 2 avaient déjà respectivement 15 et 23 structures sanitaires incluses avec certitude dans l'échantillon, suite à leur appartenance aux critères cités ci-dessus.

Ainsi donc, un échantillonnage systématique a été tiré sur le reste des structures sanitaires, en utilisant un pas de sondage, avec tirage aléatoire du premier chiffre dans chaque région. Le pas de sondage a été obtenu en divisant le nombre restant de structures sanitaires de la population par le nombre de régions, ainsi que cela est illustré dans l'Encadré 3.

Encadré 3. Méthode d'échantillonnage systématique

Si, K = le pas de sondage, et R = un chiffre aléatoire entre 1 et K ,
On choisissait d'abord la R ème structure sur la liste complète des structures sanitaires de la région, suivie après par chaque K ème structure jusqu'à ce que le nombre requis de structures à échantillonner soit atteint.

Le Tableau 3 ci-dessous montre la distribution des structures sanitaires par région sanitaire.

Tableau 3. Distribution des structures sanitaires par région sanitaire

Région	Structures Sanitaires HIV sélectionnées avec certitude	Autres Structures Sanitaires sélectionnées avec certitude			Nombre de Structures choisies pour l'échantillonnage	Total
		Hôpitaux Universitaires	Hôpitaux Régionaux	Hôpitaux Généraux		
LAGUNES 1	9	1		5		15
LAGUNES 2	16	2		5		23
SUD-COMOE			1	4	10	15
MOYEN-COMOE	6		1	1	7	15
HAUT SASSANDRA			1	2	13	16
FROMAGER	1			1	14	16
MOYEN CAVALLY			1	2	12	15
BAS SASSANDRA	4		1	4	7	16
LACS			1	3	11	15
AGNEBY			1	1	13	15
SUD BANDAMA			1	1	13	15
NZI COMOE			1	4	11	16
MARAHOUÉ			1	2	12	15
ZANZAN			1	2	13	16
VALLEE DU BANDAMA		1		4	11	16
SAVANES			1	3	12	16
MONTAGNES			1	3	12	16
DENGUELE-BAFING			1	1	13	15
WORODOUGOU			1	1	13	15
TOTAL	36	4	15	49	197	301

3.4 Approche de Projection

Les projections des besoins en ressources humaines sont faites dans ce rapport en utilisant une méthodologie consistante sous différents scénarios. En effet, le total des besoins en ressources humaines a été obtenu en multipliant la moyenne du temps consacré à la prestation des soins par patient et par activité par le nombre cible des patients par type de services. Les effectifs en ressources humaines sont exprimés par après en Equivalence de Plein Temps (EPT). En Côte d'Ivoire, on estime qu'il y a par an 211 jours (1.688 heures) ouvrables au cours des quels les travailleurs du secteur de la santé ont contact avec les patients. (Y compris le temps de non prestation des services, tels que le temps consacré au travail administratif et le temps consacré aux pauses)

4. Résultats et Discussion

Cette section présente les résultats principaux de l'évaluation. La première partie présente les caractéristiques principales des structures sanitaires fournissant les services du VIH/SIDA alors que la deuxième partie effectue la projection du nombre actuel et futur de personnels de santé en se basant sur le nombre annuel de diplômés et le taux de déperdition de personnels de santé clés. Enfin, la dernière partie de cette section évalue les possibilités des ressources humaines actuelles à fournir les services de santé requis pour réaliser les objectifs majeurs tels que PEPFAR, les Objectifs de Développement Millénaire (ODM), et l'initiative 3x5 de l'OMS.

4.1 Caractéristiques principales des structures sanitaires délivrant les services du VIH/SIDA

Parmi les 301 structures sanitaires enquêtées, seulement 5 pourcent (4 CHU, 7 hôpitaux généraux et régionaux, et 5 centres de santé) dispensaient les ART en 2004. Au cours de cette même période, les médecins généralistes et spécialistes avaient pris en charge 1272 patients dans les soins divers liés au VIH/SIDA (ART, CDV, PTME, et Infections Opportunistes). Au cours de l'évaluation, les structures fournissant les services ART ont rapporté que chaque médecin consultait en moyenne 13 patients par jour. Cependant, cette moyenne a été accrue par trois structures qui ont rapporté respectivement que les médecins avaient consulté en moyenne 35, 35, et 60 patients par jour ; en déconsidérant ces structures, la moyenne tomberait à 6 patients par médecin par jour. Aussi, chaque conseiller⁴ a consulté approximativement 13 patients de CDV par jour et 21 patients de PTME par jour. Il a été également rapporté qu'en moyenne les médecins consacraient 30 minutes par patient par visite pour les ART. Quant aux conseillers, ils consacraient en moyenne 19 minutes par patient de CDV et 18 minutes par patient de PTME. Par ailleurs, la tendance générale que l'on observe dans ces structures sanitaires est l'augmentation rapide du nombre de personnels de santé prestant les services du VIH/SIDA. En 2002, 73 médecins, 60 infirmiers, 88 sages-femmes et 21 techniciens de laboratoire étaient impliqués dans la prise en charge des soins relatifs au sida. En 2004, ce nombre a presque doublé : 144 médecins, 121 infirmiers, 221 sages-femmes et 53 techniciens de laboratoire.

4.2 Estimation des ressources humaines actuelles et futures requises pour prester les services du VIH/SIDA et les autres services de base

Trois principales observations sont décrites dans cette section. En Premier lieu, nous présentons l'effectif actuel et futur du personnel de santé. Le nombre total de ressources humaines disponibles en 2004 est estimé à 11.749⁵. Les infirmiers constituent la majorité (58 pourcent) de l'effectif total, suivi des sages-femmes (18 pourcent) et des médecins (14 pourcent). En se basant sur les données de base

4 Selon le protocole du PTME, les médecins, infirmiers, sages-femmes, psychologues, etc. peuvent être considérés comme conseillers.

5 Cette évaluation n'a recensé que les seuls prestataires de santé et assistants sociaux et n'a donc pas pris en compte par exemple les administratifs.

de 2004 (nombre de diplômés et taux de déperdition), et en supposant que les politiques sur les ressources humaines restent inchangées, l'effectif des ressources humaines pour la santé est supposé décroître à 10.023 EPT en 2008. Ce qui correspond à une baisse de 15 pourcent de l'effectif total de 2004, ce qui pourrait affecter la prestation des services de santé de base. Les principales hypothèses soutenant les projections sont décrites en Annexe C.

En discutant des projections futures, il est important de connaître le nombre de travailleurs de santé qui entrent actuellement dans le secteur public. Les données de 2001 et de 2004 montrent que seuls 40 pourcent du nombre total de diplômés dans les différentes catégories professionnelles de santé ont été recrutés au cours de chacune de deux années. (Seuls les infirmiers constituent une exception, car près de 90 pourcent des diplômés sortant sont recrutés annuellement par la Fonction Publique). Nous supposons que les autres diplômés entrent dans le secteur privé, restent sans emploi, émigrent, ou vont travailler ailleurs. Eu égard à la projection de l'effectif du personnel, nous avons utilisé deux scénarios, en appliquant le taux actuel de recrutement de 40 pourcent au niveau de la Fonction Publique, et sous un autre scénario plus optimiste, un taux plus élevé de 90 pourcent. Ainsi que cela est montré dans le Tableau 4a, toutes les catégories professionnelles de santé connaîtront une décroissance au niveau de l'effectif, à l'exception des pharmaciens dont l'effectif sera de 347 en 2008, soit une nette augmentation de 74 pourcent par rapport à l'année 2004. L'effectif projeté de médecins baisserait à 1.559 en 2008, soit une diminution de 2 pourcent par rapport au total de l'effectif de l'année 2004. Les infirmiers connaîtront aussi une baisse de 19 pourcent par rapport au total de l'année 2004, et seront ainsi donc au nombre de 5.568 en 2008. Etant donné le nombre limité de nouveaux diplômés, et les taux élevés de déperdition, l'effectif total prévu des ressources humaines en 2008 est estimé à 10.023, soit une baisse de 15 pourcent par rapport au stock des ressources humaines en 2004.

Tableau 4a. Situation Actuelle et Projection des Personnels de Santé au taux de recrutement de 40 pourcent par la Fonction Publique

Personnels de Santé	Effectif des RH en 2004	Moyenne Annuelle des Diplômes (2002-04)*	Moyenne de 40 pourcent du nombre total de diplômés recrutés par le secteur public (2002-2004)	Moyenne annuelle du taux de déperdition (2003-04)	Effectif Estimé des RH			
					2005	2006	2007	2008
Médecins	1,592	336	134	0.09	1,583	1,574	1,567	1,559
Infirmiers	6,842	313	125	0.07	6,488	6,159	5,853	5,568
Sages-femmes	2,147	142	57	0.09	2,011	1,887	1,774	1,671
Dentistes	256	25	10	0.03	256	256	255	255
Pharmaciens	200	118	47	0.04	239	276	312	347
Techniciens de Labo	460	38	15	0.04	457	454	451	448
Agents Sociaux	252	44	18	0.17	227	207	189	175
Total	11,749				11,261	10,813	10,401	10,023

Note : La projection de l'effectif au cours d'une année donnée est égale à l'effectif de l'année précédente plus 40 pourcent de la moyenne du nombre de diplômés annuels depuis 2002 à 2004 moins le produit du taux moyen de déperdition de 2003 à 2004 et l'effectif de l'année précédente. Les effectifs en Ressources Humaines sont exprimés en EPT.

Le deuxième scénario quantifie l'effectif de personnels de santé si la Fonction Publique venait à absorber 90 pourcent du total des diplômés sortant. Actuellement, seuls les diplômés infirmiers sont recrutés à concurrence de ce taux, et si les autres personnels de santé l'étaient aussi, la situation pourrait changer considérablement ainsi que cela est montré dans le Tableau 4b. En effet, l'effectif des médecins augmenterait jusqu'à 2.146 en 2008, soit une augmentation de 35 pourcent par rapport au total de l'année 2004. Les techniciens de laboratoire réaliseraient également une augmentation de 13 pourcent par rapport au total de l'année 2004, soit 520 techniciens de laboratoire en 2008. Le nombre de pharmaciens passerait à 568 en 2008, soit une augmentation nette de 184 pourcent par rapport à l'année 2004. Cette augmentation importante du nombre de pharmaciens serait en grande partie due au nombre annuel élevé de diplômés en pharmacie, soit une moyenne de 118 pharmaciens immatriculés annuellement de 2002 à 2004. Les seules réductions observées se trouvent dans les catégories professionnelles des assistants sociaux, des infirmiers et sages-femmes, qui connaîtront respectivement en 2008 une baisse de 10 et 11 pourcent de leurs effectifs.

Tableau 4b : Situation actuelle et projection des professionnels de santé à 90 pourcent du taux de recrutement par la Fonction Publique

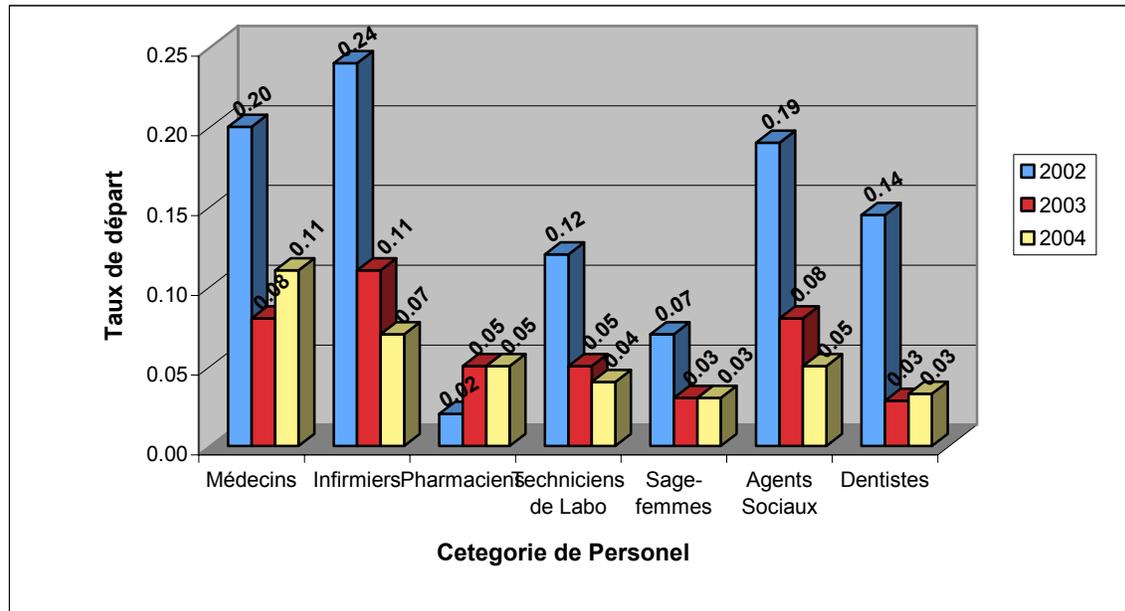
Personnels de Santé	Effectif des RH en 2004	Moyenne Annuelle des Diplômes (2002-04)*	Moyenne de 90 pourcent du nombre total de diplômés recrutés par le secteur public (2002-2004)	Moyenne annuelle du taux de déperdition (2003-04)	Effectif Estimé des RH			
					2005	2006	2007	2008
Médecins	1,592	336	302	0.09	1,751	1,895	2,026	2,146
Infirmiers	6,842	313	281	0.07	6,644	6,460	6,289	6,130
Sages-femmes	2,147	142	128	0.09	2,082	2,022	1,968	1,919
Dentistes	256	25	23	0.03	268	280	291	302
Pharmaciens	200	118	106	0.04	296	392	482	568
Techniciens de Labo	460	38	34	0.04	476	491	506	520
Agents Sociaux	252	44	40	0.17	249	247	245	243
Total	11,749				11,766	11,787	11,807	11,828

Note : La projection de l'effectif au cours d'une année donnée est égale à l'effectif de l'année précédente plus 90 pourcent de la moyenne du nombre de diplômés annuels depuis 2002 à 2004 moins le produit du taux moyen de déperdition de 2003 à 2004 et l'effectif de l'année précédente. Les effectifs en Ressources Humaines sont exprimés en EPT.

En second lieu, le secteur public de la santé a souffert d'un taux très élevé de déperdition du personnel. La Figure 2 montre les taux de déperdition dans certaines catégories professionnelles de santé depuis l'année 2002 jusqu'en 2004. L'année 2002 a été caractérisée par un exode massif de personnels de santé. En effet, le secteur public a perdu le cinquième (1/5) de ses médecins (généralistes et spécialistes), et le quart (1/4) de ses infirmiers. L'instabilité politique a beaucoup contribué au taux élevé de déperdition à travers le pays. Les données de l'enquête faite dans les 301 structures sanitaires montrent que parmi les personnels de santé qui ont quitté leurs postes en 2002, 59

pourcent de médecins, 75 pourcent des infirmiers, 67 pourcent de sages femmes, 59 pourcent de techniciens de laboratoire, et 37 pourcent des assistants sociaux, ont mentionné la crise politique comme raison principale de leur départ.

Figure 2. Taux de déperdition dans certaines catégories professionnelles de la santé, Côte d'Ivoire 2002-04



Et de façon plus spécifique, les régions du nord⁶ ont souffert d'un exode massif causé par l'instabilité politique. En effet, d'après la présente évaluation et ainsi que cela est montré dans le Tableau 5, 78 pourcent des médecins, 65 pourcent des infirmiers, 59 pourcent des sages femmes, 50 pourcent des assistants sociaux ont quitté leurs postes en 2002 dans les régions du nord où vivent 6,5 millions, soit 37 pourcent de la population nationale. Aucune donnée n'indique où ces personnels de santé seraient partis, quand bien même il serait très probable qu'ils soient partis au sud du pays. Dans les régions du sud (ou dans le reste du pays), au cours de la même année, le taux de déperdition pour tous les personnels de santé à l'exception des assistants sociaux était en dessous de 10 pourcent. Au fur et à mesure que la crise politique en Côte d'Ivoire s'atténuait, les taux de déperdition ont sensiblement baissé dans toutes les catégories professionnelles de santé. (Voir Annexe D pour plus de détails).

⁶ Les régions du nord sont Zazan, Worodougou, Bafin, Dengueélé, Savanes, Dix-Huit, Montagne, Vallée du Bandama, et Haut Sassandra.

Tableau 5. Taux de Déperdition des Professionnels de Santé du Nord et du Sud, Cote d'Ivoire, 2002-2004

	Nord			Sud		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004
Médecins	0.78	0.14	0.10	0.07	0.07	0.11
Dentistes	0.65	0.00	0.00	0.04	0.03	0.04
Infirmiers	0.59	0.08	0.04	0.06	0.08	0.07
Sages femmes	0.65	0.07	0.05	0.08	0.10	0.08
Techniciens de labo	0.31	0.17	0.00	0.08	0.04	0.05
Assistants Sociaux	0.50	0.22	0.00	0.15	0.16	0.19
Pharmaciens*	0.00	0.00	0.00	0.02	0.04	0.05

* Les pharmaciens étaient moins de cinq partout au Nord au cours de ces trois années, et aucun d'entre eux n'avait quitté son poste pendant toute cette période.

En troisième lieu, la distribution du personnel de santé s'est davantage concentrée sur Abidjan ainsi que cela est montré dans l'Annexe E. L'évaluation a en effet montré que depuis le début de la guerre civile en 2002, la Région des Lagunes abritant Abidjan comptait 64 pourcent de l'effectif total des médecins, 48 pourcent des infirmiers, 74 pourcent des pharmaciens, 48 pourcent des techniciens de laboratoire et 67 pourcent des assistants sociaux. En 2004, ces chiffres ont augmenté dans toutes les catégories socioprofessionnelles de santé, et particulièrement pour les techniciens de laboratoire (66 pourcent dans Lagunes) et les assistants sociaux (77 pourcent). Vu la situation de crise prévalant partout ailleurs, il n'est pas surprenant que les zones périphériques aient émigré vers la capitale Abidjan. Ainsi donc, Abidjan est devenu un asile temporaire sûr, et il n'est pas certain que ces personnels de santé retournent à leurs anciens postes dans les provinces, dès lors que la guerre sera terminée. Cependant, des efforts louables sont fournis par le Gouvernement de Côte d'Ivoire pour adresser ce problème, car en octobre 2003, il a mis en place un Comité National de Pilotage du Redéploiement de l'Administration (CNPRA). Pour la santé, à peu près 1.220 sur 2.417 agents déplacés de guerre qui s'étaient fait enregistrés avaient déjà été redéployés (Source : DRH). Le déséquilibre n'existerait pas seulement entre Abidjan et le reste de la Côte d'Ivoire, mais il existe aussi de grandes disparités régionales, ainsi que cela est montré dans l'Annexe E. C'est ainsi que par exemple la région des Savanes au Nord a remarquablement peu de personnels de santé dans chaque catégorie professionnelle que la région de Haut Sassandra au Sud Est du Pays, alors que les deux régions ont une population de même taille. (Environ 1,2 million).

4.3 Les ressources humaines actuelles peuvent elles fournir des services de HIV/SIDA, afin d'atteindre les objectifs du PEPFAR, du développement millénaire et du 3x5 de l'OMS?

Cette section examine le nombre de personnels de santé requis pour réaliser les objectifs nationaux et ceux du PEPFAR, OMD, et OMS 3x5, en utilisant la moyenne de temps antérieurement mentionné dans la Section 4.1. La Côte d'Ivoire a par exemple fixé un objectif national de mettre 77.000 patients sous ART d'ici 2008, et les partenaires au développement contribuent à cet objectif soit directement ou indirectement. Les projections ci-après supposent que le personnel travaille à temps plein (211 jours par an selon les normes nationales), et que ces prestataires consultent un certain nombre de patients pendant un certain nombre de leur temps annuel et par activité.

4.3.1 Scénario 1: Combien de personnels de santé sont ils requis pour réaliser les objectifs de PEPFAR ?

La question de savoir si la Côte d'Ivoire peut réaliser les objectifs cibles nationaux du VIH/SIDA, et qui s'avèrent être en même temps les objectifs cibles de PEPFAR, est une question complexe qui requiert une analyse approfondie de la situation, y compris celle des politiques et stratégies des ressources humaines. Ce rapport ne donne uniquement que le nombre requis de médecins, des infirmiers, de pharmaciens et de techniciens de laboratoire pour réaliser les objectifs cibles des ART, CDV et PTME au niveau national et sous l'initiative de PEPFAR. En 2008, PEPFAR envisage une couverture en ARV de 77.000 patients en Côte d'Ivoire. Les chiffres du CDV dérivent des objectifs cibles des ART⁷. Ainsi que cela est montré dans le Tableau 6, pour réaliser les objectifs cibles des ART, CDV/PTME en 2005, le nombre total requis de ressources humaines est d'environ 666 ETP. Ce nombre devrait augmenter à 1.699 en 2008, les conseillers et les techniciens de laboratoire constituant la majorité des ressources humaines requises. Il est important de rappeler que les besoins nationaux et du PEPFAR en ressources humaines sont un sous-ensemble du total des ressources humaines pour la santé du secteur public, et qu'il est important que le pays puisse équilibrer la prestation des services compréhensifs du VIH/SIDA avec d'autres activités des services de santé de base comme le paludisme, les maladies diarrhéiques, l'immunisation, la santé maternelle et infantile, etc.

⁷ Le nombre additionnel de patients ART requis au cours d'une année donnée est égal au nombre de clients recevant le CDV au cours de cette année x % des clients CDV testant positivement (en assumant que le taux de prévalence est double, à cause de la sélection adverse) x % de clients positifs CDV prévus d'être éligibles aux ART (20pourcent OMS), c. à .d. le nombre de CDV = nombre d' ART x 100/14 x 100/20 = nombre ART/(14 pourcent x 20pourcent)

Tableau 6. Projection des besoins en personnels de santé pour réaliser les Objectifs Nationaux et du PEPFAR 2005-2008, Côte d'Ivoire.

ART				
Année	2005	2006	2007	2008
Nombre cible de Patients	23,100	46,200	61,600	77,000
Types de Staff				
Médecins	50	100	134	167
Infirmiers	50	100	134	167
Pharmaciens	25	50	67	84
Techniciens de Labo	25	50	67	84
CDV/PMTE				
Année	2005	2006	2007	2008
Nombre cible de Patients	721,429	1,072,085	1,341,714	1,676,629
Types de Staff				
Conseillers*	344	511	639	798
Techniciens de Labo	172	255	319	399
TOTAL				
Année	2005	2006	2007	2008
Nombre cible de Patients	744,529	1,118,285	1,403,314	1,753,629
Types de Staff				
Médecins	50	100	134	167
Infirmiers	50	100	134	167
Pharmaciens	25	50	67	84
Techniciens de Labo	197	305	386	483
Conseillers*	344	511	639	798

* D'après les protocoles de la PTME, peuvent être considérés comme conseillers : les médecins, infirmiers, sages-femmes, psychologues dument formés.

D'après le Tableau 7 ci-dessous, la projection des besoins en personnels de santé en EPT pour 2008, est égale à la somme du nombre de personnels requis pour maintenir le niveau du personnel de santé par habitant de l'année 2004 (ratio prestataire par patients) et les besoins nationaux et du PEPFAR en personnel requis pour les services des ART, PTME et CDV. En comparant ceci à la projection du nombre de personnels du secteur public, cela nous donne une idée du déficit en ressources humaines pour maintenir le niveau de base (2004) des services de santé. En utilisant le taux actuel de recrutement de 40 pourcent dans le secteur public (à l'exception des infirmiers qui connaissent un taux de recrutement de 90 pourcent), la projection montre un déficit global dans toutes les catégories professionnelles de santé. Même s'il est projeté que la Côte d'Ivoire aurait un surplus de pharmaciens en 2008, le pays fait face néanmoins à une pénurie grave en médecins, infirmiers, et techniciens de laboratoire et qui ne fera que s'aggraver avec le temps. En 2008, les projections montrent que la Côte d'Ivoire aura un déficit de 331 médecins (ou 18 pourcent du total requis), 2.005 infirmiers (27 pourcent), et 533 techniciens de laboratoire (54 pourcent). Les données montrent qu'il sera difficile pour la Côte d'Ivoire de maintenir les services de santé de base, et par conséquent que ce serait un défi sans cesse croissant de fournir les services du VIH/SIDA tant au niveau des objectifs nationaux que ceux du PEPFAR.

Le résultat le plus navrant est que la Côte d'Ivoire connaît une pénurie grave d'infirmiers. Le taux élevé de déperdition et la faible cohorte annuelle d'infirmiers intégrant la fonction publique sont les principales raisons de la pénurie des infirmiers. À la différence de leurs pairs médecins, les infirmiers diplômés intègrent la fonction publique à un taux de recrutement de presque 90%,

cependant et tel que cela est montré dans le Tableau 7, le déficit dans la catégorie des infirmiers reste impressionnant, soit approximativement 1.443 infirmières en 2008, ou alors presque 19% des besoins prévus.

Tableau 7. Projection de l'Excédent (ou du Déficit) de Personnels de Santé pour maintenir les services de santé de base de 2004 en Cote d'Ivoire.

Types de Staff		2005	2006	2007	2008
Médecins	Disponible Projeté	1,583	1,574	1,567	1,559
	Besoin total projeté	1,666	1,756	1,823	1,890
	Surplus (Déficit)	-83	-182	-256	-331
Infirmiers*	Disponible Projeté	6,644	6,460	6,289	6,130
	Besoin total projeté	7,029	7,218	7,395	7,573
	Surplus (Déficit)	-385	-758	-1,106	-1,443
Pharmaciens	Disponible Projeté	239	276	312	347
	Besoin total projeté	229	258	279	300
	Surplus (Déficit)	10	18	33	47
Techniciens de Labo	Disponible Projeté	457	454	451	448
	Besoin total projeté	667	783	874	981
	Surplus (Déficit)	-210	-329	-423	-533
Conseillers**	Disponible Projeté				
	Besoin total projeté	N/A	N/A	N/A	N/A
	Surplus (Déficit)	344	511	639	798

*Dans ce tableau, le taux de 90 pourcent a été appliqué aux seuls infirmiers, alors que le taux de 40% a été utilisé pour toutes les autres professions.

**D'après les protocoles de la PTME, peuvent être considérés comme conseillers : les médecins, infirmiers, sages-femmes, psychologues dument formés

Note: Les besoins totaux au cours d'une année donnée sont mesurées par la somme des personnels de santé requis pour les soins relatifs au Sida, plus le nombre des personnels de santé requis pour maintenir le ratio du prestataire à la population générale de l'année 2004, indépendamment des ART, CDV, et PTME. La croissance annuelle de la population de la Cote d'Ivoire est de 2 pourcent (U.S. CIA 2005). Par conséquent le nombre de personnels de santé augmenterait annuellement de 2 pourcent pour maintenir le ratio de l'année 2004. Notez bien que l'effectif des Ressources Humaines est exprimé en EPT.

Les stratégies pour pallier ces pénuries comprennent la réduction du taux de déperdition et/ou l'augmentation du nombre de diplômés. C'est ainsi que par exemple si le taux de déperdition était réduit de 50 pourcent, la projection du nombre additionnel d'infirmiers en 2008 serait de 870 (au taux de 90 pourcent de recrutement). Certes que le taux de recrutement élevé pour les infirmiers diplômés offre une lueur d'espoir si la Côte d'Ivoire peut former très rapidement de plus grandes cohortes d'infirmiers. Si le taux de déperdition était réduit de 50 pourcent et que le nombre de diplômés doublait au cours de la même période, la projection du nombre additionnel des infirmiers EPT en 2008 serait de 1.936 (au taux de 90 pourcent de recrutement). Cet effectif de 1.936 infirmiers additionnels est très encourageant, car ces infirmiers pourraient couvrir non seulement la demande projetée en infirmiers, mais aussi la plupart ou tous les besoins projetés en conseillers pour le CDV et la PTME.

4.3.2 Scénario 2 : Réalisation des Objectifs Millénaires de Développement (ODM)

La Côte d'Ivoire est l'un des pays signataires des Objectifs Millénaires de Développement. Dans le cadre de cette initiative, la Côte d'Ivoire s'est engagée à réduire la mortalité maternelle et infantile ; aussi, la prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant (PTME) est une composante clé de ce programme. Etant donné que les Objectifs Millénaires de Développement de la Côte d'Ivoire ne sont pas quantifiés, ce rapport ne pourra donner que seulement le nombre d'infections qui seront prévenues grâce au programme de PTME et ne spécifie pas si les ODM seront atteints en Côte d'Ivoire. Au fur et à mesure que les programmes se développent, des analyses plus approfondies devraient être menées pour déterminer le niveau de réalisation des ODM par la Côte d'Ivoire.

Avec un taux de natalité de 35,5 enfants pour 100.000 habitants, la Côte d'Ivoire aura approximativement 614.000 naissances vivantes en 2005. Aussi, avec un taux de prévalence de VIH de 10,8 pourcent, l'on estime que 66.347 mères seraient VIH positives. Par ailleurs, l'on sait que sans aucun effort de prévention, le taux de transmission de la Mère à l'Enfant est de 39 pourcent ; par contre, une intervention efficace de PTME pourrait réduire ce taux à 10 pourcent. Ainsi donc, sans aucune intervention de PTME, la Côte d'Ivoire pourrait s'attendre à 25.875 nouveaux nés infectés par le VIH. Cependant, avec l'initiation de la PTME, seuls 6.635 enfants pourraient être infectés et partant 19241 cas d'infection seraient prévenus en 2005. La PTME devrait prévenir 20.448 cas en 2008, 21.295 cas en 2010, et 23.569 cas en 2015.

Combien de personnels de santé sont-ils requis pour la PTME ? Actuellement en Côte d'Ivoire, une équipe composée d'un infirmier (conseiller), d'une sage-femme (soins prénatal et postnatal) ainsi qu'un laborantin (test) traite en moyenne 10 patients de PTME par jour. Au cours d'une année, cette équipe travaille 211 jours et soigne 2.100 patients de PTME. Ainsi donc, environ 32 infirmiers, 32 sages-femmes, et 32 techniciens de laboratoire pourraient assurer la couverture des 66.347 mères nécessitant la PTME en 2005. Aussi, moyennant une stabilisation du taux de naissance, une cohorte légèrement plus grande composée de 39 infirmiers, sages-femmes et laborantins pourrait assurer la prise en charge de la demande de la PTME jusqu'en 2015 ainsi que cela est montré dans le Tableau 8. En dépit du nombre relativement modeste en personnels de santé requis par la PTME, son extension accentuerait néanmoins davantage de pression sur un système de santé publique souffrant déjà d'un sous effectif sans cesse croissant. Le manque crucial et persistant d'infirmiers et de techniciens de laboratoire continuera à limiter la capacité du secteur de santé publique d'offrir les services de PTME.

Tableau 8: Besoins en Ressources Humaines pour Prévenir les Infections – 2005, 2008, 2010 et 2015

	2005	2008	2010	2015
Toutes les naissances	614.323	65.2884	679.926	752.535
Mères HIV +	66.347	70.511	73.432	81.274
Nouveaux nés HIV+ sans traitement PTME	25.875	27.499	28.638	31.697
Nouveaux nés HIV+ avec traitement PTME	6.635	7.051	7.343	8.127
Infections Prévenues	19.241	20.448	21.295	23.569
Infirmiers EPT requis	32	34	35	39
Sages femmes EPT requises	32	34	35	39
Techniciens de Labo. requis	32	34	35	39

Note: Pour estimer le nombre de naissances en Côte d'Ivoire, le taux de naissance de 35.5 pour 1000 de la population générale en 2005 est utilisé aussi bien pour l'année 2005 que pour l'année 2010. Pour estimer le nombre de mères VIH positives, le taux de prévalence de la population adulte de 10,8 pourcent a été utilisé (U.S. CIA 2005). Du nombre total des mères VIH positives, on estime que 39 pourcent de leurs nouveaux nés seraient aussi VIH positifs si aucune activité de prévention n'est faite (Hira et al. 1989 ; Luo 2000). Un programme effectif de PTME est susceptible de réduire ce taux à 10 pourcent; le nombre d'infections prévenues correspond à la différence entre les deux taux.

4.3.3 Scénario 3: Réalisation des objectifs cibles de l'initiative 3x5 de l'OMS.

L'Organisation Mondiale de la Santé s'est fixé un nombre ambitieux d'objectifs de couverture en ART dans le cadre de son initiative 3x5. Et de façon spécifique, l'OMS s'est donné l'objectif de mettre en Côte d'Ivoire 63.000 patients sous ART (soit à peu près la moitié de la population ayant besoin des ART) d'ici la fin de l'année 2005. Ce délai est certes très audacieux et pose des défis substantiels en Ressources Humaines.

Une rapide expansion des ART en Côte d'Ivoire pour réaliser les objectifs cibles 3x5 en 2005 exigerait un nombre additionnel de 158 médecins, 158 infirmiers, 59 pharmaciens et 59 techniciens de laboratoire, en plus du personnel médical pour maintenir le ratio personnel médical et population. Le Tableau 9 montre bien la contrainte sévère en ressources humaines relatives à l'expansion des ART en Côte d'Ivoire. En considérant le taux actuel de recrutement de nouveaux diplômés dans la Fonction Publique qui est de 40 pourcent, seul le nombre de pharmaciens pourrait correspondre aux besoins estimés en 2005, avec un léger surplus de 35. Toutes les autres catégories de personnels de santé connaîtront un déficit par rapport aux besoins estimés en 2005, et particulièrement les infirmiers. Alors que le déficit pour les médecins et les techniciens de laboratoire est relativement faible (41 médecins et 12 techniciens de labo), celui des infirmiers est aigu. Pour les objectifs de l'initiative 3x5, la Côte d'Ivoire a un déficit de 628 infirmiers (à 40% de taux de recrutement), soit 9 pourcent de l'effectif total des infirmiers. Ceci s'expliquant principalement par le nombre réduit d'infirmiers diplômés annuellement, soit 312 infirmiers par an. La pénurie au niveau des infirmiers demeure la contrainte majeure en ressources humaines pour l'extension des ART, et ceci ne pourrait que s'aggraver avec le temps si aucune action urgente n'est prise.

Tableau 9. Besoins Requis en Ressources Humaines pour les Objectifs Cibles de l'Initiative 3 x 5 de l'OMS : 63,000 Patients sous ART en 2005 en Côte d'Ivoire

Categories Professionnelles	A Besoins Requis en RH pour OMS 3x5	B Besoins Requis en RH pour maintenir les services de santé de base au niveau de 2004 Niveau 2005	C Projection de l' effectif RH disponible en 2005	D Surplus/Déficit (C – B)
Médecins	158	1,624	1,583	-41
Infirmiers	158	6,979	6,351	-628
Pharmaciens	59	204	239	35
Techniciens de Labo	59	469	457	-12

5. Conclusions

La Côte d'Ivoire n'a pas un nombre suffisant de professionnels de santé (surtout les médecins, pharmaciens, et chirurgiens dentistes) pour maintenir les services de santé de base. Le système sanitaire est incapable de recruter du personnel selon les besoins réels à cause du contingentement (gel de recrutement) au niveau de la Fonction Publique. Le taux de chômage est élevé parmi les médecins, pharmaciens et techniciens de laboratoire.

La pénurie des infirmiers en Côte d'Ivoire constitue la contrainte majeure, autant que les ressources humaines sont concernées, pour la réalisation des objectifs cibles tant national qu'international du VIH/SIDA. Avec cette pénurie, Il sera difficile d'augmenter les services nécessitant des infirmiers, tels que PTME, même si le total additionnel d'effort requis apparaît minimal ; par exemple seulement 32 à 39 infirmiers additionnels à PTE sont nécessaires à travers le pays pour prévenir 19.241- 23.569 infections.

Présentement, la majorité des agents de santé est concentrée autour d'Abidjan et dans la région des lagunes, laissant les autres régions avec très peu de personnel de santé. La mise en place des incitations financières et non financières pourrait encourager le personnel de santé à travailler en milieu rural. Assurer la sécurité en dehors d'Abidjan est aussi fondamentale pour maintenir les personnels de santé à leurs postes dans les régions.

Le pays fait face à un défi majeur, celui de recruter du personnel de santé pour réaliser les objectifs de couverture médicale des nouvelles initiatives de santé telles que l'initiative 3x5 de l'OMS, les ODM, le GFTAM et PEPFAR – en maintenant du personnel pour les services de santé de base.

6. Recommandations

Les recommandations suivantes sont faites pour aider à résoudre à court et long terme le problème de pénurie des ressources humaines pour la santé en Côte d'Ivoire:

- ▲ Le Gouvernement de la Côte d'Ivoire, en collaboration avec les partenaires au développement, devrait envisager des possibilités de recruter du personnel de santé additionnel pour travailler dans les zones rurales desservies. L'expérience dans d'autres pays subsahariens a démontré que pour attirer le personnel de santé dans les zones rurales, il faudrait mettre en place des facteurs de motivation, tels que la gratuité des frais scolaires des enfants, primes de logement, et de transport, et les formations en cours d'emploi. D'autres options en considération ou déjà implémenter dans d'autres pays, comprennent le recrutement de travailleurs contractuels, recycler et redéployer les agents paramédicaux ou agents de santé communautaires, et redoubler d'efforts à recruter et former le personnel additionnel de santé.
- ▲ Le Gouvernement devrait développer des stratégies novatrices pour motiver le personnel de santé. Ces stratégies pourraient inclure la formation en cours d'emploi sous la surveillance d'un personnel professionnel ; la participation aux séminaires et congrès nationaux et voire même internationaux ; l'instauration des forums d'échange annuel et de partage/ diffusion de meilleures pratiques et expériences entre professionnels oeuvrant dans la prise en charge du VIH/SIDA ; l'organisation périodique des sessions préventives de « burn out » ou syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS).
- ▲ La Côte d'Ivoire a l'avantage d'avoir un grand nombre de professionnels de santé tels que les médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes, mais dont un grand nombre est malheureusement au chômage. Pour que la Côte d'Ivoire réponde aux objectifs nationaux qu'elle s'est fixée au niveau des services de soins relatifs au VIH/SIDA, l'enveloppe des salaires consacrée aux ressources humaines pour fournir les services des ART, CDV, et PTME devrait être soigneusement revue. En 2002, la Côte d'Ivoire a consacré seulement 1,18 pourcent de son PIB à la santé, ainsi que 0,41 pourcent d'investissement dans le secteur de la santé. (Au cours de la même année, la Côte d'Ivoire a déboursé 2,96 pourcent de son PIB au titre de remboursement des dettes extérieures [FMI, 2004]). Les salaires constituent généralement 40 à 60 pourcent du budget global de la santé. Il est évident que le niveau actuel des dépenses en santé ne peut pas supporter l'enveloppe financière relative au paiement du personnel de santé requis pour réaliser les objectifs nationaux. La prochaine étape dans la planification devrait œuvrer à l'augmentation de l'enveloppe financière de la paie pour un plus grand nombre du personnel de santé, et devrait impliquer les Ministères des Finances et du Plan. Bien plus, Le Gouvernement devrait nouer des discussions avec tous les partenaires au développement pour lever les mesures de recrutement des professionnels de santé requis pour la réalisation des objectifs de santé tant nationaux qu'internationaux.
- ▲ La Côte d'Ivoire doit suivre de très près les causes du taux de départ chez les infirmiers. Des mesures urgentes et agressives devraient être mises en place pour réduire leurs taux de

départ. En plus, le gouvernement devrait considérer d'augmenter d'environ 50 pourcent l'effectif des nouveaux inscrits à l'institut National de Formation des Agents de Santé. Le manque d'infirmiers et du personnel de santé allié est la contrainte essentielle à l'augmentation des services de PTME, qui est le moyen le plus efficace de prévenir de nouvelles infections. En outre, l'augmentation du nombre d'infirmiers qualifiés et maintenus semble être parmi le plus rentable des interventions possibles.

- ▲ Des solutions urgentes et concertées entre le Gouvernement et les partenaires au développement de façon générale et de façon spécifique les institutions oeuvrant dans la lutte contre le SIDA, devraient être trouvées pour résoudre le problème de chômage parmi les médecins, techniciens de laboratoire et pharmaciens. Les expériences en cours dans d'autres pays subsahariens en Afrique (exemple de l'Uganda) ont montré que l'on pouvait utiliser les ressources du Fonds Mondial, MAP et PEPFAR pour engager et payer du personnel additionnel pour travailler spécifiquement sur ces programmes.
- ▲ L'absorption totale des ressources humaines disponibles pour la santé en Côte d'Ivoire peut ne pas être actuellement faisable, principalement pour les médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes qui pourraient être en nombre 'excédentaire'. Le fait qu'il y ait un nombre 'excédentaire' constitue certes un avantage pour le pays qui devrait par conséquent, et dans la mesure du possible, explorer des mécanismes formels pour envoyer ce personnel de santé sans emploi dans d'autre pays africains subsahariens. Cette exportation de la main d'œuvre qualifiée pourrait se faire soit dans le cadre de la coopération bilatérale ou dans le cadre global du marché libre du travail et partant contribuer financièrement, tant peu soit-il, à la reconstitution du stock initial ou au fonctionnement des institutions de formation tertiaire.
- ▲ Le Ministère de la Santé devrait mettre en place un mécanisme global de coordination pour la réalisation des objectifs cibles des différentes parties prenantes dans la prise en charge des services du VIH/SIDA. Ceci aurait un impact considérable sur la prestation effective et globale des services des ART, CDV, et PTME.
- ▲ Le Gouvernement doit engager le stock de ressources humaines disponibles dans le secteur privé. Afin de comprendre entièrement les besoins en ressources humaines des services de santé de base et particulièrement des services HIV/SIDA, des évaluations en ressources humaines dans le secteur lucratif et privé non-lucratif sont indispensables.

A l'endroit du Ministère d'Etat, Ministère de la Santé et de la Population, les recommandations suivantes peuvent être faites pour améliorer la gestion des ressources humaines pour la santé:

Spécifiquement, la Direction des Ressources Humaines (DRH) devrait

- ▲ Produire les normes nationales pour le suivi et l'évaluation du personnel de santé par type de structure sanitaire. Cela permettra d'apprécier réellement les effectifs des ressources humaines pour la santé requises pour les services de santé de base en Côte d'Ivoire.
- ▲ Acquérir ou optimiser le logiciel existant sur les ressources humaines pour un meilleur contrôle et suivi de l'effectif national des ressources humaines pour la santé. La direction devrait développer un système pour suivre de façon continue l'évolution des ressources humaines. La gestion des ressources humaines projetées dépend de l'efficacité de la gestion de la base nationale de données sur les ressources humaines.

- ▲ Initier le processus de développement d'une politique globale des ressources humaines pour la santé en Côte d'Ivoire, en collaboration avec les autres directions, institutions et autorités compétentes, définissant la vision du Gouvernement, le plan de carrière, les stratégies de fidélisation du personnel (développement des compétences, avantages, motivations, plan de recrutement etc.).

La Direction de la Formation et de la Recherche (DRH) devrait

- ▲ Mobiliser les ressources financières pour la mise en œuvre de la politique existante de formation continue. Etant donné que les progrès et les techniques modernes de prise en charge des patients évoluent d'année en année, les personnels de santé devraient constamment tenir compte de cette évolution afin de ne pas risquer des pratiques inappropriées.
- ▲ Mettre en place, en collaboration avec les différents acteurs impliqués dans la prise en charge du VIH/SIDA, un programme national concerté de recyclage du personnel dans le CDV, PTME et ART. Ces besoins ont été fortement exprimés au niveau périphérique.
- ▲ Renforcer la formation continue au sein des institutions de formation tertiaire, en collaboration avec les sociétés savantes, ordres de médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes et autres syndicats des professionnels de santé, en incorporant la prise en charge du VIH/SIDA dans leurs curriculums.

Annexe A: Liste des membres de l'équipe d'enquête

Superviseurs de la Collecte des Données:

- ▲ Mme KOFFI LOPEZ
- ▲ YAO YAO ALEXIS
- ▲ TUHO MOISE
- ▲ PKANGNY GABRIEL
- ▲ BLAISE KRAFFA
- ▲ Mme LONFO SILUE
- ▲ SEREBOU ANDRE
- ▲ ETEKOU AKPA
- ▲ MEITE LASSANA

Agents de Collecte des données:

- ▲ IRIE DANIAH
- ▲ ODJEKALE MUNDJIBU
- ▲ N'GUETTA ANET
- ▲ FALEA GUY
- ▲ ADJE NIAMKEY
- ▲ AMESSAN JEAN BAPTISTE
- ▲ KOUAME KRA
- ▲ YOBOUE JEAN PIERRE
- ▲ KOUAME YEBOUA
- ▲ KOFFI AUGUSTE
- ▲ N'DRI KOUAKOU
- ▲ KONE TENON
- ▲ KAKOU DOLLO
- ▲ GNAORE PATRICK
- ▲ ODJE KOFFI
- ▲ GONDO MICHEL
- ▲ KRA BEATRICE
- ▲ KONAN BOHOUSSOU
- ▲ KPANDENOU PIERRETTE
- ▲ TIMI KOUAKOU ALAIN

Annexe B: Liste des 301 structures enquêtées

District	Nombre	Strutures Sanitaires
LAGUNES 1	15	CHU DE YOPOUGON HG DABOU HG JACQUEVILLE HG GRAND-LAHOU HG TIASSALE HG TAABO HOPITAL MILITAIRE D'ABIDJAN CAT ADJAME CIPS-CDV PLATEAU AMEPOU CENTRE EVEIL YOPOUGON FSU COMMUNAUTAIRE YOP WASSAKARA FSU COMMUNAUTAIRE YOP TOITS ROUGES FSU COMMUNAUTAIRE YOP NIANGON PMI YOPOUGON ATTIE CLINIQUE AIBEF YOPOUGON
LAGUNES 2	23	CHU DE TREICHVILLE CHU DE COCODY HG PORT-BOUET HG ALEPE HG ABOBO HG ANYAMA HG BINGERVILLE CAT TREICHVILLE USAC TREICHVILLE (CHU) PMI DELAFOSSE TREICHVILLE FSU MARCORY CNTS TREICHVILLE CIRBA TREICHVILLE FSU COMMUNAUTAIRE GRAND CAMPEMENT KOUMASSI FSU KOUMASSI DISPENSAIRE DU WARF CLINIQUE CONFIANCE DE BIETRY FSU COMMUNAUTAIRE ABOBO AVOCATIER FSU COMMUNAUTAIRE ABOBO SAGBE FSU COMMUNAUTAIRE ABOBO ANONKOUA KOUTE

District	Nombre	Structures Sanitaires
		CDV LUMIERE ACTION ABOBO CLINIQUE AIBEF ABOBO PMI BINGERVILLE
SUD-COMOE	15	CHR ABOISSO HG ADIAKE HG BONOUA HG GRAND-BASSAM HG AYAME PMI URBAINE ABOISSO CSR AYENOUA CSR YAHOU CSR ABI CSR EBOUE CSR ASSOMLAN CSR MOHOUA CSR NGUIEME DISP RURAL SAMO PMI GRAND BASSAM
MOYEN-COMOE	15	CHR ABENGOUROU HG AGNIBILEKRO PMI AGNIBILEKRO MATERNITE DE CAFETOU ABENGOUROU DISPENSARE URBAIN DIOULAKRO ABENGOUROU CAT ABENGOUROU PMI ABENGOUROU CSU NIABLE DISPENSARE URBAIN ABENGOUROU INFIRMERIE LYCEE MODERNE CS RURAL APPOUESSO CS RURAL EHUASSO CS RURAL YAKASSE CS RURAL ABRONAMOUE CS RURAL AMORIAKRO
HAUT-SASSANDRA	16	CHR DALOA HG VAVOUA HG ISSIA DISPENSARE RURAL GONATE MATERNITE URBAIN DE DALOA SSSU DALOA CSR BOBOUABOUAN DISPENSARE RURAL SERIA CSR ZALIHOUAN CSU ZOUKOUGBEU

District	Nombre	Structures Sanitaires
		CSR BAOULIFLA DISP URBAIN IBOGUE DISPENSAIRE RURAL GALIOUA CSR DE SEITIFLA / VAVOUA SSSS ISSIA DISP RURAL NAHIO
FROMAGER	16	CHR GAGNOA HG OUME MATERNITE URBAINE DIOULABOUGOU GAGNOA SSSU / GAGNOA CS INTEGRE AHIZABRE CENTRE DE SANTE DE GBADJIE DISPENSAIRE RURAL GUEMENEDOU DISPENSAIRE RURAL GNAHIRIO DISP RURAL DOUKOUYO CSR IGNAGO CSR ZOHOA DISP RURAL BODOSIPA DISP RURAL DIDIA DISP RURAL MAGBEIGONEPA CSR YOKPOHUE CS URBAIN DIEGONEFLA
MOYEN-CAVALLY	15	CHR GUIGLO HG TOULEPLEU HG DUEKOUE DISP DE MEZOBLI / TOULEPLEU DISP URBAIN DE PEHE DISP RURAL GUIGLO DR MONA 1 ET 2 DISP RURAL ZOUHAN DISP RURAL DE PETIT GUIGLO SSSU DUEKOUE CSU BAPLEU DISP URBAIN GUEHEBLI CSU BLOLEQUIN DISP RURAL TINHOU PMI DE GUIGLO
BAS-SASSANDRA	16	CHR SAN-PEDRO HG SASSANDRA HG BUYO HG SOUBRE HG TABOU CLINIQUE AIBEF SAN-PEDRO

District	Nombre	Structures Sanitaires
		PMI BARDOT SAN-PEDRO PMI BARDOT CDV APROMASAM SAN-PEDRO CSUS CAT SAN PEDRO CSR SAGO SASSANDRA DISP RURAL BAZOA CSR YAKOLIDABOUO CSR DJAMADJOKE CSR GABIADJI DISP RURAL GAOULOU
LACS	16	CHR YAMOOUSSOUKRO HG DJEKANOU HG TOUMODI HG TIEBISSOU DISP RURAL DE BONIKRO CENTRE DE S RU DE N GATTADOL / N GATTADOLIKRO CSR BONIANKRO DIS KONDROKOR KPASSONOU / DIDIEVI CSR DE YAKPABO SAKASSOU DIS RURAL DE KONDROKRO DJASSA SSSU YAKRO INF LYCEE SCIENTIFIQUE YAKRO DISP RURAL AKPESSEKRO DISP RURAL SAKIARE CENTRE S INTEGRE HKB DE BOLI / DIDIEVI
AGNEBY	15	CHR AGBOVILLE HG ADZOPE INF LYCEE MODERNE ADZOPE CSR DUKENS KREMO CSU AGOU CSR GRAND AKOUDZIN CSR BECOUEFIN CSR DIASON CSR YAKASSE ME DISPENSAIRE RURAL DE DIEBY CENTRE DE ZONE AGBOVILLE CSR D'ANNO CSR GRAND MORIE CSR D'OFFA CSU AZAGUIE
SUD-BANDAMA	15	CHR DIVO HG LAKOTA SSSU DIVO

District	Nombre	Structures Sanitaires
		DISP RURAL DE CHIEPO DISP RURAL GODILEHIRI DISP RURAL IROKPO RIA CSR TABLEGUIKOU DISP RURAL D'ASSOKO DISP RURAL BRODOUKOU PINDA DISP RURAL DIOKO DISP RURAL GOGO BRO DISP RURAL AKRIDOU-LADDE DISP RURAL GNAKOUBOUE 2 DISP RURAL NIAKOBLOGNOA CENTRE DE SANTE URBAIN ZIKISSO
N'ZI COMOE	16	CHR DIMBOKRO HG M'BAHIAKRO HG DAOUKRO HG BONGOUANOU HG BOCANDA CSR KONGOTI s/P DAOUKRO CSU OUELLE DISP RURAL AMOROKI CSU KOUASSIKOUASSIKRO CSU ARRAH CSR ANDE CSU M'BATTO PMI URBAIN DIMBOKRO DISP RURAL DJANGOKRO DISP RURAL ALLANFGOUASSOU DISPENSAIRE RURAL KONANDIKRO
MARAHOUE	15	CHR BOUAFLE HG SINFRA HG ZUENOULA CSR ZAGUIETA MATERNITE MUNICIPALE DIOULABOUGOU BOUAFLE CSR BEGBESSOU CSR NANGUEKRO OU TOS 1 DISP RURALE ZOLADANANGORO DISP RURAL BINOUFLE CSR MAMINIGUI CSU GOHITAFLA CSR DE ZRALUO S/P DE GOHITAFLA DISPENSAIRE RURAL DEZRA 1 CSR DE BINFRA / ZUENOULA CSR MANFLA / ZUENOULA

District	Nombre	Structures Sanitaires
ZANZAN	16	CHR BONDOUKOU HG TANDA HG BOUNA INFIRMERIE GARNISON BONDOUKOU CSR PINDA DSR NAMASSI / BONDOUKOU CSR TOROSANGUEHI CSR DIOULAAMBI DISP RURAL SAPIA CSU KOUNFAO CSR DIAMBA CSR TIEDIO DISP RURAL N'GUESSANBLEDOUKRO CAT BOUNA CSR ONDOFIDOUO DISP RURAL LAMBIRA
VALLEE DU BANDAMA	16	CHU BOUAKE HG BEOUMI HG SAKASSOU HG DABAKALA HG KATIOLA DISP RURAL AGBAOU CSU LOLOBO SSSU 2 BOUAKE INF COLLEGE TECHNIQUE BOUAKE CSU BELLE VILLE BOUAKE CSU DIABO CSR ANOZOUME DIS RURAL SRANBELLAKRO CSR MBORLA DIOULASSO SSSU KATIOLA DISP RURAL PETIONARA
SAVANES	16	CHR KORHOGO HG BOUNDIALI HG TENGRELA HG FERKESSEDOUGOU PMI URBAINE BOUNDIALI DISPENSAIRE RURALE TOMBOUKOU CSR N'DEOU CSU DE SINEMATIALI DISPENSAIRE RURAL TOGONIERE CSU GUIEMBE DISP KOKO TON / KORHOGO

District	Nombre	Structures Sanitaires
		DISPENSAIRE RURAL FONONVOGO CSU MBENGUE CSU NIOFOIN CSR KAGBOLODOUGOU DISPENSAIRE RURAL LOMARA
MONTAGNES	16	CHR MAN HG DANANE HG BANGOLO HG BIANKOUMA CSSU DANANE DISPENSAIRE RURAL ZOUPLEU DISPENSAIRE RURAL BIANTOU 2 / DANANE DISPENSAIRE URBAIN DE ZEO / BANGOLO CSR DE GOUESSESSO / BIANKOUMA DISPENSAIRE RURAL DE GAOTE / MAN CSR SANTA / BIANKOUMA DISPENSAIRE RURAL GONGOUINE 1 / MAN DISPENSAIRE RURAL DE GBKOALE / MAN CSU DE GRAND GBAPLEU / MAN CSR DE GBANGBEGOUINE YATI / MAN CSU DE KOUIBLY
DENGUELE-BAFING	15	CHR ODIENNE HG TOUBA DISPENSAIRE RURAL BOUGOUSSO CSR MAHANDIANA SOKOURANI CSR SANANFEREDOUGOU DISPENSAIRE RURAL N'GOLOBLASSO PMI URBAINE ODIENNE INFIRMERIE LYCEE CAFOP CSU SEGUELON ODIENNE DISPENSAIRE RURAL ZEGBAO CSU BOROTOU DISPENSAIRE RURAL DO MATERNITE RURALE BONTOU DISPENSAIRE RURAL TIAOUEU DISPENSAIRE RURAL SILAKORO
WORODOUGOU	15	CHR SEGUELA HG MANKONO CSU DIANRA CSU KONGASSO CENTRE DE ZONE MANKONO CSR ANDOUGOU INFIRMERIE LYCEE MODERNE BAD TIENINGBOUE

District	Nombre	Structures Sanitaires
		CENTRE SANTE URBAIN DJIBROSSO CENTRE DE SANTE URBAIN KANI CSR GBOGOLO DISPENSAIRE RURAL FADIADOUGOU PMI URBAINE SEQUELA DISPENSAIRE RURAL SIANA CENTRE DE SANTE URBAIN SIFIE DISPENSAIRE RURAL MASSALA GOURAN

Annexe C: Hypothèses clés soutenant la projection des personnels de santé

- Le taux de déperdition spécifique à chaque profession a été calculé à partir de la moyenne du taux de déperdition des années 2003 et de 2004 ; Il est important de noter que l'année 2002 a été exclue dans le calcul de la moyenne du taux de déperdition, parce qu'elle coïncidait à la période où le pays connaissait une guerre civile doublée d'un départ massif de personnels de santé.
- Le taux de croissance annuel de la population a été estimé à 2 pour cent (U.S. CIA 2005)
- Les besoins en ressources humaines ont été estimés en multipliant le nombre de visites par patient X le temps requis par visite X la taille de la population cible. Le temps global obtenu a été par après converti en années-personnes, en considérant que le nombre de jours ouvrables est de 211 par an, le nombre effectif d'heures de travail est de (6), et la moyenne du temps consacré par prestataire aux services VIH est de 50 pourcent. Ensuite, le nombre d'années-personnes est multiplié par le nombre de personnes.
- L'effectif de personnels de santé au cours de cinq (5) prochaines années a été estimé égal au taux de croissance annuel des trois (3) dernières années.
- Le nombre annuel des diplômés dans le secteur de en personnels de santé et par profession intégrant la fonction publique correspond à 90% de la moyenne du nombre des diplômés par domaine depuis 2002 à 2004.

Annexe D: Pourcentage des travailleurs ayant cité la crise politique comme raison principale de quitter leur poste en 2002-2004

Catégorie Professionnelle / an	Nombre Total de Travailleurs ayant quitté à cause de la crise politique	Nombre Total ayant quitté leur Poste	Pourcentage de travailleurs ayant quitté à cause de la crise politique
Médecins			
2002	118	200	0.59
2003	6	73	0.08
2004	0	107	0.00
Infirmiers			
2002	332	444	0.75
2003	19	186	0.10
2004	1	160	0.01
Sages Femmes			
2002	137	205	0.67
2003	6	106	0.06
2004	4	91	0.04
Techniciens labo			
2002	16	27	0.59
2003	3	15	0.20
2004	0	14	0.00
Agents Sociaux			
2002	10	27	0.37
2003	2	20	0.10
2004	0	22	0.00

Annexe E: Pourcentage de Professionnels de Santé par District, 2002-2004

District	Estimation de la Population par région (1,000s)	Médecins	Infirmiers	Pharmaciens	Techniciens de labo	Sages Femmes	Dentistes	Agents Sociaux	Structures enquêtées
Lagunes 1	*	261	511	14	78	244	20	33	15
Lagunes 2	*	465	768	33	138	434	68	75	23
ABIDJAN SOUS TOTAL:	4,283.7	726	1,279	47	216	678	88	108	38
Agnéby	705.5	25	88	1	10	42	5	1	15
Bas-Sassandra	1,031.5	32	105	1	15	46	8	2	16
Denguélé & Bafing**	445.6	5	15	0	1	0	1	1	15
Haut-Sassandra	1,161.2	23	95	1	7	38	5	4	16
Fromager	665.3	14	75	0	2	36	2	0	16
Lacs	584.8	21	100	1	10	34	6	6	15
Marahoué	637.8	12	70	1	4	27	5	0	15
Dix-Huit Montagnes	1,156.8	8	57	0	3	8	1	1	16
Moyen-Cavally	433.6	12	41	1	7	13	3	0	15
Nzi-Comoé	890.3	23	91	1	10	41	5	2	16
Moyen Comoé	477.6	30	89	1	12	38	4	4	15
Savanes	1,189.1	4	36	0	3	7	2	3	16
Sud Bandama	808.6	15	69	1	7	36	4	1	15
Sud-Comoé	361.4	28	90	1	14	60	8	5	15
Vallée Bandama	1,306.8	23	62	0	2	18	2	0	16
Woro-dougou	391.6	4	16	0	1	9	1	1	15
Zanzan	820.9	12	67	1	4	19	3	2	16
Hors d'ABIDJAN S/ TOTAL:	13,068.4	291	1,166	11	112	472	65	33	263
COTE D'IVOIRE Total:	17,352.1	1,017	2,445	58	328	1,150	153	141	301

*Lagunes est une seule région administrative divisée dans deux groupes pour cette évaluation.

**Deneguélé et Bafing sont deux régions administratives combine dans une seule pour cette évaluation.

Annexe F: Bibliographie

Atelier sur la généralisation de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA en Côte d'Ivoire, Aboisso, du 11 au 13 Février, 2004.

CDC :Présentation sur l'élargissement du traitement aux anti-rétroviraux, Avril 2005

Futures Group, 2004: Rapid Country Response Analysis: Cote d'Ivoire

<http://www.Futuresgroup.com/OVC/DRAFTpourcent20Narativepourcent20Reportpourcent20cotepourcent20D'Ivoire.doc>

Ministère délégué auprès du Ministre de la solidarité charge de la santé : Rapport sur la situation sanitaire des années 1999 et 2000, Novembre 2002.

The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFTAM), 2002. Portfolio of Grants in Cote d'Ivoire. <http://www.theglobalfund.org/search/portfolio.aspx?lang=en&countryID=CIV>

United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) 2004. Cote d'Ivoire. Country HIV/AIDS estimates end 2003. <http://www.unaids.org/en/geographical+area/by+country/côte+d'ivoire+.asp>

United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2004 update. Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections

United States Agency for International Development (USAID), February 2003. The Health Sector Resource Crisis in Africa.

United States Agency for International Development (USAID), 2004. HIV/AIDS. Cote d'Ivoire. Country Profile. <http://www.usaid.gov/our-work/global-health/aids/countries/africa/cotedivoire.html>

United States Central Intelligence Agency (CIA), World Fact book 2005.

World Bank, April 2005. Cote d'Ivoire Country Brief.

<http://www.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/APR/CAEXT/CDIVOIRE>

World Health Organization (WHO), 2004. Resource Mobilization for Health Action in Crises. Cote d'Ivoire: A Sub-Regional Response. <http://www.who.int/disasters/repo/15213.pdf>

World Health Organization (WHO), 2005. Human Resources for Health. <http://www.who.int/hrh/en/>