



AFRICA HEALTH WORKFORCE
OBSERVATORY



Profil en ressources humaines pour la santé de la RCA

Profil en ressources humaines pour la santé

Nom du pays: RCA



global health
workforce
alliance



**World Health
Organization**

Observatoire National de Ressources Humaines pour la Santé de la RCA
Octobre 2010



Sommaire

1.	Contexte général du pays	7
1.1	Géographie et démographie	7
1.2	Contexte économique.....	7
1.3	Contexte social.....	8
1.4	Situation sanitaire.....	8
2.	Système de santé du pays.....	10
2.1	Gouvernance	10
2.2	Prestation des services de santé.....	10
2.3	Financement des soins de santé.....	11
2.4	Système d'information sanitaire	Error! Bookmark not defined.
3.	Situation des Personnels de Santé.....	13
3.1	Niveaux et tendances des personnels de santé	13
3.1.1	L'existant.....	13
3.2	Répartition des personnels de santé selon la profession	14
3.2.1	Répartition par sexe selon la profession	15
3.2.2	Répartition par groupe d'âges selon la profession.....	15
3.2.3	Répartition par région/province selon la profession	15
3.2.4	Répartition par milieu urbain/rural selon la profession	16
3.2.5	Répartition par secteur selon la profession	16
3.3	Situation du personnel de santé du secteur privé	17
3.4	Situation de la médecine traditionnelle	Error! Bookmark not defined.
4.	HRH Production	18
4.1	Formation initiale.....	18
4.2	Formation post universitaire.....	19
4.3	Formation continue des personnels de santé.....	19
4.3	La projection des besoins en RHS sur 5 ans	20
5.	Utilisation des RHS	21
5.1	Recrutement	21
5.2	Mécanismes de répartition et déploiement.....	21
5.3	Environnement de travail.....	21
5.4	Conditions de travail des personnels de santé dans le secteur privé.....	Error! Bookmark not defined.
6.	Gouvernance en RHS.....	22
6.1	Politique et Plan de RHS.....	22
6.2	Développement de politique, planification et gestion des RHS.....	22
6.3	Règlement professionnelle.....	22
6.4	Système d'information des RHS.....	23
6.5	Recherches sur les RHS	23
6.6	Parties prenantes de RHS.....	24
	Annexe 1: Personnels de santé/Données	26
	Annexe 2: Définitions des catégories	26
	Annexe 3: Classification des catégories	Error! Bookmark not defined.
	Annexe 4: Liste des membres du Groupe de travail	27

Liste des Tableaux

Tableau 1.1 Distribution de la population selon le groupe d'âges par année (en %)	7
Tableau 1.2 Distribution de la population par sexe	7
Tableau 1.3 Indicateurs économiques	8
Tableau 1.4 Principales causes de morbidité et de mortalité	8
Tableau 1.5 Indicateurs de santé	9
Tableau 2.1 Contribution moyenne par type de dépenses dans le financement de santé, (2000-2004)	11
Tableau 2.2 Dépenses budgétaires (2006 à 2009) sur ressources propres	12
Tableau 3.1 Répartition du personnel de santé par catégorie professionnelle en 2008 et 2009	13
Tableau 3.2 Distribution des effectifs du personnel de santé (5 dernières années)	14
Tableau 3.4 Distribution des effectifs du personnel de santé par groupe d'âges	15
Tableau 3.5 Distribution des personnels de santé par région ou province	16
Tableau 3.6 Distribution par milieu urbain et rural des personnels de santé	16
Tableau 3.7 Distribution par secteur des personnels de santé dans le pays	17
Tableau 4.1 Nombre d'institutions/établissements de formation en santé par secteur dans le pays	18
Tableau 4.2 Nombre d'inscriptions dans les Institutions de formation sanitaire de 2004 à 2009	18
Tableau 4.3 Nombre des sortants issus des Institutions de formations de 2004 à 2007	19
Tableau 4.4 Projections des besoins en personnels de santé pour les prochaines années	20

Sommaire

La crise aigüe des ressources humaines pour la santé à la quelle sont confrontés les pays de la planète en général et ceux de l'Afrique en particulier constitue un sujet de préoccupation majeure pour les Etats et l'ensemble des partenaires au développement.

En effet, le déficit en ressources humaines pour la santé de par le monde est estimé à 4 millions de prestataires de soins dont plus d'un million pour la région d'Afrique au sud du Sahara.

L'amélioration de l'état de santé de la population par une meilleure offre des services de soins est une condition sine qua non de la croissance économique et du développement. De ce point de vue, il apparaît important et nécessaire pour les parties prenantes (Etats et partenaires) de mettre en commun leurs stratégies pour résorber la crise de la main d'œuvre du secteur.

A cet égard, la Conférence internationale sur la crise des RHS : enjeux et solutions organisée par l'AMPS du 06 au 08 juin 2007 à Douala au Cameroun et le premier forum mondial sur les RHS tenu en 2008 à Kampala en Ouganda ont débouché sur des recommandations fortes en direction des Etats. L'une de ces recommandations visait la mise en place des observatoires nationaux des ressources humaines pour la santé afin de contribuer à relever l'un des défis de la pénurie actuelle du personnel de santé qui n'est autre que le problème de la disponibilité, de la fiabilité et de la qualité des informations sur les RHS.

Conformément à cette dernière recommandation, le Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique a conçu un canevas permettant aux pays d'élaborer leurs profils en RHS.

S'inspirant de ce canevas, la RCA vient de finaliser son document de profil qui s'articule essentiellement autour de :

- contexte général dans lequel devra s'effectuer le développement des RHS
- la production, l'utilisation et la gouvernance des RHS ;
- partenariat.

Au demeurant, le profil en ressources humaines vise non seulement à présenter la situation du personnel de santé et à rendre disponible l'information sanitaire du pays aux autorités et aux partenaires mais aussi à faciliter le partage de cette information et à contribuer à l'amélioration de la performance du système national de santé.

Introduction

La problématique des ressources humaines pour la santé est l'une des questions les plus brûlantes qui soient abordées dans les grandes conférences internationales.

En effet, les pays pauvres sont très préoccupés par l'amélioration de l'état de santé de leurs populations pour atteindre leurs objectifs de croissance économique et de développement durable. D'où nécessité pour ces pays de renforcer leurs système de santé pour offrir de service de soins de qualité à leurs ressortissants respectifs.

Or, le renforcement du système de santé passe nécessairement par le développement des ressources humaines relevant de ce secteur dont la situation actuelle révèle une pénurie sans précédent qui nécessite une synergie des stratégies pour relever l'un des défis auxquels la plupart des pays sont confrontés.

La République Centrafricaine fait partie des pays qui ont bénéficié de l'appui multiforme de l'OMS pour éditer son profil en ressources humaines pour la santé.

Le document du profil s'inspire du canevas OMS. Il a été élaboré sous la direction du MSPPLS et les informations qui y sont contenues seront utilisées dans le cadre du processus de planification et de l'amélioration de la performance du système national de santé.

Contenu

La structure du document est répartie entre sept thématiques conformément aux orientations de l'OMS et s'articule autour du contexte général du pays, le système national de santé, la situation du personnel, la production du personnel, son utilisation, la gouvernance et le partenariat.

La plupart des données collectées proviennent des documents de référence tels que le PNDS2, le DSRP, le PPAC PEV, etc.

D'autres informations tirent leurs sources du SNIS ou des enquêtes récentes.

La coordination des activités de réalisation de ce précieux document était assurée par un groupe d'experts présidé le Directeur des Ressources du département de la santé.

1. Contexte général du pays

1.1 Géographie et démographie

La République Centrafricaine (RCA) est un pays totalement enclavé au cœur du continent africain avec une superficie de 623.000 km². Elle est limitée au Nord par la République du Tchad, au Sud par la République Démocratique du Congo et la République du Congo, à l'Est par la République du Soudan, et à l'Ouest par la République du Cameroun. La population est estimée à 4 302 349 habitants (projection 2008), soit une densité moyenne de 6,9 habitants au Km². La population est essentiellement rurale (62,1%). La répartition de la population par sexe et par âge montre que les femmes représentent 50,2% et les jeunes de moins de 25 ans 63,9%.

Tableau 1.1 Distribution de la population selon le groupe d'âges par année (en %)

Groupe d'âge	2006	2007	2008	2009
0–14 ans	42,3	42,1	41,8	41,3
15–64 ans	54,9	55,2	55,5	56,0
65+ ans	2,8	2,7	2,7	2,7
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Population totale	4132988	4216664	4302349	4390008

Source: Projection RGPH 2003 ; MEPCI.

Tableau 1.2 Distribution de la population par sexe

Année	Total	Homme	Femme	Homme/Femme (%)	Taux d'accroissement (%)
2006	4132988	2048199	2084789	98.2	2,018
2007	4216664	2086968	2131703	97.9	2,025
2008	4302349	2126809	2171471	97,8	2,032
2009	4390008	2167917	2222091	97,6	2,037

Source: Projection RGPH 2003 ; MEPCI.

1.2 Contexte économique

Depuis plus d'une dizaine d'années, le pays reste très vulnérable à cause de l'instabilité engendrée par des séries d'événements politico-militaires qui ont détérioré les conditions de vie de la population, amplifiant la pauvreté et rendant l'accès de la majorité de la population difficile aux services sociaux de base. Son économie fragile et qui est sortie très sinistrée de ces événements est caractérisée par un large secteur informel, une faible capacité à générer des revenus, un marché de capitaux inexistant. Elle reste sensible à la volatilité du prix des produits de base et à la fuite des capitaux. Malgré la richesse de ses ressources naturelles, la RCA est l'un des pays les moins avancés au monde. Avec un indice de Développement Humain (IDH) de 0,355, elle est classée en 2005 au 171^{ème} rang parmi 177 pays au monde (PNUD, 2005). Elle est aussi l'un des pays dans le monde ayant vu son IDH baisser au cours des années 1990 (PNUD, 2004b). L'incidence de la pauvreté en RCA est passée de 62% en 1994 à 71% en 2003 en milieu rural. En plus, une forte proportion (56%) de la population n'arrive pas à satisfaire les besoins alimentaires de base. Ces tendances vont dans le sens opposé à celui souhaité pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) visant à réduire de moitié la proportion des pauvres à l'horizon 2015.

Tableau 1.3 Indicateurs économiques

Indicateurs	2006	2007	2008	2009	Source et Année
% des dépenses de santé dans le budget	5,583	8,120	7,988	6,669	Lois des finances
Revenu annuel par habitant	156079	156079	156079	156079	DSRP
% de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté	67,2	67,2	67,2	67,2	DSRP
% de la population avec malnutrition	25,92 %	21,3			SNIS
Taux de chômage	10,3	10,3	10,3	10,3	RGPH 2003
Taux d'inflation	3,3				DSRP

Source:

1.3 Contexte social

Sur les 4 302349 habitants que compte le pays, 67 % vivent avec moins d'un dollar par jour. Cette pauvreté compromet de façon durable l'accès d'une plus grande proportion de la population aux soins de santé. Le problème d'accessibilité aux services de soins se pose aussi en termes de mauvaise répartition des infrastructures et d'insuffisance des ressources. Même là où les infrastructures existent, le coût d'accès aux soins médicaux, restent prohibitifs eu égard au faible pouvoir d'achat des ménages notamment en milieu rural.

D'une manière générale, la couverture en matière d'éducation est insuffisante sur l'ensemble du territoire national. Le taux d'alphabétisation des personnes âgées de 15-24 ans est de 45,7% pour les hommes contre 25,9 % pour les femmes selon les résultats de l'enquête MICS 3.

Au niveau primaire le taux net de scolarisation (TNS) selon l'enquête MICS3 est respectivement de 55,8% pour les garçons et 45,6% pour les filles. Comme on peut le constater ces taux sont généralement en défaveur des filles et des enfants du milieu rural (34,1 % pour les filles).

1.4 Situation sanitaire

Tableau 1.4 Principales causes de morbidité et de mortalité

Principales causes de morbidité	Valeur (%)	Principales causes de mortalité	Valeur (%)
1. Paludisme simple et grave	39,69 %	1. Paludisme grave	26,26 %
2. Diarrhée	12,85 %	2. Anémie	17,92 %
3. Infection respiratoire aigue (IRA)	12,43 %	3. IRA	7,79 %
4. Autres parasites	19,95 %	4. Diarrhée	11,43%
-	-	5 Malnutrition protéino calorique	6,89%
-	-	6. IST...	0,69%
-	-	7. VIH/SIDA	5,59%
-	-	8. Pneumonie	11,38%
-	-	9. Hépatite	1,15%
-	-	10. Hernie	1,10%
Autres	-	Autres	-

Tableau 1.5 Indicateurs de santé

Indicateurs	Niveaux
Taux de Mortalité infantile	106 pour 1000NV
Taux de Mortalité infanto-juvénile	176 pour 1000NV
Ratio mortalité maternelle	1355 pour 100 000NV*
Taux d'allaitement exclusif (0-5 mois)	23,4 %
Couverture vaccinale contre la tuberculose	73,8 %
Couverture vaccinale contre la poliomyélite (Polio)	46,9 %
Couverture vaccinale contre la DTCoq	54,2 %
Couverture vaccinale contre la rougeole	62,0 %
Enfants entièrement vaccinés	32,0 %
Prévalence des contraceptifs	19,0 %
Assistance par un personnel qualifié	53,4 %
Accouchements dans un centre de santé	51,0 %
Connaissances générales sur la prévention du VIH	16,8 %
Utilisation de préservatifs des jeunes avec les partenaires occasionnels	40,6 %
Enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire	33,1 %
Traitement antipaludéen (moins de 5 ans)	41,6 %
Accès à l'eau potable en milieu rural	39,9 %
Accès à l'eau potable en milieu urbain	69,4 %

2. Système de santé du pays

2.1 Gouvernance

L'organisation structurelle du système de santé est régie par les dispositions du Décret n° 05.121 du 06 juin 2005, portant organisation du Ministère de la Santé Publique, de la Population et de la lutte contre le SIDA et fixant les attributions du Ministre. Elle est de type pyramidal à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique.

Le niveau central est chargé de : concevoir, élaborer et appliquer la politique du Gouvernement dans le domaine de la santé publique et de la population ; coordonner, contrôler et évaluer les activités des services qui concourent à la mise en œuvre de cette politique ; définir les stratégies sanitaires ; assurer la gestion de toutes les ressources humaines, financières et techniques qui lui sont confiées pour accomplir sa mission ; proposer et faire exécuter toutes mesures propres à lutter contre les problèmes de santé de la population ; élaborer les plans nationaux de développement du secteur de la santé ; veiller à la mobilisation des ressources nécessaires à la prise en charge de la santé publique et de la population ; promouvoir les structures privées de soins et contrôler leurs activités ; coopérer avec les organismes nationaux et internationaux intervenant dans le secteur de la santé ; participer aux négociations avec les Organisations bilatérales et multilatérales ; examiner et faire des propositions au sujet des Traités, Conventions et autres Accords internationaux dans le domaine de la santé.

Le niveau intermédiaire comprend sept Régions Sanitaires (RS) correspondant aux régions administratives du pays. Chaque RS est composée de deux à trois préfectures sauf la RS n°7 (Bangui) qui compte huit arrondissements. Les chefs-lieux des RS fixés par la loi n° 96.013 du 13 janvier 1996, portant création des Régions et fixant leurs limites territoriales, ne sont que provisoires. Ce sont : Bimbo pour la RS n°1, Berberati pour la RS n°2, Bossangoa pour la RS n°3, Sibut pour la RS n°4, Bria pour la RS n°5, Bangassou pour la RS n°6, et Bangui pour la RS n°7. Coordonné par la Direction de Cabinet, ce niveau a pour mission de servir de relais entre l'autorité centrale et le niveau périphérique. Il est chargé de : appliquer les directives de l'action politique sanitaire reçue du niveau central ; coordonner et contrôler l'ensemble des activités sanitaires des secteurs public et privé dans sa zone de juridiction ; exercer au niveau de la région, des activités de type intégré ; fournir l'appui technique aux préfectures pour la mise en œuvre des Soins de Santé Primaires.

Le niveau périphérique est composé de 16 préfectures et de 8 circonscriptions sanitaires de Bangui qui correspondent au découpage administratif du pays. La préfecture sanitaire et les circonscriptions sanitaires de Bangui sont chargées de : appliquer les directives de la région ; coordonner et contrôler l'ensemble des activités de la préfecture et des arrondissements ; apporter aux formations sanitaires toute l'assistance nécessaire à l'exécution des activités de type intégré. En terme géographique, la préfecture, entité vaste, est loin de répondre aux critères de définition d'un district sanitaire.

2.2 Prestation des services de santé

a/ Disponibilité des services

Le pays a défini un Paquet Minimum d'Activités (PMA) par niveau et par type de formation sanitaire (FOSA). Ce PMA reste encore très théorique dans son application car beaucoup d'activités prévues ne sont pas effectivement menées faute de plateau technique conséquent.

b/ Accessibilité aux services

Il existe encore en RCA de gros problèmes d'accessibilité géographiques aux soins de santé. Au moins 25% de la population parcourent plus de 10Km de distance pour atteindre une formation sanitaire dont la plupart sont dépourvues d'équipements adéquats, de matériels de premiers soins et des ressources humaines.

Quant à l'accessibilité financière, la dégradation des conditions socio-économiques du pays entraînant un faible pouvoir d'achat des ménages ne leur garantit pas un meilleur accès aux soins de santé. La réglementation sur le recouvrement des coûts a prévu des dispositions pour la prise en charge des indigents et des cas d'urgence. Mais, le fait que ces textes soient diversement interprétés, voire non appliqués, excluent bon nombre des couches de la population aux prestations des soins. D'ailleurs les critères d'indigence n'ont jamais été clairement définis.

S'agissant de l'accessibilité culturelle, beaucoup de barrières culturelles telles que les croyances, l'influence de la chefferie et de la religion constituent autant de facteurs limitant l'accès aux soins.

Par ailleurs, beaucoup d'opportunités et d'occasions manquées à cause des horaires de travail des FOSA non adaptés à ceux des utilisateurs empêchent bon nombre de malades d'accéder aux services de soins. Les barrières qui limitent l'accessibilité aux services de santé sont nombreuses et sont de plusieurs ordres : administratif, financier, géographique, culturel et comportemental. De gros efforts de sensibilisation des prestataires de soins et des bénéficiaires sont à envisager pour minimiser ces barrières et améliorer l'accessibilité des populations aux services de soins.

2.3 Financement des soins de santé

Le secteur de la Santé bénéficie de deux sources de financement à savoir le financement public (ressources propres de l'Etat, ressources des collectivités et ressources extérieures dans le cadre de l'aide public au développement) et le financement privé (apport des communautés et des ONG tant nationales qu'internationales).

Tableau 2.1 Contribution moyenne par type de dépenses dans le financement de santé, (2000-2004)

Type de dépenses	Moyenne de contribution (en milliards de FCFA)	Pourcentage par acteur
Dépenses publiques	10,6	37 %
Dépenses privées (ménages et entreprises privées)	15,6	54 %
Autres (Communautés/Collectivités)	2,7	9 %
Dépenses totales	28,9	100 %

Source : Rapport groupe de travail PNDS II

1. / Efforts nationaux pour le Financement de la santé

En dépit des difficultés d'ordre macroéconomique mentionnées dans le contexte général, on note au plan national, un effort de la part du Gouvernement pour soutenir les actions de santé. Sur la période 2006-2009, les prévisions de dépenses en faveur du secteur de la santé représentent en moyenne 1,5% du PIB et 8,8% du budget général de l'Etat.

2. / Financement sur ressources propres de l'Etat

En dépit de l'absence de données, on note que sur le total des ressources propres inscrites au budget de l'Etat en faveur de la santé, le taux d'exécution reste dominé par les dépenses de salaires.

En dehors de l'année pour laquelle les données sur l'exécution des différentes natures des dépenses sont disponibles, d'importants arriérés de paiement ont été accumulés.

Tableau 2.2 Dépenses budgétaires (2006 à 2009) sur ressources propres
(En milliards de FCFA)

	2006	2007	2008	2009
Dépenses de fonctionnement	5,713810	6,798410	7,130113	7,524870
- Salaires	3,462670	3,462670	2,983883	3,159720
- Autres	2,251140	3,038740	4,146230	4,365150
Dépenses d'investissement	3,433092	4,605268	4,931330	4,550225
Dépenses totales prévues de santé	9.146.902	11,403678	12,061443	12,075095

Source : Lois des finances 2006 à 2009.

3. /Financement sur ressources extérieures

La RCA bénéficie fortement de l'appui extérieur dans le financement des dépenses d'investissement du secteur de la santé sous forme de subventions et de prêts.

Depuis ces dernières années, la tendance générale de l'aide extérieure pour le pays est à la hausse. Le financement extérieur en faveur du secteur de la santé se situe en moyenne autour de 4 milliards par an.

4. / Participation communautaire

Elle reste le moyen de financement approprié pour atteindre les bénéficiaires sous deux formes ;

Le recouvrement de coûts ; instauré en 1994, ce moyen de financement s'effectue par l'achat des médicaments, les consultations, les actes et les hospitalisations. Les tarifs des consultations varient de 500 FCFA à 2000 FCFA selon le niveau de la structure et la qualification des praticiens. Pour les prestations, les tarifications varient selon la nature des actes et les habitudes de prescription, ce qui rend difficile l'accès d'une bonne partie de la population aux soins de base.

L'approche participative se mesure par la contribution de la communauté sous forme des travaux manuels, apports de matériaux et contribution financière directe pour la construction des postes et cases de santé et les pharmacies villageoises dans les communes.

En 2005, les prestations et les ventes des médicaments ont produit près de **1.322.185.718 FCFA** (un milliard trois cent vingt deux millions cent quatre vingt cinq mille sept cent dix huit f FCFA). Ces recettes ont permis la prise en charge d'une partie du personnel, le fonctionnement des fosa, le réapprovisionnement en MEG et pour des investissements pour un montant qui s'élève à **1.256.632.736 F CFA** (un milliards deux cent cinquante six millions six cent trente deux mille sept cent trente six FCFA). Le taux d'autofinancement (marge bénéficiaire dégagée après les dépenses obligatoires) varie de 0,10 à 1,86 dans les préfectures sanitaires. Le taux moyen est de 0,86 donc inférieur à la norme (1,5). Les recettes propres des FOSA ne suffisent pas pour garantir leur autonomie financière. Il y a donc nécessité de faire un plaidoyer pour l'accroissement des ressources financières au niveau des districts de santé.

5. / Financement privé

Il concerne en grande partie les formations sanitaires privées (cabinets médicaux et cliniques privées). Aussi, les entreprises privées installées dans le pays financent les actions de santé par la couverture à 80% des frais médicaux de leur personnel et participent également à la construction d'infrastructures de santé dans leur localité.

3. Situation des Personnels de Santé

Dans la première partie nous avons analysé l'environnement dans lequel devra s'effectuer le développement des RHS. Cela nous a permis d'identifier les facteurs qui pourraient influencer positivement ou négativement le développement des RHS. Alors, il s'agit dans une deuxième étape, d'examiner sur la base des données disponibles, la situation au regard de certains impératifs en matière de RHS. Notamment : la force de travail, la formation, l'acquisition, la rétention et le management.

3.1 Niveaux et tendances des personnels de santé

Dans l'optique de la réalisation d'un plan des effectifs, l'appréciation de la force de travail déterminera dans ce qui va suivre, l'existant mais aussi les besoins théoriques immédiats en matière de RHS.

3.1.1 L'existant

De prime abord, il faut souligner la difficulté à estimer de façon précise la force de travail réelle de la santé. Car il est pratiquement impossible de croiser les données provenant du MSPPLS avec celles des autres acteurs de la santé tels que les Ministères (chargés des Forces Armées, de l'Intérieur, de l'Éducation, de la Jeunesse, Sports et Culture) et le privé.

Tableau 3.1 Répartition du personnel de santé par catégorie professionnelle en 2008 et 2009

(Voir la définition de chaque catégorie professionnelle en annexe 3)

Catégories professionnelles	2008		2009	
	Nombre	Densité pour 1000 Population	Nombre	Densité pour 1000 Population
Médecins généralistes	119	0,028	141	0,032
Médecins Spécialistes	54	0,013	64	0,015
Infirmiers professionnels	300	0,07	308	0,07
Infirmiers associés	...	...	320	0,073
Sages-femmes professionnels	267	0,062	224	0,051
Sages-femmes associées	268	0,062	245	0,056
Dentistes	5	0,001	4	0,001
Pharmaciens	8	0,002	10	0,002
Techniciens et Assistants en pharmacie	2	0	2	0
Agents de santé environnementale & d'hygiène	84	0,019	227	0,052
Techniciens en imagerie et matériels thérapeutiques	30	0,007	27	0,006
Techniciens de Laboratoire médical et pathologique	32	0,007	40	0,009
Techniciens médicaux et de prothèses dentaires	8	0,002	8	0,002
Agents de santé communautaire	1746	0,406	1713	0,39
Autres prestataires de service de santé	13	0,003	15	0,004
Aides-soignants et autre agents des services de santé	68	0,016	73	0,017
Autres techniciens et professionnels des sciences	162	0,036	164	0,038
Gestionnaires de services de santé	33	0,006	37	0,007
Techniciens de l'information sanitaire et de l'enregistrement des données médicales	10	0,002	8	0,002
TOTAL	3209	0,746	3630	0,827

C'est pour pallier à une telle situation que grâce à l'appui de l'OMS, la Coopération Française et L'Union Européenne, le MSPPLS a affiné, entre octobre 2002 et décembre 2004, une base de données informatisée afin de mettre à jour le "fichier central du personnel" relevant de sa gestion. Il faut noter que cette base concerne uniquement les RHS du secteur public sous administration du MSPPLS. L'appréciation du secteur privé y compris la Médecine Traditionnelle reste cependant à réaliser. La présente analyse des Ressources Humaines pour la Santé s'inspire essentiellement de cette base de données (octobre 2002) mais tient également compte des documents élaborés plus récemment tels que le PNDS II 2006-2015, la soumission GAVI-RSS, et la Cartographie de l'Offre de Service de Santé (COS) etc.

Selon ces sources, il y a 3310 agents inscrits dans le fichier du personnel du MSPPLS auxquelles il faut ajouter 290 nouveaux intégrés entre octobre 2007 et janvier 2010. Parmi eux, 547 sont décédés entre 1998 et 2008, 406 sont admis à faire valoir leur droit à la retraite dans la même période, 56 sont en disponibilité contre 12 mutés dans d'autres ministères et 46 partis à l'étranger (fuite de cerveaux); il reste donc une force de travail composée d'agents disponibles dont 62% de fonctionnaires et 38% des décisionnaires. Il convient de noter que cette force de travail n'aura augmenté que de 3,6% en 14 ans (1990- 2004), témoignant des faibles capacités de l'État à développer les ressources humaines pour la santé. Car sur la même période la population a augmenté de 33%. Sur 3486 agents considérés comme "disponibles" dans le secteur public toutes catégories confondues, il faut ajouter 792 agents de l'Association Médicale des Églises pour la Santé en Centrafrique (ASSOMESCA), une Organisation d'obédience confessionnelle très active dans le domaine de la santé en RCA. Ce qui nous conduit à un effectif de 4278 agents de santé réellement en activité.

Les données disponibles concernent donc, essentiellement, le secteur public et, dans une moindre mesure, le sous secteur privé confessionnel; à l'exclusion de la Médecine Traditionnelle et du secteur privé dans sa vaste majorité.

3.2 Répartition des personnels de santé selon la profession

Il s'agit de faire une analyse de la distribution des personnels de santé selon certaines caractéristiques: genre (tableau 3.3), groupe d'âges (tableau 3.4), région/province (tableau 3.5), urbain/rural (tableau 3.6), public-privé à but lucratif – et but non lucratif (tableau 3.7)

Tableau 3.2 Distribution des effectifs du personnel de santé (5 dernières années)

Categories d'occupation	2005 *	2008	2009
Médecins	331	173	205
Infirmiers	1188	300	628
Sages-femmes	519	535	469
Dentistes	13	5	4
Pharmaciens	17	10	12
Techniciens de la santé	55	154	302
Autres prestataires de la santé	211	1989	1965
Autres techniciens et gestionnaires	415	43	45
Personnel d'appui	167		
Total	2916	3209	3630

Source : *Rapport sur la santé dans le monde, 2006

3.2.1 Répartition par sexe selon la profession

Table 3.3 Distribution par sexe et occupation

Categories d'occupation	Total	Effectif de femmes	% de femmes
Médecins généralistes	196	26	13%
Médecins Spécialistes	98	14	14%
Infirmiers professionnels	288	71	25%
Infirmiers associés	615	134	22%
Sages-femmes professionnels	186	186	100%
Sages-femmes associées	519	519	100%
Dentistes	6	4	67%
Dentistes assistants et thérapeutes	7	...	...
Pharmaciens	17	4	24%
Agents de santé environnementale & d'hygiène	44	2	5%
Physiothérapeutes et Assistants en physiothérapie	4	2	50%
Techniciens en imagerie et matériels thérapeutiques	9	...	...
Techniciens de Laboratoire médical et pathologique	39	3	8%
Agents de santé communautaire	211	121	57%
Assistants médicaux	229	44	19%
Autres techniciens et professionnels des sciences	278	44	16%
Autres personnels d'appui et de gestion de la santé	167	47	28%
TOTAL	2913	1221	42%

Source : HRH Afro Survey 2005

3.2.2 Répartition par groupe d'âges selon la profession

Tableau 3.4 Distribution des effectifs du personnel de santé par groupe d'âges (%) - 2005

Categories d'occupation	≤ 50 ans	>50 ans	Total
Médecins	74%	26%	100%
Infirmiers	72%	28%	100%
Sages-femmes	87%	13%	100%
Dentistes	69%	31%	100%
Pharmaciens	82%	18%	100%
Techniciens de la santé	70%	30%	100%
Autres prestataires de la santé	70%	30%	100%
Personnel d'appui	77%	23%	100%
Total	76%	24%	100%

Source : HRH Afro Survey 2005

3.2.3 Répartition par région/province selon la profession

Tableau 3.5 Distribution des personnels de santé par région ou province

Categories d'occupation	Nombre total	% Region 1	% Region 2	% Region 3	% Region 4	% Region 5	% Region 6	% Region 7	% Region 8
Population	4.302.357	663.551	769.016	879.155	563.894	204.254	517.518	704969	4.302.357
Médecins	118	7.62	5.9	9.32	6.77	5.9	6.77	45.76	7.62
Infirmiers	888	7.31	8.33	8.22	9.12	2.94	6.30	26.68	7.31
Sages-femmes	252	10.7	7.9	7.1	4.3	1.9	4.7	57.3	10.7
Dentistes	115	1.7	5.2	4.3	7.8	4.3	2.6	49.5	1.7
Autres prestataires	61	1.6	3.2	3.2	6.5	1.6	1.6	36	1.6
Autres techniciens et gestionnaires	227	20.7	4.5	13.6	14	6.1	8.3	22.4	20.7
Total	353	10.7	5.9	6.2	5.6	5.6	16.1	22.9	10.7

Indiquer la ou les sources des données et leur année

3.2.4 Répartition par milieu urbain/rural selon la profession

Tableau 3.6 Distribution par milieu urbain et rural des personnels de santé en 2005

Categories d'occupation	Total Number	% Urban	% Rural	Ratio in urban	Ratio in rural
Médecins généralistes	196	21%	79%	0,011	0,039
Médecins Spécialistes	98	100%	0%	0,025	0,000
Infirmiers professionnels	288	45%	55%	0,033	0,039
Infirmiers associés	615	38%	62%	0,058	0,096
Sages-femmes professionnels	186	69%	31%	0,032	0,014
Sages-femmes associées	519	59%	41%	0,076	0,054
Dentistes	6	100%	0%	0,002	0
Dentistes assistants et thérapeutes	7	100%	0%	0,002	0
Pharmaciens	17	100%	0%	0,004	0
Agents de santé environnementale & d'hygiène	44	73%	27%	0,008	0,003
Physiothérapeutes et Assistants en physiothérapie	4	100%	0%	0,001	0
Techniciens de Laboratoire médical et pathologique	39	72%	28%	0,007	0,003
Agents de santé communautaire	211	32%	68%	0,017	0,036
Autres techniciens et professionnels des sciences	516	47%	53%	0,061	0,069
Autres personnels d'appui et de gestion de la santé	167	84%	16%	0,035	0,007
TOTAL	2913	51%	49%	0,372	0,359

Source : HRH Afro Survey 2005

Population 2004 : 3986000 (Rapport sur la santé dans le monde 2006)

3.2.5 Répartition par secteur selon la profession

Tableau 3.7 Distribution par secteur des personnels de santé dans le pays

Categories d'occupation	Total Number	% secteur Public	% secteur Privé lucratif	% privé non lucratif & confessionnel
Médecins généralistes	198	85%	9%	6%
Médecins Spécialistes	98	76%	16%	8%
Infirmiers professionnels	288	100%	...	...
Infirmiers associés	620	100%	...	...
Sages-femmes professionnels	186	98%	2%	
Sages-femmes associées	519	100%	...	...
Dentistes	6	83%	17%	
Dentistes assistants et thérapeutes	7	100%	...	...
Pharmaciens	17	18%	82%	...
Agents de santé environnementale & d'hygiène	55	100%	...	...
Physiothérapeutes et Assistants en physiothérapie	4	100%	...	...
Techniciens de Laboratoire médical et pathologique	39	97%	3%	...
Agents de santé communautaire	211	100%		...
Autres techniciens et professionnels des sciences	466	100%	...	...
Autres personnels d'appui et de gestion de la santé	167	100%	...	...
TOTAL	2881	97%	2%	1%

Source : HRH Afro Survey 2005

3.3 Situation du personnel de santé du secteur privé

L'exercice de la médecine par le privé est régi par les dispositions de

L'expansion du secteur privé dans ce domaine a indubitablement une incidence négative sur la qualité du service public. Environ 90% de la main d'œuvre qualifiée du secteur privé proviennent du secteur public ainsi que les usagers.

Le secteur privé comprend plusieurs types de structures :

- les cliniques médicales essentiellement concentrées à Bangui ;
- les cabinets médicaux sont tenus par des Médecins spécialistes ou non et offrent des consultations et des soins de première urgence ;
- les cabinets dentaires sont tenus par des Chirugiens –Dentistes et offrent des soins odonto stomatologiques ;
- les cabinets de soins infirmiers sont tenus par
- les laboratoires privés d'analyse biomédicale
- les structures pharmaceutiques privées plus nombreuses et composées d'officines et de dépôts.

Les chiffres ci-dessus correspondent aux structures ouvertes et fonctionnelles. Hormis l'octroi des autorisations administratives préalables à la création, l'ouverture et l'exploitation auxquelles elles sont soumises, la qualité des prestations fournies dans les FOSA privées n'est pas contrôlée. La plupart de ces FOSA sont concentrées dans les grandes agglomérations (Bangui, Bouar, Bambari, Berberati) et financièrement peu accessibles à une large partie de la population.

4. HRH Production

4.1 Formation initiale

La formation initiale du personnel de santé est assurée par la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université de Bangui qui comprend trois annexes (Bimbo, Bouar et Bambari).

Tableau 4.1 Nombre d'institutions/établissements de formation en santé par secteur dans le pays

Type d'institution de formation	Secteur			Total
	Public	Privé non lucrative	Private à but lucratif	
Faculté des Sciences de la Santé (FACSS) :				
- Département de médecine Générale	1	0	0	1
- Département de Biologie	1	0	0	1
Département des Etudes Paramédicales :				
- Filière Tech. Sup. Labo.	1	0	0	1
- Filière Tech en Salubrité de l'Environnement	1	0	0	1
- Filière Infirmier Diplômé d'Etat	1	0	0	1
- Filière Sage Femmes/Infirmiers Accoucheurs	1	0	0	1
- Filière Tech Sup Service Social	1	0	0	1
- Filière Tech en Développement Communautaire	1	0	0	1
Instituts Annexes de la FACSS	4	0	0	4

Tableau 4.2 Nombre d'inscriptions dans les Institutions de formation sanitaire de 2004 à 2009

Catégories de personnels inscrits	Inscriptions annuelles				Total
	Année 2004	Année 2005	Année 2006	Année 2007	
Médecins Généralistes	74	63	80	70	287
Biologistes	0	00	1	2	03
Tech. Sup. Labo.	43	56	24	24	147
Tech en Salubrité de l'Environnement	08	23	14	19	64
Infirmiers Diplômé d'Etat	42	35	37	42	156
Sage Femmes/Infirmiers Accoucheurs	57	40	38	34	169
Tech Sup Anesth Réa	00	00	00	00	00
Tech en Rééduc/Orthop	00	00	00	00	00
Tech Sup Service Social	22	29	26	26	103
Tech en Dévlpt Communautaire	28	17	20	23	88
Assistants d'Hygiène	08	14	07	09	38
Assistants Santé	25	20	24	13	82
Assistants Accoucheuses	24	21	21	14	80
Agents de Dévlpt Communautaire	16	26	19	12	73
Dentistes	00	00	00	00	00
Pharmaciens	00	00	00	00	00
Total	347	344	311	288	1290

Source : FACSS 2009

La capacité de formation de la FACSS reste le principal facteur de production en personnel qualifié. Le Ministère de la Santé n'exerce pas de contrôle direct sur le niveau de production de l'institution de formation.

Tableau 4.3 Nombre des sortants issus des Institutions de formations de 2004 à 2007

Catégories de Diplômés	Nombre annuel de sortants				Total
	Année 2004	Année 2005	Année 2006	Année 2007	
Médecins Généralistes	64	63	59	37	223
Gynéco-Obstetriciens	00	00	00	00	00
Pédiatres	00	00	00	00	00
Chirurgiens	00	00	00	00	00
Biologistes	00	00	00	00	00
Tech. Sup. Labo.	17	30	28	21	96
Tech en Salubrité de l'Environnement	17	13	16	26	72
Infirmiers Diplômé d'Etat	36	18	54	32	140
Sage Femmes/Infirmiers Accoucheurs	25	46	33	29	133
Tech Sup Anesth Réa	00	00	00	00	00
Tech en Rééduc/Orthop	00	00	00	00	00
Tech Sup Service Social	09	09	21	20	59
Tech en Dévlpt Communautaire	18	14	25	13	70
Assistants d'Hygiène	13	05	14	05	37
Assistants Santé	14	36	07	11	68
Assistantes Accoucheuses	37	23	07	07	74
Agents de Dévlpt Communautaire	20	15	14	14	63
Dentistes	00	00	00	00	00
Pharmaciens	00	00	00	00	00
Total	270	272	278	215	1035

Source : FACSS 2009

4.2 Formation post universitaire.

Il n'existe pas en ce moment en République Centrafricaine une institution de formation sanitaire post universitaire. Les spécialisations post universitaires dans les différentes filières de la santé sont effectuées à l'extérieur. Certains postulants y vont lorsque leurs candidatures sont présentées par le Gouvernement ; d'autres partent d'eux-mêmes et, le plus souvent, sans autorisation préalable du département. Ceux-ci supportent les études sur leurs propres deniers. Cette dernière situation constitue un obstacle à la planification de départ en stage de spécialisation.

Même à l'extérieur, les spécialisations sont dispensées par des établissements agréés. La situation des curricula n'est pas encore connue avec précision. Cependant, la tendance est d'évoluer vers une harmonisation desdits curricula et à pouvoir les mettre effectivement en œuvre

4.2 Formation continue des personnels de santé

Dans ce paragraphe, décrire comment la formation continue est fournie dans le secteur public et privé. Comment elle est organisée, coordonnée, planifiée et contrôlée. À quelle fréquence les programmes de formation continue sont examinés, par quel mécanisme ?

Décrivez les difficultés et les défis auxquels sont confrontés les établissements de formation. Décrivez les partenariats entre le public, le privé sans but lucratif et les institutions de formation en santé sans but lucratif ainsi que les principales questions et la question de l'accréditation des institutions.

4.4 La projection des besoins en RHS sur 5 ans

Tableau 4.4 Projections des besoins additionnels en personnels de santé pour les prochaines années

Catégories	2010	2011	2012	2013	2014
Med. Généraliste	25	25	25	25	25
Médecins Spécialistes	05	05	05	05	05
Médecins de Santé Publique	04	04	04	04	04
Spécialistes médicaux	03	03	03	03	03
Pharmaciens	03	03	03	03	03
Biologistes	02	01	01	01	01
Chirurgiens dentistes	05	05	05	05	05
Spécialistes paramédicaux	05	05	05	05	05
Techniciens de Maintenance	04	04	04	04	04
Administrateurs des hôpitaux	02	02	02	02	02
Assistants opératoires	09	09	09	09	09
Agents de santé	420	420	420	420	420
Total	487	486	486	486	486

5. Utilisation des RHS

5.1 Recrutement

Le recrutement de tous les Fonctionnaires y compris ceux de la sante est décidé en Conseil de Ministre par le Gouvernement qui attribue à chaque département ministériel un quota d'intégration souvent en deçà des besoins exprimés. A titre indicatif, pour l'année 2009, le SRH a enregistré 1357 demandes d'intégration des jeunes diplômés de la sante et n'a reçu que 100 places autorisées par le Gouvernement.

5.2 Mécanismes de répartition et déploiement

La répartition géographique du personnel ne tient pas absolument compte des besoins exprimés par les régions et préfectures sanitaires. De sorte qu'il existe un déséquilibre dans la répartition des agents au profit de la région sanitaire n° 7 où sont concentrés les médecins spécialistes et les sages femmes.

L'absence de système d'incitation et de motivation est à l'origine de l'exode du personnel dont le niveau de mobilité est assez élevé. Les absences prolongées et non autorisées sont constitutives de fautes administratives et exposent de ce fait leurs auteurs à des sanctions prévues par les textes en vigueur.

5.3 Environnement de travail

A titre de rappel, le paiement du personnel s'effectue par virement bancaire. Il faut cependant signaler que la situation est caractérisée par d'importants arriérés des salaires dû essentiellement au déficit de trésorerie de l'Etat. L'absence des mesures d'incitations financières et/ou non financières expliquerait en partie la démotivation du personnel et la tendance des médecins à se spécialiser plus en santé publique fuyant ainsi le milieu clinique.

A ce jour, il n'est prévu aucune prime d'incitation pour les prestataires de soins. Il en résulte une démotivation accrue du personnel et la difficulté à fidéliser ce dernier en zones rurales.

Pour surmonter cette difficulté, il serait hautement souhaitable d'évoluer vers l'instauration des primes de zones car cette expérience à porter des résultats probants dans les autres pays.

6. Gouvernance en RHS

6.1 Politique et Plan de RHS

Il n'existe pas encore des politiques et des plans des RHS. L'élaboration de ces documents est en cours. Le MSPPLS vient d'achever l'analyse de la situation des RHS dont les principales conclusions permettront de finaliser le PSDRHS

6.2 Développement de politique, planification et gestion des RHS

Les acteurs impliqués dans le processus d'élaboration du PSDRHS sont les départements ministériels, (santé, éducation nationale, défense, fonction publique, finance, et plan)

Il existe effectivement des structures d'organisations pour gérer la question des RHS à tous les niveaux.

Au niveau central, Le Service des RH du Ministère de la Santé est caractérisé par une faible capacité institutionnelle et une insuffisance quantitative et qualitative en termes d'effectif. Globalement, le SRH regorge 12 agents dont 8 Cadres de la catégorie A et 4 Agents appartenant à la hiérarchie inférieure.

Au niveau local certains Comités de Gestion (COGES) peuvent, dans la limite des moyens financiers dont ils disposent, procéder au recrutement et au licenciement des agents de santé.

Seul le Gouvernement reste compétent en matière de détermination du niveau de salaire
Le versement du salaire mensuel est du ressort du Ministère des Finances.

Actuellement tous les fonctionnaires et agents de l'Etat sont domiciliés dans les banques de la place. La paye s'effectue par virement bancaire.

Seule l'autorité hiérarchique, c'est-à-dire le Ministre de la Santé, dispose du pouvoir de sanction. En cas de faute administrative imputable à un agent, le supérieur hiérarchique immédiat de ce dernier lui adresse un questionnaire écrit et, au vu des éléments de réponse, formule des propositions de sanction au chef de département à travers un rapport établi à cet effet.

Les décisions finales sont prises par le Ministre chef du département. Si les faits reprochés à l'agent sont de nature à exposer celui-ci à une sanction extrême ; alors le Ministre transmet le dossier au Conseil de Discipline qui statue en premier ressort. Les décisions rendues par cet organe peuvent faire l'objet de recours devant les juridictions administratives (Tribunaux Administratifs, Conseil d'Etat).

6.3 Règlement professionnelle

La Constitution centrafricaine actuellement en vigueur prévoit l'égal accès de tous les citoyens aux fonctions et emplois publics, sans autres conditions que celles fixées par la loi.

Cependant, les dispositions de cette loi fondamentale confèrent au Président de la République le pouvoir de nommer aux emplois publics, civils et militaires.

La définition des politiques en matière de gestion des ressources humaines de l'Etat est du ressort du Gouvernement.

C'est la Loi N°99.016 du 16 Juillet 1999, modifiant et complétant certaines dispositions de l'Ordonnance N° 93 du 14 Juin 1993, portant Statut Général de la Fonction Publique qui est texte de référence actuellement en vigueur.

Cette Loi régit la carrière professionnelle de tous les Fonctionnaires. Son texte d'application est le Décret N°00.172 du 10 Juillet 2000.

Les autres textes en la matière sont :

le Code du Travail

la Convention Collective des agents décisionnaires

le texte relatif aux conditions de notation et d'avancement de grade des Fonctionnaires

le texte fixant l'organisation des commissions administratives paritaires

le texte relatif aux attributions des Ministres en matière de GRH

6.4 Système d'information des RHS

Le système d'information des RHS est intégré au Système National d'Information Sanitaire. Les données brutes des Préfectures et Régions Sanitaires sont collectées et acheminées trimestriellement au niveau central pour traitement. Le système d'information des RHS est informatisé. Cependant, il faut déplorer le manque d'outils informatiques (un seul ordinateur en mauvais état et sans accessoires pour le SRH).

Les difficultés de collectes des données des RHS du secteur privé proviennent en fait du manque de relais d'information.

Le système d'information des RHS utilise effectivement les autres sources d'information telles que les données de recensement et celles des associations professionnelles.

6.5 Recherches sur les RHS

Il n'existe pas en ce moment un programme officiel de recherches spécifiques dans le domaine des RHS.

Cette situation découle de l'absence de structure ou d'institution nationale en charge de la recherche dans le domaine précité.

Cependant, il faut relever le fait que certains collaborateurs du secteur et dans une certaine mesure des étudiants en fin de cycle d'études supérieures ont présenté des mémoires ayant trait aux RHS (INAS au Maroc ou IUGE/HECG de l'Université de Bangui).

6.6 Parties prenantes de RHS

Au plan national les parties prenantes en RHS sont aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé.

Les intervenants du secteur public sont :

- ✓ Le Ministère de la Santé Publique, de la Population et de la lutte contre le Sida qui joue le rôle de gouvernance en la matière ;
- ✓ Le Ministère de la Fonction Publique qui est chargé du recrutement et qui assure à titre principal la gestion de carrière des Fonctionnaires dont les agents de santé
- ✓ Le Ministère des Finances dont le rôle est d'assurer la paie de tout le personnel de l'Etat après service fait ;
- ✓ Le Ministère de l'Education Nationale qui dispense la formation initiale et en cours d'emploi au personnel de santé ;
- ✓ Les autres départements ministériels (défense, intérieur, etc.) qui emploient également du personnel de santé et qui assurent à travers leurs services respectifs la dispensation de soins.

Dans le secteur privé on distingue :

- ✓ Les associations confessionnelles privées à but non lucratif (ASSOMESCA essentiellement) qui recrutent des agents de santé, les utilisent moyennant rémunération et leur assurent la formation au besoin.
- ✓ Les agences humanitaires qui interviennent en cas de conflits ou de catastrophes naturelles pour apporter un secours aux victimes, aux déplacés et aux sinistrés. Elles recrutent les RHS pour les déployer dans leurs zones d'intervention.
- ✓ Les ONG privées à but lucratif qui embauchent les professionnels de santé le plus souvent en attente d'intégration dans la fonction publique ou ceux déjà admis à la retraite.

Au niveau international, les partenaires bi ou multilatéraux s'intéressent davantage à la question des RHS à travers leurs contributions multiformes. Les principaux intervenants sont entre autres l'Union Européenne, la Banque Mondiale, l'OMS, l'APOC, l'AMPS, l'Agence de Médecine Préventive, l'OCEAC, le GAVI, la France, la Chine, le Japon, etc.

Le tableau suivant fournit des informations sur les parties prenantes en RHS et leurs modes d'intervention

Institutions	Recrutement	Gestion	Développement (formation)	Conseil
MSPPLS		X	X	
MFPTSSIPJ	X	X		
MEN			X	X
MFB	X	X	X	
FACSS			X	X
FOSA	X	X	X	X
Partenaires	X	X	X	X
ONG	X	X	X	X

Annexe 1: Définitions des catégories

Effectifs du personnel de santé: données agrégées

Les données agrégées sur les personnels de santé sont regroupées dans les 10 catégories suivantes:

Médecins

Comprend les généralistes et les spécialistes.

Infirmiers

Comprend les infirmières professionnelles/Diplômées d'Etat, les infirmières auxiliaires et autres infirmières aides-soignants, tels que les infirmières dentaires et les infirmières de soins primaires.

Sages-femmes

Comprend les sages-femmes professionnelles, les sages-femmes auxiliaires et les Assistantes Accoucheuses. Les accoucheuses traditionnelles ou matrones qui sont considérées comme les agents de santé communautaires, apparaissent ailleurs.

Dentistes

Comprend les dentistes, les assistants dentaires et les techniciens dentaires.

Pharmaciens

Comprend les pharmaciens, les Assistants en pharmacie et techniciens de pharmacie

Personnels de Laboratoire

Comprend les Scientifiques de laboratoire, les assistants de laboratoire, les techniciens de laboratoire et de radiographie.

Personnels sanitaires de salubrité et de santé publique

Comprend les Responsables sanitaires de salubrité et de santé publique, les agents de services d'hygiène, les techniciens de salubrité et de santé publique, les agents de santé de district, les techniciens de paludisme, les inspecteurs des viandes, les superviseurs de santé publique et les autres professions similaires.

Agents de santé communautaires

Comprend les praticiens de la médecine traditionnelle, les guérisseurs, les assistants/agents communautaires d'éducation pour la santé, les agents de santé communautaires, les personnels de santé familiale, les dames de visite de santé, les travailleurs de paquet d'extension de santé, les sages-femmes communautaires, les travailleurs des soins au personnel des institutions et les accoucheuses traditionnelles.

Autres personnels de santé

Comprend un grand nombre de professions telles que les diététiciens et les nutritionnistes, les assistants médicaux, les ergothérapeutes, les opérateurs de matériel médical et dentaire, les optométristes et les opticiens, les physiothérapeutes, les podiatres, les ingénieurs en prothèses / athlétiques, les psychologues, les inhalothérapeutes, orthophonistes, les stagiaires et les stagiaires médicaux.

Personnel de gestion et de soutien de la santé

Comprend les directeurs généraux, les statisticiens, les avocats, les comptables, les secrétaires médicales, jardiniers, les techniciens, le personnel ambulancier, le personnel de nettoyage, les personnels de bâtiment et de génie, les personnels administratifs qualifiés et les personnels d'appui général.

Annexe 4: Liste des membres du Groupe de travail

Dr. Valentin GOANA, Directeur de Cabinet MSPPLS
Dr. Antoine DOUI-DOMGBA, Directeur Général des Services Centraux MSPPLS
M. Rémy NALIKE ASSOULA, Directeur des Ressources MSPPLS
M. Maurice LENGA, Chef de Service des RH MSPPLS
M. Jules KIKO-GUEZA, Directeur Général de la Fonction Publique
MM. FOLOKETTE, Directrice de la Formation Paramédicale (FACSS)
MM. NZALAPANDA,