



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 6 (1)
ISSN:1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 16 October 2023
Accepted, 03 May 2024
Published, 10 May 2024
<https://www.revue-rasp.org>

Research

Facteurs liés à l'instabilité des professionnels de soins au poste au Mali

Factors linked to the instability of care professionals at the post in Mali

Leïla A MAÏGA^{1,*}, Cheick S SIDIBE², Soumaila DIARRA³, Samba I DIOP⁴

¹Institut National de Santé Publique (INSP), Bamako, Mali ;

²Institut national de formation en sciences de la santé (INFSS), Bamako Mali ;

³Institut national de formation en sciences de la santé (INFSS), Bamako Mali ;

⁴Professeur titulaire en anthropologie générale et médicale et ethno épidémiologie, Bamako Mali.

***Correspondance :** leilatoure70@gmail.com, Tel : 76444284

Résumé

La crise des ressources humaines en santé au Mali est marquée par une instabilité croissante du personnel de santé au poste. Elle constitue un obstacle majeur à l'atteinte des objectifs de développement durable et la couverture santé universelle. La formation continue reste un facteur de motivation du personnel et un moyen d'amélioration ou de maintien de la qualité des services. Mais elle semble à une influence sur la disponibilité des ressources humaines. Le but de l'étude est de mettre en évidence les liens entre l'instabilité des professionnels de soins au poste et les départs en formation continue diplômante. Nous avons mené une étude transversale, descriptive mixte dans différentes structures de santé du Mali. La population cible est composée des professionnels de santé en poste et les responsables de service. La collecte de données a été faite à travers des questionnaires et des entretiens semi structurés. Au niveau des résultats : 68% des agents ont terminé leur formation entre 2016-2017 contre 32% de 2013-2015. Pour la structure d'emplois, la majorité des agents enquêtés (54%) travaillent dans les CSRef. L'analyse des données recueillies met en évidence des irrégularités et insuffisances dans la mise en formation continue. Ces insuffisances sont liées à la planification, organisation et la gestion de la formation. La formation continue diplômante, bien que facteur de motivation, contribue à l'instabilité et insuffisance du personnel au poste au Mali.

Mots clés : Formation continue diplômante ; Instabilité ; Mali ; Professionnels de santé.

Abstract

The health human resources crisis in Mali is characterized by the growing instability of health personnel in post. This represents a significant obstacle to the achievement of the objectives of sustainable development and universal health coverage. Training remains a motivating factor for health workers and is a means of improving or maintaining the quality of services. However, it has an influence on the availability of human resources. The objective of this study was to identify the relationship between the instability of healthcare professionals in the post and their participation in in-service training programs leading to a qualification. A cross-sectional, descriptive, mixed-methods study was conducted in various health facilities in Mali. The target population consisted of current healthcare professionals and department managers. Data were collected using questionnaires and semi-structured interviews. In terms of results: 68% of agents completed their training between 2016-2017 compared to 32% in 2013-2015. For the employment structure, most agents surveyed (54%) work in CSRefs. The analysis of the data revealed irregularities and shortcomings in the implementation of continuing education. These shortcomings are linked to the planning, organization, and management of training. While in-service training leading to a qualification is a motivating factor, it contributes to the instability and inadequacy of the staff in post in Mali.

Keywords: Continuing education leading to a diploma; Instability; Health professionals.

1. Introduction

La disponibilité des travailleurs de la santé est un facteur essentiel de l'efficacité des services de santé. La formation joue un rôle important en garantissant que les travailleurs de la santé sont non seulement disponibles, mais aussi adéquatement préparés pour répondre aux exigences de leur rôle. Des programmes de formation améliorés peuvent conduire à une augmentation du nombre de travailleurs de la santé compétents, améliorant ainsi la disponibilité globale des services de santé. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a identifié une pénurie mondiale de travailleurs de la santé, estimant le déficit à 17,4 millions dans le monde, qui est exacerbée par une instabilité des travailleurs au poste et par un sous-investissement chronique dans leur éducation et leur formation. Il est de ce fait essentiel d'investir dans la formation des travailleurs de la santé non seulement pour améliorer les compétences et les connaissances des agents mais aussi pour permettre une utilisation efficiente du personnel en place (World Health Organization, 2013).

En outre, l'OMS souligne l'importance d'aligner les stratégies d'éducation et d'emploi sur les systèmes de santé et les besoins de la population afin d'atténuer les pénuries continues. Cet alignement garantit que la formation reçue par les travailleurs de la santé est pertinente et qu'ils sont équipés pour relever les défis sanitaires spécifiques de leurs communautés (2022). De plus, la stratégie mondiale de l'OMS sur les Ressources Humaines pour la Santé RHS (World Health Organization, 2016a) et le rapport de la Commission de haut niveau sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique (World Health Organization, 2016b) soulignent l'inadéquation croissante entre l'offre, les besoins et la demande de travailleurs de la santé, ce qui entraîne des pénuries de compétences et de personnel, même dans les pays à revenu élevé. Il est possible de remédier à cette inadéquation en développant et en renforçant l'éducation et la formation du personnel de santé de façon que les formations répondent aux besoins du système de santé.

Ainsi la formation continue des travailleurs de la santé est un élément essentiel pour combler le manque mondial de travailleurs de la santé nécessaire à la réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU). Si la formation continue peut temporairement réduire la disponibilité immédiate des agents de santé en raison du temps consacré aux activités éducatives, celle diplômante qui dure plus d'une année, si elle n'est pas bien pensée et bien planifiée, engendrera l'inadéquation formation emploi accentuant la pénurie et le déséquilibre de répartition. Au Mali, le constat est que chaque année, une moyenne de 150 professionnels de santé (fonctionnaires de l'État/Collectivités) en charge des soins infirmiers partent en formation continue diplômante à l'Institut National de Formation en Science de la Santé INFSS (INFSS, services des examens et concours, 2014). Mais en fin de formation, nombreux sont ceux qui ne retournent pas en service dans les structures d'origine pour diverses raisons. Cela pourrait avoir pour conséquence une instabilité et une exacerbation des déficits au niveau de ces services surtout en milieu rural. Nous voulions ainsi mener une étude sur l'organisation, et la réalisation des formations continues diplômantes des professionnels de santé au Mali. L'objectif principal étant d'examiner l'impact de la formation continue diplômante sur l'instabilité du personnel afin de proposer des pistes d'amélioration. Il s'agit plus spécifiquement de - Déterminer le niveau

d'instabilité des professionnels de santé après leur formation continue diplômante ; - Identifier les causes profondes de l'instabilité des professionnels de santé après leur formation continue diplômante.

2. État des connaissances :

La disponibilité des ressources humaines pour la santé demeure un enjeu majeur pour l'atteinte des Objectifs de Développement Durable pour les pays à faible revenu comme le Mali dont l'effectif en personnel de santé était de 10913 en 2019 tous confondus (Direction générale de la santé et de l'hygiène publique, 2019), soit un ratio professionnel de santé au niveau national de 6/10000 très en deçà des normes OMS qui est de 23 pour 10000. La situation est d'autant marquée par une inéquitable répartition des effectifs existants que par une diminution des recrutements. Selon une étude sur la situation des Ressources Humaines en Santé dans les pays membres du Réseau Vision Tokyo 2010 dont le Mali, la problématique du recrutement du personnel de santé demeure malgré les mesures entreprises. Pour le Mali en exemple, ces recrutements sont passés de 436 en 2012 à 231 en 2016 (Cabinet Lick Analysis Consult, 2017) et l'effectif du personnel en 2016 est supérieur à celui des années suivantes 2018-2019 (Direction générale de la santé et de l'hygiène publique, 2019).

L'instabilité des professionnels de santé est une des causes de l'insuffisance des ressources humaines en santé. Elle est liée à des besoins personnels, familiaux, professionnels et environnemental (Dussault et al., 2018). En Afrique subsaharienne, l'insatisfaction au poste, les bas salaires, les conditions de vie et l'environnement de travail difficile, la limitation des perspectives de carrière, l'absence de plan de gestion des mouvements/redéploiements du personnel aussi impactent négativement la retenue du personnel de santé (Dussault et al., 2018),(Dieleman & Harnmeijer, 2006). Une récente publication sur l'utilisation des sage-femmes au Mali a démontré que les pratiques managériales en milieu rural incitent les agents à quitter leur poste (Sidibé et al., 2019).

En matière de management des ressources humaines, la fidélisation comme la gouvernance constituent de nos jours des stratégies fondamentales à la résolution de la problématique de l'Instabilité du personnel au poste (World Health Organization, 2016a), (OMS, 2017), il faut donc adopter des solutions plus efficaces et une réglementation appropriée afin d'améliorer les capacités et la motivation pour plus de performance dans nos structures.

C'est ainsi que l'OMS depuis 2008 à travers l'alliance globale pour la santé dans son programme pour une action mondiale pour surmonter la crise, a fait de la question de fidélisation une des stratégies fondamentales à la résolution de la crise des RHS (Organisation mondiale de la santé & Alliance mondiale pour le personnel de santé, 2008) et les États ont entrepris plusieurs actions pour lutter contre l'instabilité. Il s'agit de l'introduction d'incitations financières et non financières comme entre autres : l'amélioration de l'environnement de travail, l'augmentation de salaire et indemnités, l'allocation de primes de zones, de l'amélioration des conditions de vies (logement, électrification, moyen de déplacement...) de l'implantation locale des instituts de formations pour un recrutement local, la valorisation des agents, l'offre de bourses pour les instituts issus des zones rurales etc. (Ousmane, 2014).

Cependant, de récentes études ont démontré que toutes les pistes développées jusque-là dans les pays en développement pour améliorer le déploiement et la fidélisation des RHS ont été insuffisantes et que les recherches doivent être approfondies dans ce domaine ; Caroline Gallais sur les RHS dans les pays en développement (Galais, 2010), le Réseau Vision Tokyo 2010 dans son rapport sur la problématique de rétention des RHS (Cabinet lick analysis consult & Vision tokyo 2010, 2016) etc.

L'exploitation des sources ouvertes renseigne que beaucoup de recherches ont été faites sur la question de la fidélisation/instabilité des RHS mais il n'existe pratiquement pas de publication scientifique sur l'impact de la formation continue diplômante sur la stabilité du personnel de santé au poste. C'est qui justifie en plus notre ambition d'investiguer cette problématique des départs pour la formation continue diplômante des professionnels de santé au Mali

La formation continue diplômante, ici nous la définissons comme une formation complémentaire de plus d'un an, reçue en cours d'emploi qui s'ajoute à la formation initiale et sanctionnée par un diplôme dans un domaine différent de celle-ci ou à un niveau supérieur à celle-ci.

Jusqu'à présent au Mali, l'INFSS est pratiquement la seule institution de l'Etat qui assure la formation continue diplômante ou spécialisation des agents de santé techniciens de santé et techniciens supérieurs de santé fonctionnaires de l'Etat et des Collectivités puisque dans les textes en vigueur aucune autre structure ne peut assurer leur formation continue diplômante en dehors de l'INFSS nécessitant une inscription préalable au concours professionnel d'entrée à l'INFSS.

3. Matériel et méthodes

3.1.Type et durée de l'étude

Il s'agit d'une étude de type transversale descriptive, la méthode mixte qualitative et quantitative a été utilisée pour répondre à notre objectif de recherche.

3.2.Site de l'étude

L'étude a eu lieu au Mali dans les centres et structures de santé du secteur public des régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso et Ségou et le district de Bamako. Les régions du nord du pays ont été exclu de l'étude pour raison de sécurité et aussi de l'instabilité des professionnels de santé occasionnée par la situation sécuritaire.

3.3.Population d'étude

Deux catégories de personnels constituent notre population d'étude :

- Les professionnels de santé, sage-femmes d'Etat et infirmiers/ères d'Etat, diplômés en licence ou master de l'INFSS après une formation continue diplômante à l'INFSS.
- Les employeurs/responsables et gestionnaires des ressources humaines. Il s'agit des directeurs au niveau des directions régionale de la santé (DRS) ou responsables des RHS au

niveau des DRS, les chefs de services au niveau des hôpitaux, les médecins chefs au niveau des centres de santé de référence (CSRéf), les directeurs techniques de centre (DTC) au niveau des centres de santé communautaires (CSCom) et les responsables des RHS au niveau de la direction des ressources humaines pour la santé (DRH).

3.3.1. Critères d'inclusion

- Les professionnels de santé fonctionnaires d'Etat ou des Collectivités ayant bénéficié d'une formation continue diplômante licence ou master de l'INFSS de 2013 à 2017, qui sont en poste, qui ont été joignables et qui ont accepté volontairement (en donnant leur consentement volontaire et éclairé) de participer à l'étude. Cette période a été choisie en raison de la disponibilité de données fiables sur les diplômés et aussi pour permettre suffisamment de temps pour que les diplômés prennent fonction.
- Les employeurs/responsables et gestionnaires des ressources humaines en santé au niveau central, régional et local en fonction de leur disponibilité et implication effective dans la gestion des personnels et l'organisation du travail et qui ont été consentant.

3.3.2. Critères de non-inclusion :

- Les professionnels de santé qui n'ont pas été formés à l'INFSS ;
- Ceux formés à l'INFSS sortis avant 2013 et après 2017 ;
- Les responsables non-impliqués dans la gestion des ressources humaines en santé ;
- Les diplômés n'ayant pas accepté de participer à l'étude.

3.3.3. Sélection des participants :

Le volet quantitatif a concerné seulement les professionnels de santé diplômés. Ils ont été choisis sur la base des listes des professionnels diplômés de l'INFSS de 2013 à 2017 qui nous ont été fournies par l'administration de l'INFSS, ils ont été joints par appel téléphonique pour les localiser et établir la cartographie de leur site de travail ou de provenance. L'échantillonnage a été exhaustif. Tous les étudiants accessibles par téléphone et localisés ont été retenus.

Le volet qualitatif a concerné les étudiants et les employeurs. Les participants ont été recrutés de façon raisonnée dans différents types de structures en fonction de leur disponibilité. Pour assurer un maximum de variabilité, les répondants ont été choisis parmi ceux évoluant en milieu rural et ou en milieu urbain.

Les professionnels de santé diplômés agents ayant été retenus pour le volet qualitatif ont été exclus du volet quantitatif. Un total de 40 professionnels de santé et 40 employeurs/gestionnaires RH a été inclus.

3.4. Collectes de données

Pour les enquêtes qualitatives, trois guides d'entretien semi structurés et de focus groupe ont été développés pour chaque groupe de participants (les professionnels de retour de formation

continue diplômante, les chefs ou responsables de services et les managers des ressources humaines). Les thèmes explorés étaient la motivation pour la formation, les difficultés rencontrées au retour de la formation, les emplois, l'adéquation formation emploi.

Un questionnaire a été développé pour les professionnels de santé en poste (volet quantitatif). Les données récoltées ont porté sur les types de formation, l'emploi après formation, la gestion du retour de formation.

Ces outils de collectes ont été administrés directement en face à face.

3.5. Analyse des données :

Les données quantitatives ont été saisies sur le logiciel EPI Info version 7 et analysées avec le logiciel SPSS. Nous avons procédé à des analyses descriptives, uni et bi variées.

Pour les données qualitatives, les interviews ont été transcrites verbatim. Nous avons procédé à une analyse inductive de contenu.

4. Résultats

4.1. Données Quantitatives :

Au total 204 diplômés ont répondu dans l'enquête quantitative. Plus de huit dixièmes des enquêtés étaient du cycle de Master en sciences de la santé soit 81%.

Plus de la moitié des répondants ont terminé en 2017. Environ 3 sur 5 des agents enquêtés proviennent du district de Bamako (29,90%) et la région de Kayes (29,41%). Les régions de Ségou et Sikasso ont observé les plus faibles pourcentages d'enquêtés. Plus de la moitié des agents au moment de l'enquête étaient employés par des CS Réf (54%) suivi des hôpitaux (37%). Les CSCOM sont les moins employeurs de notre échantillon soit 1,47%

Les femmes ont représenté 21,08% de notre échantillon. La moyenne d'âge des participants était de 40 ans. Presque tous les agents enquêtés sont mariés (95%) (Cf tableau 1).

Tableau 1 : caractéristiques des participants au volet qualitatif et leurs situations d'emploi avant et après formation.

| | Effectif | % |
|---------------------------------|----------|-------|
| Age | | |
| Moyenne d'âge | 40±3.97 | |
| Médian | 40 | |
| Sexe | | |
| Masculin | 160 | 18.92 |
| Féminin | 43 | 21,08 |
| Statut matrimonial | | |
| Célibataire | 10 | 04.90 |
| Marié | 193 | 94.60 |
| Divorcé | 1 | 0.50 |
| Statut d'emploi | | |
| Fonctionnaires d'Etat | 192 | 94.12 |
| Fonctionnaire des collectivités | 12 | 05.88 |

| | | |
|------------------------------------|------------|--------|
| Durée moyenne en service | 13.83±4.22 | |
| Décision de la formation | | |
| Chef_service_unité | 1 | 0.50 |
| Moi même | 203 | 99.5 |
| Motivation de la formation | | |
| Besoin_de_service | 04 | 1,96% |
| Besoin_personnel | 200 | 98,04% |
| Structure d'emploi après formation | | |
| Cscom | 111 | 54.41 |
| CSRéf | 76 | 37.25 |
| Hôpitaux | 24 | 11.76 |
| Autres* | 3 | 1.47 |

*Institutions de formation

Presque tous les agents ont décidé de leur formation eux-mêmes soit 99,51%. De même que la motivation de faire la formation était liée à un besoin personnel pour 98% des agents. 83% des agents ont discuté leur départ en formation avec leur supérieur hiérarchique. Et il n'y a pratiquement pas de conditions préalables à la mise en formation, seulement dans 8,82% des cas on a constaté l'existence de conditions à la mise en formation continue diplômante « Chercher un remplaçant avant d'aller en formation » ; « l'obligation de revenir après la formation ») (CF tableau 1).

4.2. Données qualitatives

4.2.1. Données caractéristiques des professionnels de santé enquêtés

Au niveau des services visités, nous avons interviewé 40 agents (des hommes et des femmes fonctionnaires de l'Etat et des Collectivités, diplômés de l'INFSS et leur responsable ou managers de services). Plus de $\frac{3}{4}$ de notre échantillon étaient des fonctionnaires de l'Etat. Le sexe masculin est plus représentatif dans notre échantillon et la majorité des agents sont mariés. La majorité des agents travaillent dans les unités administratives comme le management la santé publique. Plus de huit dixièmes des enquêtés sont du cycle de Master en sciences de la santé soit 81% repartis dans les différentes filières.

4.2.2. La mise en formation continue diplômante à l'INFSS :

De l'analyse des données recueillies, il ressort le même constat comme pour les données quantitatives concernant la décision de mise en formation continue diplômante ; en effet 35/40, soit 88% de l'effectif d'agents concernés par cette étude, ont décidé eux-mêmes d'aller en formation continue diplômante. De même les motivations d'aller suivre une formation continue diplômante sont liées à des raisons personnelles le plus souvent ; comme en témoignent ces passages de recueil « *C'est l'agent lui-même qui fait le choix de sa filière... Médecin Chef 1* », « *ce sont généralement les agents eux-mêmes qui émettent le désir d'aller se former... Médecin Chef 2* ». « Ils le font ainsi, pour la plupart des cas, en vue de rehausser leurs niveaux et de

changer de catégorie... Directeur RHS 1 ». Très rarement, des managers conscients de certains besoins dans leurs services décident de la mise en formation continue des agents à l'INFSS. S'agissant des conditions et démarches de mise en formation continue, les données nous informent de la constitution d'un dossier composé de : la demande de l'intéressé, l'avis favorable du supérieur hiérarchique, avoir plus de 3ans dans la fonction publique. Ce dossier est acheminé au niveau de la direction des ressources humaines pour autorisation et à ce niveau nous n'avons pas retrouvé de plan de formation continue diplômante des agents de santé. Il nous est rapporté qu'une fois le dossier acheminé, l'administration des ressources humaines de la santé autorise les agents désireux à poursuivre leurs formations à l'INFSS sans condition préalable dans la plupart des cas. Mais il a été constaté que cette décision administrative, consistant en partie à respecter les droits des agents, peut aussi créer un vide dans l'architecture fonctionnelle de certains services de santé. Quelques illustrations dans ces témoignages auprès de nos interlocuteurs

Chef personnel : « Pratiquement on demande l'avis du Chef de service. Et si on voit que ça ne joue pas sur les activités du service, on lui laisse aller faire sa formation ».

Médecin chef : « À ma connaissance on n'exige pas à ce qu'ils cherchent un remplaçant. On se débrouille après leurs départs en attendant leurs arrivées. Quand la personne finit sa formation, il peut souhaiter rester ou demander à partir, surtout pour le cas des fonctionnaires ».

Agent de santé : « Le chef a souhaité que je revienne chez lui après la formation. Mais ce n'était clairement pas une condition à ma mise en formation ».

4.2.3. Principales raisons de non-retours aux anciens postes/services après formations

Selon les professionnels de santé, les données nous renseignent sur diverses raisons pour qu'un agent décide de quitter son poste ou de refuser d'occuper son ancien poste avec des responsabilités spécifiques,

La plupart de leurs témoignages ont fait état du désir de poursuivre des objectifs personnels de carrière. De plus ils évoquent la progression de catégorie avec l'amélioration du salaire « *j'étais un simple infirmier d'Etat ; je voulais progresser dans ma carrière et maintenant que j'ai un master en santé publique je suis nommé major du service et de plus et surtout mon salaire a augmenté* » d'après un agent interviewé. L'environnement de travail dans certaines structures et des conflits de leadership entre l'agent fraîchement sorti de l'institut et son ancien supérieur hiérarchique incitent certains agents à quitter pour d'autres services. Face à tout cela, les agents de retour de formation n'ont d'autres choix que d'aller voir ailleurs, suivant les potentielles opportunités.

De l'avis des managers et responsables de services, il existe un constat d'inadéquation entre les nouvelles compétences acquises par les nouveaux diplômés et les réalités du service. Ceci incite certains agents en fin de formation, à changer non seulement de poste, mais aussi de service. Ces inadéquations se traduisent le plus souvent par le niveau faible du plateau technique, ne permettant pas ainsi aux agents d'appliquer pleinement leurs savoirs faire, comme en illustre ce témoignage « *Prenons l'exemple d'un infirmier qui quitte un CSCCom pour aller se former en imagerie médicale, à son retour de formation, il est clair qu'il ne pourra plus rester dans ce CSCCom, pour la simple raison que le plateau technique de celle-ci ne répond pas au besoin de l'imagerie médicale... Chef du personnel 1* ». Aussi le changement de profil intervenu à la suite de la formation ou le nouveau diplôme, par exemple « un infirmier ou une sage-femme diplômée en pédagogie, se voit attribué un autre profil autre que sage-femme ou infirmier d'Etat, souligne un interlocuteur Chef du personnel 2 ». Il y'a aussi l'insuffisance de motivation et les facteurs environnementaux comme évoqué dans ces témoignages « *la non-reconnaissance du mérite du travail, le manque de motivation des agents et le facteur milieu qui ne serait pas favorable, sont des causes qui peuvent occasionner le non-retour et le changement de poste chez des agents après une formation continue diplômante... Directeur RHS 1* ».

D'autres évoquent des insuffisances dans le redéploiement des agents après leur formation continue diplômante comme illustré dans ce témoignage de certains managers de service visités « *certaines agents sont redéployés au sein de notre structure sans notre avis, et dans ces cas nous demandons juste aux responsables d'unités de voir comment les intégrer dans les différentes équipes en fonction de leur profil ; à ce niveau aussi il arrive que leur profil ne répond pas aux besoins de nos services disponibles et opérationnels, comme la pédagogie ou santé sexuelle reproductive et puisqu'ils ne retrouvent pas leur profil, ils cherchent à quitter*, Focus groupe managers» ; certains évoquent l'éloignement des centres urbains ou de contraintes pour l'accès à l'eau, à l'électricité, à l'internet entre autres.

5. Discussion

Les ressources humaines constituent le socle du développement, de pérennisation de tout système d'offres de service en particulier le système de santé. La fidélisation et la stabilisation des ressources humaines en santé doit être la vision de tous les acteurs. L'insuffisance des politiques de formation, de recrutement et de déploiement impacte négativement la stabilité des professionnels de santé de retour d'une formation continue diplômante (Cabinet Lick analysis consult & Vision Tokyo 2010, 2014).

Notre étude visait à déterminer les facteurs liés à l'instabilité des agents de santé après leur formation continue diplômante. Il ressort que les raisons du non-retour aux anciens postes ou services après formation se résument en ce qui suit :

- L'insuffisance des politiques en matière de gestion des ressources humaines ;
- Le désir pour les agents de progresser dans leur carrière ;
- L'inadéquation entre les nouvelles compétences acquises et l'emploi affecté ;
- Des cas potentiels de mauvaises conditions environnementales et ou de conflits de leadership entre l'agent fraîchement sorti de l'institut et son ancien supérieur

hiérarchique incitent certains agents d'aller voir ailleurs, suivant les potentielles opportunités. Ces mêmes constats ont été faits par D Bokary et al (Diallo B. Kaka Z.Y, Diallo H.A, Théra S, and Traore S, 2020) dans son étude sur la problématique d'instabilité du personnel de santé en milieu rural où 40% des agents ont cité les mauvaises conditions d'hébergement et 17% indexent les mésententes avec les supérieurs hiérarchiques.

L'analyse du statut professionnel informe que la majorité des agents sont des fonctionnaires de l'Etat alors que ceux des collectivités représentent 20% malgré les efforts de décentralisation de la santé. Ce même constat est retrouvé dans l'étude sur le maintien des personnels de santé en zone difficiles au Sénégal (Cabinet lick analysis consult & Vision tokyo 2010, 2016) où les fonctionnaires de l'Etat représentent 60%. La majorité des agents enquêtés travaillent en zone urbaines dans les CSRef et cela peut s'expliquer par le fait qu'il y'a plus de structure d'emploi à ces niveaux. Au niveau de la diplomation 81% sont du niveau master, ceci dénote un possible changement à venir (à ce rythme des flux de formations continues diplômantes) au niveau de la pyramide sanitaire dans ce sens qu'il aurait moins d'agents de soins et de surface contre plus d'agents spécialisés, surtout que les recrutements au niveau de la fonction publique se raréfient.

Les actions de formation continue se répartissent en deux catégories principales : les actions de formation professionnelles figurant dans un plan de formation et les actions de formation sur l'initiative des agents en vue de leur promotion professionnelle. Les résultats de notre étude montrent que les agents vont en formation continue le plus souvent sur initiative personnel et de plus les conditions et démarches suivies ne tiennent pratiquement pas compte des besoins du système de santé ou institutionnels. Il en résulte une inadéquation formation et emplois, une sous-utilisation ou mauvaise utilisation des agents formés, une incoordination dans les redéploiements une insatisfaction au travail et in fine l'instabilité des agents.

Les actions de formation sur l'initiative de l'agent se font soit par mise en disponibilité soit par un congé de formation individuelle. Les résultats de notre étude montrent que le processus de mise en formation des agents ne se fait pas de façon règlementée et objective. Par essence l'objectivité de ce genre de processus reste difficile car aucun objectif institutionnel ne sous-tend la demande des agents.

L'arrivée de nouveaux agents de retour de formation dans un nouveau service sans la demande du service en question parfois avec des statuts différents, sont autant de défis à relever par les managers. Il est de ce fait utile de comprendre le processus et d'optimiser le rôle des différents acteurs dans ce processus.

6. Conclusion

L'étude a montré que cette instabilité ou ces mouvements de personnels vers les formations continues diplômantes aboutissent à une déformation ou transformation de la pyramide sanitaire si rien n'est fait pour y palier du fait de la disponibilité de plus de cadres spécialisés que d'infirmiers de soins et de surfaces. De plus, l'absence d'adéquation entre besoins de services et les formations continues diplômantes réalisées, et l'insuffisance des outils plan de développement des RHS rendent difficile l'utilisation du personnel formé contribuant ainsi à leur instabilité.

Nous pouvons ainsi conclure que les formations continues diplômantes malgré qu'elles constituent un facteur de motivation et de renforcement des capacités pour le personnel contribuent dans certaines mesures largement à l'instabilité dans nos structures de soins et de services de santé.

Il convient donc :

- de planifier les mises en formation continues diplômantes des fonctionnaires en tenant compte des besoins du système de santé
 - De mettre en place un mécanisme de gestion efficace des départs et des retours de formation continues diplômantes à travers un plan de développement concerté et cohérent des ressources humaines en santé.

Remerciements : Nos remerciements s'adressent sincèrement

- Au Projet REDISSEIII-MALI -BANQUE MONDIALE pour le financement de notre étude,
- À notre institution de recherche l'INSP pour la diligence de nos activités

Conflits d'intérêts

Tous les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références bibliographiques :

- Cabinet Lick Analysis Consult. (2017). *Résumé de l'analyse situationnelle des ressources humaines en santé des pays membres de réseau vision tokyo 2010.*
- Cabinet Lick analysis consult & Vision Tokyo 2010. (2014). *Etude qualitative sur la problématique du maintien des personnels de santé dans les zones « dites » difficiles du Sénégal.*
- Cabinet lick analysis consult & Vision tokyo 2010. (2016). *Etude intégrée sur la problématique du maintien des personnels de soins qualifiés dans les zones difficiles du Sénégal (méthode du discret choice experiment).* Réseau vision tokyo 2010.
- Diallo B. Kaka Z.Y, Diallo H.A, Théra S, and Traore S. (2020). *Problématique de l'instabilité du personnel de santé en milieu rural : Cas du district sanitaire de Ségou au Mali. Novembre 2020, 3(3).*

- Dieleman, M., & Harnmeijer, J. W. (2006). Improving health worker performance : In search of promising practices Marjolein and Jan Willem Harnmeijer Dieleman. *Organisation mondiale de la santé*.
- Direction générale de la santé et de l'hygiène publique. (2019). *Annuaire statistique 2018 du système local d'information sanitaire du Mali*.
- Dussault, G., Codjia, L., Zurn, P., & Ridde, V. (2018). Investir dans les ressources humaines pour la santé en Afrique francophone : Les apports du projet Muskoka. *Santé Publique, HS(HS)*, Article HS. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/spub.180.0009>
- Galais, C. (2010). Les ressources humaines en santé dans les pays en développement, revue bibliothèque. *Sciences-Po*. <http://solthis.org/plaidoyer-r164.html>
- INFSS, services des examens et concours. (2014). *Concours d'entrée à l'institut national de formation en sciences de la santé INFSS* [Rapports de délibération].
- OMS. (2017). *Cadre régional de mise en oeuvre de la stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030*. (Rapport du secretariat 67ème session; Français, Numéro 67ème session). <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-07/AFR-RC67-8>
- Organisation mondiale de la santé & Alliance mondiale pour le personnel de santé. (2008). *Déclaration de Kampala et programme pour une action mondiale* [Rapport du 1er forum mondiale sur les ressources humaines pour la santé].
- Ousmane, M. (2014). *Cartographies des stratégies et des programmes de formation recrutement redeploiement et fidélisation des ressources humaines de la santé mises en oeuvre ces dix dernières années au Niger*. Organisation mondiale de la santé; OMS.
- Sidibé, C. S., Touré, O., Broerse, J. E. W., & Dieleman, M. (2019). Rural pipeline and willingness to work in rural areas : Mixed method study on students in midwifery and obstetric nursing in Mali. *PLOS ONE*, 14(9), Article 9. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222266>
- World Health Organization. (2013). *Transforming and scaling up health professionals' education and training*. WHO Library.
- World Health Organization. (2016a). *Global strategy on human resources for health : Workforce 2030*. WHO Library.
- World Health Organization. (2016b). *WORKING FOR HEALTH AND GROWTH*.
- World Health Organization. (2022). *Global competency framework for universal health coverage*. Who Library.

© 2024 MAIGA et al., licensee Bamako Institute for Research and Development Studies Press. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

Publisher's note

Bamako Institute for Research and Development Studies Press remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional affiliations.