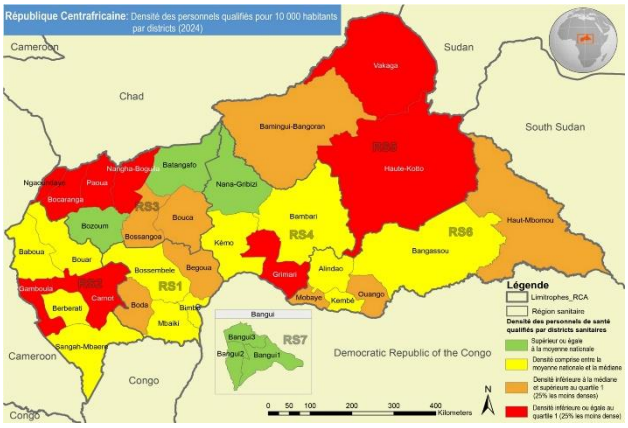
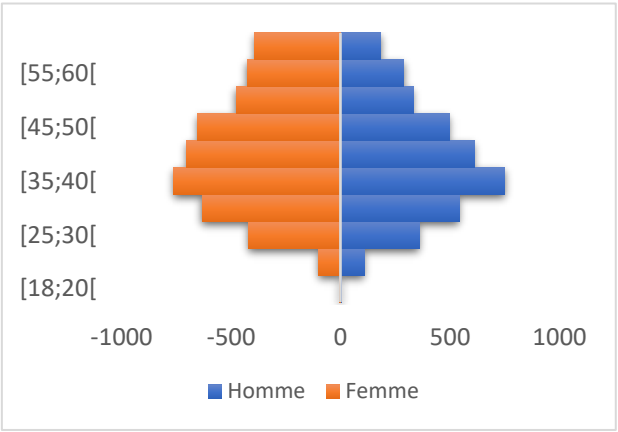
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
Unité – Dignité – Travail
****

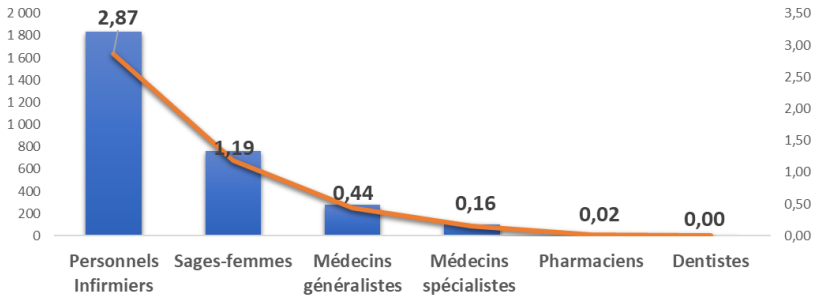
MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

RECENSEMENT GÉNÉRAL DES PERSONNELS DU SECTEUR DE LA SANTÉ DE LA CENTRAFRIQUE

Rapport général







Bangui, juillet 2024

THE WORLD BANK
IBRD • IDA | WORLD BANK GROUP

Organisation mondiale de la Santé
République centrafricaine

RECENSEMENT GÉNÉRAL DES PERSONNELS DU SECTEUR DE LA SANTÉ DE LA CENTRAFRIQUE

Comité technique de rédaction

- Luc Salva HEREDEBONA
- Jérémie Vivien KAMBE YOTIGANA
- Barthélémy KINA KOMGBANDJI
- Grégoire Lemercier RONDO DAKABO
- Jean-Euloge KOMDIBA
- Héritier KOBENGUE
- Donatien BONEZOUI
- Gislain Arnaud HOLLO
- Fousséni DAO
- Innocent NUKURI
- Clarisse UZAMUKUNDA

Remerciements

Le recensement des personnels de santé actifs en République de Centrafricaine concrétisé en 2024, est le résultat de la mise en œuvre des recommandations de la troisième génération du Plan National de développement sanitaire 2022-2026. Cet exercice a été rendu possible grâce à plusieurs groupes d'acteurs qui y ont contribué très activement. Mes profondes gratitudes vont :

- au Gouvernement dirigé par Son Excellence, Monsieur Felix MOLOUA, Premier Ministre, Chef du Gouvernement sous la très haute impulsion de Son Excellence, le Professeur Faustin Archange TOUADERA, Président de la République, Chef de l'Etat, faisant de l'amélioration de la santé et du bien-être le cheval de bataille de sa politique socio-économique ;
- aux principaux bailleurs, pour leur soutien au développement des ressources humaines en santé en général et spécifiquement à ce processus de recensement en l'occurrence la Banque Mondiale en ce qui concerne le financement et l'OMS, pour la mise à disposition de l'assistant technique ;
- à l'équipe de coordination du Ministère de la Santé et de la Population, et spécialement le Directeur des Ressources, aux superviseurs à divers niveaux et aux agents recenseurs qui n'ont ménagé aucun effort pour mobiliser les données essentielles à la maîtrise des effectifs des personnels de santé exerçant dans le secteur public et privé.
- aux responsables des structures privées qui ont accepté de fournir des informations sur la situation de leurs effectifs.
- aux cadres techniques de toutes les structures qui travailleront à structurer la base de données unique des personnels de santé de la République Centrafricaine afin d'orienter les politiques liées aux ressources humaines en santé sur une base factuelle.

Dr Pierre SOMSE

Ministre Chargé de la Santé et de la Population

Table des matières

Remerciements 2
Table des matières 4
Sigles et acronymes 5
Liste des figures 7
Liste des tableaux 8
Résumé exécutif 9
Introduction 11
I. CONTEXTE 1
1.1. Contexte géographique et administratif 1
1.2. Profil démographique et culturel 1
1.3. Contexte politique et sécuritaire 3
1.4. Situation socio-économique 3
1.5. Organisation du système de santé 4
1.6. Profil épidémiologique 6
1.7. Pertinence du recensement 8
1.8. Objectifs de la mission 10
II. Méthodologie 10
2.1. Approche générale 10
2.2. Phase préparatoire de la collecte de données 10
2.3. Phase de collecte de données 13
2.4. Approche d'analyse des données 13
2.5. Limites 15
III. Résultats du recensement général des personnels du secteur 15
3.1. Profil des personnels de santé en RCA 16
2.2. Densité des personnels de santé au plan nation et infranational 24
2.3. Structures d'utilisation des personnels de santé 1
2.4. Milieux de travail des personnels de santé 2
2.5. Lieux de formation des personnels de santé 4
2.6. Flux entrant et sortant des personnels de santé 5
2.7. Couverture des emplois disponibles dans les services de santé 8
2.8. Situation des besoins en personnels de santé 10
III. Défis et recommandations 14
3.1. Analyse stratégique des résultats 14
3.2. Défis actuels liés aux personnels de santé 17
3.3. Recommandations 17
Conclusion 19

Sigles et acronymes

CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNPS	Comptes Nationaux des Personnels de Santé
COGES	Comité de gestion des centres de santé
CONGES	Conseil de gestion des hôpitaux
COVID-19	Maladie à Coronavirus 2019
CS	Centres de Santé
CSU	Couverture Santé Universelle
DR	Direction des Ressources
DS	District Sanitaire
ECD	Equipes Cadres des Districts
FOSA	Formation Sanitaire
GSHRH	Global Strategy on Human Resource for Health
HD	Hôpital de District
HeRAMS	Health Resources and Services Availability Monitoring System
HRU	Hôpital Régional Universitaire
HS	Hôpital Secondaire
ICASEES	Institut Centrafricain de la Statistique et des Etudes Economiques et Sociales
MFPRA	Ministère de la Fonction Publique et de la Réforme Administrative
MSP	Ministère de la Santé et de la Population
MTEPS	Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Prévoyance sociale,
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNS	Politique Nationale de Santé
RCA	République Centrafricaine
RHS	Ressources Humaines pour la Santé
RS	Région Sanitaire
RSI	Règlement Sanitaire International
SARA	Service Availability and Readiness Assessment
SIDA	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SIRHS	Système d'Information des Ressources Humaines en Santé

SMIG	Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti
SMRHS	Stratégie Mondiale des Ressources Humaines en Santé
SSP	Soins de Santé Primaires
TDR	Termes de Référence
VIH	Virus d'immuno déficience Humaine

Liste des figures

Figure 1 : Organisation du système de santé en RCA 4
Figure 2 : Carte sanitaire des régions et districts sanitaires,..... 6
Figure 3 : Répartition par sexe des personnels de santé, des médecins et des infirmiers..... 16
Figure 4 : Pyramide des âges des personnels de santé 17
Figure 5 : Pyramide des âges du personnel médical..... 18
Figure 6 : Pyramide des âges du personnel infirmier 18
Figure 7 : Répartition du personnel par sexe selon la région sanitaire..... 18
Figure 8 : Proportion des personnels de santé selon le sous-secteur 20
Figure 9 : Proportion des catégories socioprofessionnelles par sous-secteur..... 20
Figure 10 : Valeur relative de l'effectif des personnels selon la région sanitaire 22
Figure 11 : Densité des Médecins, Dentiste, pharmaciens, infirmiers et sages-femmes..... 26
Figure 12 : Densité des personnels de santé selon la region sanitaire..... 26
Figure 13 : Densité des personnels qualifiés par district sanitaire 28
Figure 14 : Cartographie de la densité des personnels qualifiés par district sanitaire..... 1
Figure 15 : Proportion des effectifs par type de structure 2
Figure 16 : Proportion des personnels de santé selon le type de structure 2
Figure 17 : Répartition des personnels de santé selon le milieu de travail..... 2
Figure 18 : Répartition des personnels de santé et de la population selon le milieu de travail et de vie. 2
Figure 19 : Répartition des médecins, infirmiers et sages-femmes par milieu de vie et de travail 3
Figure 20 : Proportion des personnels de santé selon le pays de formation..... 4
Figure 21 : Évolution de l'entrée sur le marché des personnels de santé entre 2015 et 2024 6
Figure 22 : Départ à la retraite des médecins, infirmiers et sages-femmes sur les 10 prochaines années7
Figure 23 : Répartition des personnels de santé par statut selon la catégorie..... 8
Figure 24 : Poids du statut selon la catégorie socioprofessionnelle 8
Figure 25 : Répartition des contractuels selon la durée de contrat..... 9
Figure 26 : Répartition par statut par type de structure 9
Figure 27 : Ancienneté au poste d'affectation des personnels de santé..... 10

Liste des tableaux

Tableau I : Effectifs des enquêteurs et de superviseurs de proximité par région 12
Tableau II : Répartition du personnel de santé par profession selon le sous-secteur 19
Tableau III : Répartition du personnel par région sanitaire selon la profession 21
Tableau IV : Pourcentage des catégories socioprofessionnelles selon la région sanitaire 22
Tableau V : Densité par profession des prestataires de santé 24
Tableau VI : Densité nationale des Médecins, Dentiste, pharmaciens, infirmiers et sages-femmes 25
Tableau VII : Densité des Médecins, Dentistes, pharmaciens, infirmiers et sages-femmes selon la régions 27
Tableau VIII : Évolution des entrées sur le marché du travail des personnels de santé entre 2015 et 2024 5
Tableau IX : Normes d'effectifs des personnels de santé au niveau district 11
Tableau X : Taux de couverture des seuils définis dans le PTSS 2015-2017 13
Tableau XI : Couverture des besoins en personnel de santé selon les seuils courants 14

Résumé exécutif

En République Centrafricaine, les indicateurs sanitaires font l'objet de préoccupation à tous les niveaux. A titre illustratif, 40% des accouchements sont assistés par du personnel qualifié, le taux de mortalité maternelle est estimé à 829 décès pour 100.000 naissances vivantes, le taux de mortalité infantile est de 99 décès pour 1.000 naissances vivantes et l'espérance de vie à la naissance est estimée à 53,3 ans alors que la moyenne en Afrique est de 64 ans. En matière d'accès aux soins, la disponibilité générale des services de santé estimée à 33,7%.

Pour apporter une réponse adéquate à ces défis, il est planifié dans le PNDS 2022-2026 une série d'interventions pour le développement des ressources humaines en santé. C'est dans ce cadre que le recensement général des personnels de santé actifs des secteur public et privé est organisé afin de (i) cartographier les personnels de santé disponibles, (ii) rendre disponible la base de données nationale et (iii) présenter l'état des personnels de santé de la RCA au titre de 2024.

Cette activité est réalisée sur l'ensemble de trente-cinq (35) districts sanitaires dans une approche inclusive associant les cadres de plusieurs institutions (MSP, MFP,RA, ICASEES, BM, OMS) et la participation acteurs de terrain (DRS, MCD, agents des structures sanitaires). Un formulaire digitalisé, pré-testé a été déployé après une série de formations (formateurs et agents enquêteurs) sur quatorze (14) sites préalablement identifiés. Pour chaque enquêteur, la collecte a durée dix (10) jours et a démarré effectivement le 1er juin 2024 et s'est achevé le 20 juillet 2024 avec une complétude de 98% de la cible espérée.

Les principaux résultats issus du recensement sont révélateurs de défis en ce qui concerne la disponibilité des personnels de santé, leur répartition, leur condition de travail et la couverture des besoins.

(i) **Disponibilité des personnels de santé qualifiés** : le pays dispose de 0.6 médecins pour 10.000 habitants ; 3 infirmiers pour 10.000 habitants et 1 sage-femme pour 10.000 habitants. Une telle situation suggère l'intensification de la production des personnels qualifiés (médecins, infirmiers et sages-femmes) en vue de leur recrutement et de leur déploiement pour assurer une meilleure couverture des besoins des formations sanitaires.

(ii) **Répartition des personnels de santé selon le milieu de travail** et **la région sanitaire** : 15% des infirmiers sont au service de 56% de la population dans les milieux ruraux. Il en est de même pour 12% des sages-femmes. De plus, la Région Sanitaire 7 (Bangui) concentre presque quatre (04) fois la densité moyenne nationale et 61% des médecins. Une telle situation implique la nécessité d'opérer des réformes pour une répartition équitable des personnels de santé au plan national.

(iii) **Statut des personnels de santé** : 26% des personnels de santé sont des volontaires, 64% des contractuels et 10% des fonctionnaires. Cette situation fragilise le système car elle présente le risque de mobilité permanente et de migration des personnels de santé dont 60% sont âgés de moins de 45 ans. Il convient de clarifier la situation des volontaires, de consolider le statut des contractuels et renforcer l'effectif des fonctionnaires afin de permettre de bâtir un plan de carrière sur le personnel existant.

(iv) **Répartition des personnels par secteur d'activité** : 90% des personnels de santé employés par le secteur public et 5% par le secteur privé à but lucratif. Ceci implique une nécessité de mettre en place la réglementation du secteur privé pour anticiper son développement et orienter ses interventions en faveur l'amélioration de la couverture sanitaire universelle.

(v) **Situation des besoins en personnels de santé qualifiés** : En 2015, le Pays a prévu rendre disponible 8,5 personnels de santé pour 10.000 habitants. Cet objectif est réalisé à 55%. Concrètement, il sera nécessaire de former et de rendre disponibles à l'horizon 2026, dans les formations sanitaires 1.500 infirmiers, 900 sages-femmes et 250 médecins pour attendre un tel objectif.

Des résultats qui précèdent, il se dégage quatre (04) défis liés au développement des ressources humaines à savoir (i) **le renforcement du leadership et de la gouvernance** en matière de ressources humaines en santé, (ii) **l'optimisation de la production, du déploiement**, (iii) le **renforcement du dispositif de fidélisation** et de mesure du rendement du personnel disponible et (iv) **l'amélioration de la production des informations** sur les personnels de santé pour faciliter la prise de décision fondées sur une base factuelle.

Pour relever efficacement les défis actuels et à améliorer l'accès aux soins des populations, il est suggéré de mettre en œuvre une série de recommandations dont notamment (i) **la production et le recrutement** des assistants de santé et assistantes accoucheuses, (ii) **la définition des normes d'effectifs** des personnels de santé selon le type de structure à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, (iii) **l'élaboration du plan d'effectifs** des personnels de santé, (iv) **la définition des normes d'affectation** et les critères de fidélisation des personnels de santé et (v) **la mise en place d'un véritable système d'informations** dynamique interopérable avec le DHIS 2, sur les ressources humaines en santé.

Introduction

L'efficacité de la gestion des ressources humaines repose en grande partie sur la maîtrise des effectifs et des besoins en personnel. En effet, la bonne connaissance de la situation des effectifs et des besoins est nécessaire pour la planification rationnelle de l'acquisition, du développement et de l'utilisation des ressources humaines.

Le Premier forum mondial sur les ressources humaines en santé (RHS) tenue en mars 2008 à Kampala en Ouganda a recommandé aux pays de mettre en place un observatoire national des RHS afin de relever le défi de la fiabilité et de la qualité des données des RHS, condition nécessaire pour une solution efficace au problème de pénurie de personnels de santé en Afrique. Cette recommandation qu'appuie l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a été réaffirmée à l'occasion de nombreuses autres rencontres sur le développement des systèmes de santé, notamment le second forum mondial sur les ressources humaines pour la santé qui a eu lieu à Bangkok en janvier 2011 et plus récemment en Afrique à travers le "Cadre régional de mise en œuvre de la stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030",

C'est dans ce cadre que s'inscrit l'élaboration du présent rapport de recensement général des personnels de santé en République Centrafricaine. Il est le résultat d'un processus collectif multisectoriel conduite par la Direction des Ressources du Ministère de la Santé et des Populations, avec l'appui technique et financier de la Banque Mondiale et de l'OMS. L'objectif prioritaire est la maitrise des effectifs disponibles à toues les niveaux de la pyramide sanitaire et dans touts les sous-secteurs d'activités (public, privé à but lucratif et privé à but non lucratif) afin de favoriser une comptabilité réelle des ressources humaines en 2024, l'analyse de la qualité de formation des personnels de santé et d'une manière plus systématique, l'analyse du marché du travail des personnels de santé dans ce pays.

Pour faciliter l'analyse et l'orientation de la prise des décisions sur la base des données factuelles obtenues du recensement, l'option a été faite d'exploiter les indicateurs contenus dans le manuel des comptes nationaux des personnels élaboré par l'OMS et mis à la disposition des pays pour la présentation des niveaux actuels et tendances des effectifs du personnel de santé, la distribution des effectifs et des compétences, la production, l'utilisation et la gouvernance des RHS. Un tel choix a permis de mieux apprécier les gaps à combler en matière de ressources humaines.

Le présent rapport a pour finalité de fournir une meilleure visibilité sur la situation des RHS de la République Centrafricaine et aider à la prise de décision dans le domaine des RHS. Il facilitera le partage de l'information entre les différentes parties prenantes au développement des RHS et la comparaison de la situation de la RCA avec celle des autres pays.

Le présent rapport de recensement s'articule autour des principaux chapitres ci-après :

- contexte de mise en œuvre ;
- méthodologie ;
- résultats du recensement ;
- défis et recommandations.

I. CONTEXTE

1.1. Contexte géographique et administratif

La République centrafricaine est l'un des Etats de la Communauté Economique et Monétaire d'Afrique Centrale située au cœur du continent Africain. Elle couvre une superficie de 623 000 km2, limitée au Nord par le Tchad, à l'Est par le Soudan et le Soudan du Sud, au sud par la République Démocratique du Congo et la République du Congo et à l'Ouest par le Cameroun. Elle est donc enclavée, sans accès direct à la mer ; les seuls accès du pays au Golf de Guinée se font à travers le Cameroun ou le Congo.

Le climat du pays est marqué par deux saisons, la saison de pluie couvrant six mois lui procurant au Sud un couvert végétal parmi les plus denses d'Afrique avec une zone de savane boisée au Nord. La situation en latitude et la continentalité agissent sur les éléments du climat et font de la RCA un pays intertropical à climat très diversifié. La végétation est constituée d'environ 3,5 millions d'hectares de forêt au sud et d'une zone de savane boisée au nord. Le relief est peu accidenté avec une altitude moyenne qui varie entre 650 et 850 m, et un réseau hydrographique très dense provenant de la dorsale oubanguienne. La moyenne annuelle des températures avoisine 26 °C. La pluviométrie indique en moyenne : pour la saison pluvieuse 226 mm (juillet), et pour la saison sèche 5 mm (décembre). Son climat subéquatorial offre des conditions propices au développement des maladies endémo épidémiques telles que le paludisme, les filarioses, la méningite, les anthropozoonoses, etc.

Sur le plan administratif, la loi N°21-001 du 21 janvier 2021, relative aux circonscriptions administratives subdivise la RCA en collectivités territoriales qui comprennent sept (7) Régions, vingt (20) Préfectures, quatre-vingt-cinq (85) Sous-préfectures et cent quatre-vingt-huit (188) communes et les communautés de base comprenant environs 9500 villages et quartiers, les groupements ainsi que les arrondissements.

1.2. Profil démographique et culturel

En 2023, la population de la République Centrafricaine est estimée à 6 399 458 d'habitants avec un taux d'accroissement de 2,5% et une répartition inéquitable sur le territoire national. La densité de la population est 10,26 habitants/Km^2. Les préfectures de l'Ombella M'Poko, Bangui et la Ouaka sont parmi les plus peuplées, concentrant 35% de la population totale du pays. La

population est en majorité rurale (62%) et la taille moyenne des ménages est estimée à six (06). La population féminine est légèrement supérieure (51%) par rapport à la population masculine (49%). Les femmes en âge de procréer, les jeunes de moins de 18 ans, les enfants de moins de 5 ans et les personnes de plus de 65 ans représentent respectivement 24,5% ; 49,4% ; 20% et 2,2%8.

L'indice de fécondité est de 6,4 enfants par femme, plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (7,3 contre 4,9). Le taux de fécondité des adolescentes reste élevé à 184 pour 1000 naissances vivantes, contre environ 100 pour 1000 naissances vivantes en Afrique subsaharienne. Le taux de mortalité générale est parmi le plus élevé d'Afrique, estimé à 16,8 pour 1000 en 2021 et une espérance de vie moyenne de 53 ans.

Sur le plan culturel, on y compte plusieurs groupes ethniques notamment les Haoussa (3,2%), Sara (5,8%), Mboum (8,1%), Gbaya (33,4%), Mandja (8,4%), Banda (18,9%), Ngbaka/Bantou (6,6%), Yakoma/Sango (7,4%), Zande/Nzakara (3,9%). Les groupes Gbaya, Mandja et Banda représentent plus de la moitié de la population Centrafricaine. Deux principaux groupes de peuples autochtones minoritaires ; les Bofi et le peuple dit de la forêt Ba-Aka trouvé dans la forêt du Sud-Ouest (Ombella-Mpoko au sud, la Sangha-Mbaéré, Mambéré-Kadeï et Lobaye). Ils vivent essentiellement de la cueillette et de la chasse, bien que plusieurs se soient sédentarisés, et se déplacent en général selon les saisons d'un site à l'autre avec quelques points fixes de repère. Parmi les groupes minoritaires, figurent également les Peulhs mais les incertitudes pesant sur la dénomination ne facilitent pas le dénombrement de cette population nomade.

Le Sango et le français sont les deux langues officielles. Le Sango est parlé par la quasi-totalité de la population Centrafricaine comme langue véhiculaire. Les religions comprennent le protestantisme (51 %), le catholicisme (29 %), l'islam (10 %), l'animisme (10 %). Le mariage précoce chez les femmes de 20-24 ans est fréquent à 61% avant l'âge de 18 ans contre 17% chez les hommes, 26% de mariage chez les femmes avant l'âge de 15 ans contre 5% chez les hommes.

Les pratiques culturelles négatives comme les excisions, le sororat et le lévirat sont encore fréquentes dans certains groupes ethniques et constituent des sources de transmission de maladies dont le VIH.

1.3. Contexte politique et sécuritaire

La RCA est un Etat unitaire, devenu indépendant depuis le 13 août 1960. La Constitution a prévu un régime présidentiel où le Président de la République est à la fois Chef de l'État, Chef de l'exécutif et garant de l'indépendance du pouvoir judiciaire. Le pouvoir législatif est exercé par le parlement qui devrait comprendre deux chambres dont l'Assemblée Nationale et le Sénat.

Le développement du pays est basé sur la mise en œuvre par le Gouvernement et ses partenaires du plan national de relèvement et de consolidation de la paix en Centrafrique (RCPCA) en vue de la consolidation de la paix, la sécurité et la réconciliation nationale. Néanmoins, la Centrafrique affiche le visage d'un pays politiquement instable marqué par de l'insécurité préoccupante dans l'arrière-pays.

Cette situation sécuritaire a entrainé le déplacement massif de la population soit à l'intérieur du pays, soit en se réfugiant dans les pays voisins, augmentant ainsi les besoins en assistance alimentaire et humanitaire. Des actes de violence basée sur le genre sont enregistrés parmi les populations sous forme de violences sexuelles, de mariages précoces/forcés et de violences domestiques et de mutilations génitales féminines (MGF) affectant en particulier les femmes et les enfants.

Les troupes internationales de maintien de la paix déployées dans le pays contribuent à ramener progressivement la sécurité. Toutefois, depuis la signature de l'accord de Khartoum en février 2019, l'on note un répit progressif à la suite du redéploiement de l'administration et des forces de défense et de sécurité dans plusieurs préfectures.

1.4. Situation socio-économique

Enclavée au cœur de l'Afrique, la République centrafricaine est un pays peu peuplé d'une superficie de 623 000 km^2 avec une population d'environ 6,1 millions d'habitants. Selon le rapport des Nations unies sur le développement humain, la République centrafricaine se classe au bas de l'échelle des indices de capital humain et de développement (188èmesur 191 pays en 2022) avec une estimation de 0,397. ***Ainsi, une personne née en RCA peut réaliser jusqu'à 39,7 % de son potentiel de vie.***

La situation budgétaire globale s'est détériorée ces dernières années, mais a été exacerbée par la pandémie de COVID-19, passant d'un excédent global de 1,4 % en 2019 à un déficit de 3,3 % du PIB en 2020. La dette publique a légèrement diminué, passant de 47,2 % du PIB en 2019

à 44,1 % du PIB en 2020, car une plus grande proportion des dépenses publiques a été couverte par le financement de projets par les donateurs, malgré la nouvelle dette contractée pour lutter contre la pandémie, et elle reste sur une trajectoire descendante.

Enfin, la balance des comptes courants de la RCA s'est dégradée progressivement mais s'est aggravée en 2020 avec la pandémie de COVID-19. Le déficit du compte courant s'est creusé, passant de 4,8 % du PIB en 2019 à 8,7 % du PIB en 2020, en raison de la faiblesse de la demande extérieure et des transferts privés, ainsi que de l'augmentation du déficit de la balance des biens. La pauvreté reste élevée et on estime qu'environ 71 % de la population vit en dessous du seuil international de pauvreté (1,90 $ par jour, en parité de pouvoir d'achat) en 2020 (Banque mondiale).

1.5. Organisation du système de santé

Le système de santé en République Centrafricaine est de type pyramidal à trois niveaux :

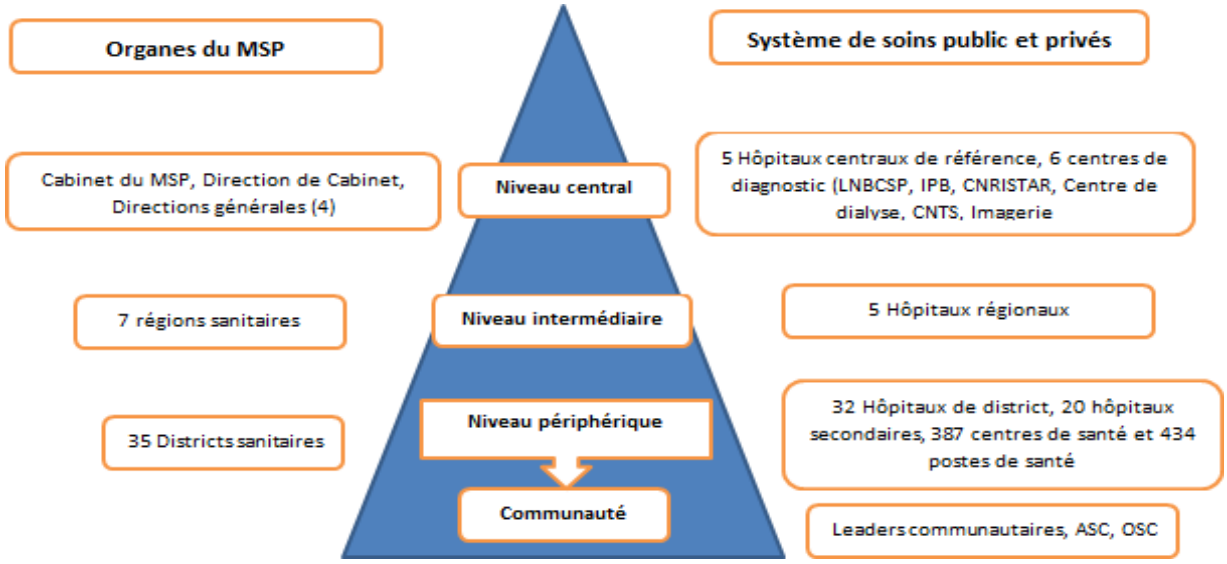


Figure 1 : Organisation du système de santé en RCA

Sur le plan de l'organisation des soins, on dénombre au total 387 centres de santé (CS) appelés à couvrir 10.000 habitants chacun, et autour desquels gravitent 434 postes de santé (PS) au niveau rural et périurbain constituant le premier niveau de contact. Ces CS assurent un paquet minimum d'activités (PMA) et réfèrent techniquement aux hôpitaux secondaires (HS) et aux hôpitaux de district (HD) ; au nombre de 53, à leur tour réfèrent aux cinq hôpitaux régionaux universitaires (HRU). Les HRU constituent ainsi le second niveau de référence. Le niveau

tertiaire et ultime référence nationale est constitué de sept (07) établissements nationaux dont trois de diagnostic et quatre de soins14. Le rapport d'enquête SARA/HeRAMS22 de 2019 a révélé qu'au total, 82% des structures de santé (poste de santé ou PS, centre de santé ou CS, hôpital de district ou HD et hôpital régional universitaire ou HRU) étaient complètement ou partiellement fonctionnelles.

La densité d'établissements de soins est estimée à 1,6 établissement de santé pour 10 000 habitants contre la norme de l'OMS de 2 établissements pour 10 000 habitants, indiquant un faible accès aux services de consultation externe. La couverture en lit d'hospitalisation est en moyenne de 13 lits d'hospitalisation pour 10 000 habitants contre la norme de 25 lits pour 10 000 habitants, montrant un faible accès aux services d'hospitalisation.

La densité de lits de maternité est en moyenne de 7 lits pour 1 000 femmes enceintes contre 10 lits pour 1 000 femmes enceintes selon la norme de l'OMS. Ce qui montre un faible accès aux services d'accouchement. L'enquête a également dénombré 0,8 médecins pour 10.000 habitants ; 1,6 Sage-Femmes/Infirmiers Accoucheurs pour 10.000 et 2,5 Infirmiers Diplômé d'Etat pour 10.000 contre 25 Médecins, Infirmiers et Sage-Femmes pour 10.000 habitants selon les normes édictées par l'OMS. L'indice de couverture de services pour la couverture santé universelle était de 32 en 2021 contre un objectif de 70 à l'horizon 2030.

L'organisation au niveau communautaire comprend des organes de gestion de mise en œuvre des SSP notamment les conseils de gestion (CONGES) des hôpitaux et les comités de gestion (COGES) des centres de santé. Le COGES et CONGES assurent la cogestion de la FOSA et d'interface entre la communauté et les FOSA (CS et hôpital). La prise en charge intégrées des maladies de l'enfant et du nouveau-né au niveau communautaire se fait dans les sites communautaires, tenus par des agents de santé communautaires appuyé par un groupement associatif des relais communautaires et des femmes.

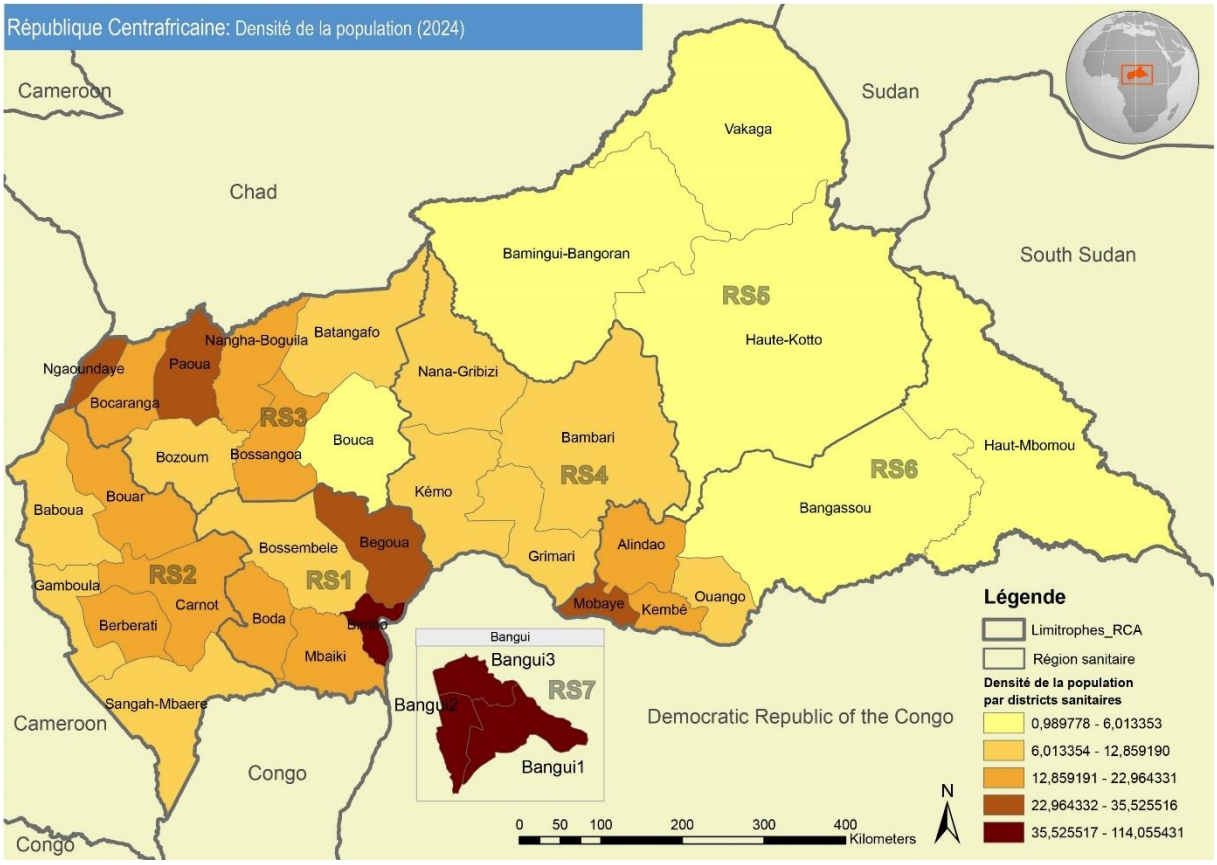


Figure 2 : Carte sanitaire des régions et districts sanitaires,

1.6. Profil épidémiologique

1.6.1. Capacité et trajectoire vers la couverture sanitaire universelle

L'indice de couverture des services de la couverture sanitaire universelle (CSU) a connu une augmentation notable, passant de 17,73 points en 2000 à 33,78 points en 2023, soit une hausse de 16 points. Mais il reste inférieur de 15,72 points à la moyenne régionale de 49,5.

Le principal défi reste la capacité du système de santé du pays à fournir des services. Ce problème est principalement dû à une combinaison de facteurs : un personnel de santé inadéquat et inégalement réparti, des infrastructures de santé sous-optimales et dysfonctionnelles, et des capacités de base insuffisantes dans le cadre du Règlement sanitaire international (RSI).

1.6.2. Accès et utilisation des services de santé

Selon les données de l'enquête SARA menée en 2019, ***seuls 11 % de la population utilisent les services de santé, quels qu'ils soient, en 2018, et aucune région n'atteint le seuil d'au moins un contact (consultation ambulatoire) par habitant***. Les régions sanitaires 5 (0,18), suivies

des régions 3 et 4 (0,17), enregistrent les meilleurs résultats. En revanche, les régions 1 (0,09), 2 (0,07) et 6 (0,02) ont enregistré les plus faibles consultations externes par habitant.

Les difficultés d'accès aux soins de santé sont encore accentuées par le fait que seulement ***40 % des accouchements sont assistés par du personnel qualifié, un chiffre inférieur de 19 points à la moyenne régionale africaine***.

De même, en matière de planification familiale, seuls 22 % des besoins sont satisfaits en RCA, ce qui est nettement inférieur à la moyenne régionale

1.6.3. Mortalité maternelle et risque de décès maternel au cours de la vie

Les données du PNDS III 2022-2026 indiquent que le pays connaît 829 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, ce qui se traduit par un risque alarmant de décès maternel au cours de la vie d'un adulte[1] de 1 sur 19. Les résultats de l'enquête 2020 sur la surveillance des urgences obstétricales et néonatales (SONU) éclairent davantage les défis critiques de la santé maternelle dans la région. L'enquête identifie les cinq principales causes de mortalité maternelle en République centrafricaine : la dystocie ou travail prolongé, qui représente 32 % des décès ; les infections post-partum, qui contribuent à 28 % ; suivies de l'hémorragie post-partum et des problèmes de santé des parturientes, responsables respectivement de 12 % et 8 % des décès ; et les complications liées à l'avortement, qui représentent 8 % supplémentaires.

Ces statistiques soulignent le besoin urgent d'interventions ciblées et de services de santé renforcés pour s'attaquer à ces causes évitables et améliorer les résultats en matière de santé maternelle dans le pays.

1.6.4. Mortalité néonatale, infantile et juvénile

Le taux de mortalité infantile est de 99 décès pour 1 000 naissances vivantes. Il est élevé et traduit qu'en moyenne, un nourrisson sur dix ne survit pas jusqu'à son premier anniversaire. Dans ce contexte, les décès néonatals constituent une part importante, puisqu'ils représentent 37 % de tous les décès de nourrissons et d'enfants dans le pays. Les principales causes de ces décès néonatals sont les événements liés à l'accouchement (11 %), la prématurité (11 %), la septicémie (6 %), la pneumonie néonatale (3 %) et divers autres facteurs (6 %).

[1] ***Risque de décès maternel au cours de la vie d'un adulte*** : La probabilité qu'une jeune fille de 15 ans meure un jour d'une cause maternelle.

Ainsi, l'amélioration de la survie des enfants et des indicateurs généraux de santé en RCA nécessite de toute urgence la présence d'agents de santé proches des communautés afin de fournir des ***interventions essentielles et vitales, notamment en matière de soins et d'accouchement, de vaccination, de paludisme, de pneumonie, de diarrhée, de septicémie et de VIH***.

1.6.5. Espérance de vie causes de morbidité et de mortalité.

L'espérance de vie à la naissance est de 53 ans alors que la moyenne régionale est de 64 ans. Ainsi, à la naissance, un Centrafricain devrait vivre 11 ans de moins que les autres Africains de la région Afrique de l'OMS. Il est intéressant de noter qu'entre 1960 et 2021, l'espérance de vie à la naissance a connu une amélioration de 14,66 ans.

Selon la dernière étude sur la charge mondiale de morbidité, en 2019, on estime à 778 le nombre de décès pour 100 000 habitants, contre 1 061 décès pour 100 000 habitants en 2010.

En 2019, les 10 principales causes de mortalité étaient principalement les affections néonatales (120 pour 100 000 habitants, 15%), les infections des voies respiratoires inférieures (110 pour 100 000 habitants, 14%), la tuberculose (99 pour 100 000 habitants, 13%), les maladies diarrhéiques (99 pour 100 000 habitants, 13%), le VIH/SIDA (79 pour 100 000 habitants, 10%), les accidents vasculaires cérébraux (69 pour 100 000 habitants, 9%), le paludisme (69 pour 100 000 habitants, 9%), les cardiopathies ischémiques (61 pour 100 000 habitants, 8%), les accidents de la route (38 pour 100 000 habitants, 5%), et la rougeole (34 pour 100 000 habitants, 4%).

En termes de morbidité, les 10 principales causes de consultation en République centrafricaine restent les maladies transmissibles, maternelles, périnatales et la malnutrition.

Au fil du temps, la charge de morbidité évolue rapidement et nécessite une évaluation progressive du modèle de soins de santé ainsi que des compétences et de l'éventail des qualifications du personnel de santé.

1.7. Pertinence du recensement

En mai 2016, la Soixante-Neuvième Assemblée Mondiale de la Santé a approuvé la Stratégie Mondiale sur les Ressources Humaines pour la Santé : personnels de santé 2030 (GSHRH) et a adopté la résolution (WHA69.19) pour sa mise en œuvre. L'objectif de la stratégie est

d'améliorer la santé et le développement socio-économique en assurant l'accessibilité universelle, l'acceptabilité et la qualité des personnels de santé par des investissements adéquats et des politiques efficaces aux niveaux national, régional et mondial. La vision est d'accélérer le progrès vers la couverture sanitaire universelle et les objectifs du développement durable des Nations Unies. Le GSHRH présente quatre objectifs : i) optimiser le personnel de santé existant ; ii) prévoir les besoins futurs de l'emploi en santé ; iii) renforcer les capacités individuelles et Institutionnelles ; et iv) renforcer les données, les preuves et les connaissances.

Pour soutenir la politique, la planification nationale et le cadre de suivi et de redevabilité du GSHRH, l'OMS invite les États membres à consolider un ensemble de données sur les RHS avec des rapports annuels à l'Observatoire Mondial de la Santé ainsi que la mise en œuvre progressive des comptes nationaux des personnels de santé (CNPS).

La République Centrafricaine, dans cette dynamique, développe de nouvelles stratégies pour atteindre ces objectifs notamment : i) l'élaboration des normes en ressources humaines pour la santé (RHS) à partir de l'évaluation de la charge de travail des ressources humaines en santé, ii) l'accroissement de la capacité de production en ressources humaines pour la santé, iii) l'implémentation d'un registre électronique pour la maîtrise des effectifs et iv) l'élaboration d'un plan d'investissement pour les RHS.

En 2022, le pays a réalisé les premiers Comptes Nationaux des Personnels de Santé (CNPS) au titre de l'année 2021, avec l'appui conjoint de la Banque Mondiale et de l'OMS. La principale difficulté rencontrée est celle de l'absence d'une base de données structurées sur les ressources humaines. Cette observation s'aligne sur celle faite par la mission de cadrage des ressources humaines réalisée par KIT pour le compte du Fonds Mondial (KIT, 2022) et celles indiquées dans le Document de Politique nationale de Santé (MSP, 2019), le Plan national de Développement Sanitaire (MSP, 2019).

Pour y remédier, il a été recommandé la constitution d'une base de données dans la perspective de l'informatisation de la gestion des ressources humaines rendant pour une meilleure maîtrise des effectifs du Ministère de la Santé et de la Population (MSP 2019, KIT 2022, OMS-BM 2022,).

Une telle recommandation s'inscrit dans les engagements pris par la RCA à l'occasion de l'élaboration du "Cadre régional de mise en œuvre de la stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030", celui de mettre en place des comptes nationaux, des

registres de personnels de santé et des observatoires des ressources humaines pour la santé (OMS, 2017).

Pour concrétiser ces engagements et favoriser la construction d'un véritable système d'information sur les ressources humaines, le Ministre de la Santé et de la Population a organisé en mai 2024, le recensement général du personnel de santé du secteur public et privé avec l'appui technique et financier de la Banque Mondiale et de l'Organisation mondiale de la Santé.

1.8. Objectifs de la mission

- Faire rencenser et enregistrer tous les personnels intervenant dans le secteur de la santé en RCA et de réactualiser les données du parc automobile du pays ;
- apurer la base de données, réaliser les tabulations nécessaires et les triangulations possibles ;
- consolider la base de données nationales sur les ressources humaines qualifiées en santé tant du secteur public que privé ;
- rendre disponible le rapport national sur les ressources humaines qualifiées en santé en RCA au titre de 2024.

II. Méthodologie

2.1.Approche générale

Il a été retenu une approche participative et inclusive dans le cadre de la conduite du processus de recensement des ressources humaines en santé de la Centrafrique destiné de la mise en place de la base de données du personnel et de la réalisation de l'état des effectifs en 2024.
Dans cette optique, un comité de coordination a été mise en place. Les acteurs des trois niveaux de la pyramide sanitaire (niveau central, régional et district) ont été impliqués dans la collecte de données.
Un point d'exécution périodique est présenté au Ministre de la Santé et de la Population, aux représentants de la Banque Mondiale et au Représentant Résident de l'OMS afin de recueillir leurs orientations et d'obtenir leur facilitation pour le déroulement correct de l'activité.

2.2.Phase préparatoire de la collecte de données

La préparation du recensement du personnel s'est faite en plusieurs étapes à savoir : la conception de l'activité, la requête de financement, la mobilisation, le pré-test, la sélection des

formateurs, enquêteurs et superviseurs, la formation des formateurs et le déploiement des équipes sur le terrain.

1.1. Conception de la mise en œuvre et requête d'appui technique et financier

La mise en place de la base de données du personnel exige la couverture exhaustive de la cible. Celle-ci est constituée des personnels travaillant dans les structures de santé en temps plein à savoir les postes de santé, centres de santé, les hôpitaux de districts et les hôpitaux secondaires, les districts sanitaires, les régions sanitaires et le niveau central. Pour tenir compte d'une telle contrainte, il est fait l'option d'un échantillonnage exhaustif du personnel et l'utilisation du recensement comme méthode de travail. Les effectifs des agents recenseurs nécessaire à la collecte sont déterminés à travers une estimation de la charge de travail sur la base les données de l'enquête Herams/Sara.

Le souci de compilation rapide des données et contrôle de la performance des équipes de terrain a permis de choisir de digitaliser le formulaire de collecte de données et de l'utiliser grâce à Kobotoolbox sur les smartphones.

Pour le contrôle de la qualité du travail et les facilitations dans le déroulement de la collecte, il est prévu les médecins chefs de districts sanitaires, les directeurs régionaux comme superviseurs de proximité. Le niveau national assure une supervision générale de l'activité.

Ces éléments ont servi à soumettre une requête de financement à la Banque Mondiale à travers le projet SENI Plus pour appui la réaliser de l'activité et à l'OMS pour la mobilisation d'une assistance technique.

2.2.1. Mobilisation sociale

Diverses correspondances ont été adressées aux structures ciblées pour annoncer, un mois à l'avance, la mise en œuvre de l'activité. Toutes les grandes instances ont permis de passer le message de mobilisation des agents aux fins d'obtenir la plus grande adhésion à l'activité.

2.2.2. Pré-test de l'outil de collecte de données

Un formulaire élaboré couvre les trois champs de collecte à savoir les volets ressources humaines, infrastructures et par automobile. Pour s'assurer que les formulaires proposés conviennent aux attentes et que l'outil digital permettra de recueillir effectivement les données espérées, un test a été organisé au Centre Hospitalier Universitaire Communautaire.

Grâce à cet exercice, il a été procédé aux ajustements nécessaires au formulaire et au paramétrage de la version numérique. Un guide de remplissage du formulaire de collecte de données a été confectionné pour orienter les acteurs impliqués dans le processus de recensement.

2.2.3. Sélection des superviseurs, formateurs et agents recenseurs

La qualité des résultats attendus de ce recensement a conduit l'équipe de coordination à définir les critères de sélection des différents groupes d'acteurs.

Les superviseurs de proximité sont constitués des médecins chefs de districts sanitaires et des directeurs de régions sanitaires. La bonne maîtrise de leurs aires sanitaires constitue le critère de leur sélection en cette qualité.

Pour leur efficacité, les agents de collecte de données ont été sélectionnés sur la base d'un certain nombre de critère notamment (i) le niveau de qualification, (ii) la connaissance de la localité de travail, (iii) l'expérience dans la collecte de données et (iv) la possession d'un smartphone pour permettre l'installation de kobotoolbox.

Pour garantir la qualité de formation des agents collecteurs de données, plusieurs critères ont servi à sélectionner les formateurs à savoir : (i) le niveau de formation de base, (ii) la structure de provenance, (iii) l'implication dans le problématique du développement des ressources humaines en santé, (iv) la possession d'un smartphone, (v) le consentement pour être déployés sur l'un des sites de formation des agents recenseurs.

Tous les cadres identifiés sur la base de ces critères ont fait l'objet d'un courrier officiel pour formaliser leur désignation.

Tableau I : Effectifs des enquêteurs et de superviseurs de proximité par région

N°	Régions sanitaires	Personnel estimés	Agents collecte	Superviseurs district	Superviseur Région
1.	Région Sanitaire 1	2015	18	5	1
2.	Région Sanitaire 2	1915	17	6	1
3.	Région Sanitaire 3	2225	20	8	1
4.	Région Sanitaire 4	1560	13	4	1
5.	Région Sanitaire 5	875	26	3	1
6.	Région Sanitaire 6	1780	12	6	1
7.	Région Sanitaire 7	3125	15	3	1
Ensemble		**13495**	121	35	**7**

2.3.Phase de collecte de données

La phase de collecte des données a démarré par la formation des agents collecteurs et des superviseurs sur l'exploitation des formulaires. Cent vingt et un (121) agents de collecte de données ont été répartis sur quatorze (14) sites de formation à travers le pays.

La collecte de données proprement dite a durée dix (10) jours. Selon les facilités d'accès aux sites, les équipes de formation ont été déployées de manière progressive en tenant compte des plans de vols à destination de certaines localités. Ainsi les équipes des régions sanitaires 1, 2, 3, 4 et 7 ont été déployées la première semaine de collecte et celles des régions sanitaires 5 et 6 l'ont été en fonction des contingences liées aux vols aériens.

La supervision a couvert la période de mise en œuvre. Elle a permis de lever les goulets d'étranglement au fur et à mesure de leur survenu. Une évaluation progressive de la performance des équipes et des résultats obtenus a permis d'organiser un ratissage dans la région sanitaire 7. Toute ceci a porté la couverture à 98% de la cible espérée.

La principale difficulté rencontrée dans le processus de recensement a été la faible disponibilité de la connexion internet. L'engagement et l'engouement observés au niveau des différents équipes et sites de déploiement a permis non seulement de mitiger ce facteur mais également d'organiser les interventions groupées sur les structures à gros effectifs.

L'étendue et la qualité des données ainsi collectées a permis de procéder à leur analyse en vue de présenter les résultats obtenus.

2.4.Approche d'analyse des données

L'analyse des données issues du recensement a été faite à partir des indicateurs fournis par les comptes nationaux des personnels de santé (OMS, 2023) sur les effectifs et les flux. Des indicateurs complémentaires sont inspirés du guide d'analyse du marché de travail du secteur de la santé et du contexte, pour contribuer à approfondir l'analyse de la situation des ressources humaines en santé du pays Ils concernent le milieu d'exercice, l'ancienneté, l'occupation du personnel disponible, la protection sociale des agents et la double pratique.

Il s'agit d'une analyse descriptive réalisée en fonction de l'éventail des groupes professionnels pour faciliter une compréhension plus complète de la composition des personnels de santé actifs au plan national. Cette approche favorise l'identification des grandes tendances des catégories d'agents de santé. Elle permet de mettre en relief les professions traceurs de l'ODD 3 c1 que sont les médecins, les infirmiers, les sage-femmes, les pharmaciens et les dentistes.

Les indicateurs relatifs aux effectifs et aux flux offrent l'avantage de prendre en compte divers aspects pour apprécier l'accès aux soins des populations et la capacité du système de santé à fournir des services.

Les dimensions prises en compte sont notamment :

- **les caractéristiques démographiques des personnels de santé** : ces indicateurs permettent de faire ressortir la jeunesse de la force de travail, les perspectives de sorties du marché du travail ainsi que les ségrégations entre les hommes et les femmes. Ils permettent ainsi d'envisager les mesures pour prévenir les déficiences et d'en atténuer les effets.
- **la répartition géographique** : Elle porte sur les effectifs et la densité des agents de santé au plan national et infranational. Elle est exprimée pour 10.000 habitants. Cette mesure permet de comparer les agents de santé disponibles à la taille de la population. Au plan infranational la répartition des agents de santé aide à déterminer les inadéquations source de déficit de l'offre des services orientés vers la CSU afin de mieux comprendre les besoins susceptibles de fonder la planification et la mise en œuvre des interventions en faveur des RHS.
- **les flux de personnels de santé** : les indicateurs de flux illustrent la dynamique entre l'offre et la demande d'agents de santé, celle-ci étant au cœur des résultats sanitaires sur le marché du travail. Ils concernent les entres et sorties du marché de travail (secteur de la santé dans le cadre de document). L'analyse des flux utilise les données sur le recrutement et les sorties volontaire ou involontaires. Elle permet d'évaluer les tendances en matière d'offres d'emploi et de taux de rotation et disposer d'un aperçu des problèmes auxquels sont confrontés le secteur en matière de recrutement et de fidélisation des agents de santé.

- la **couverture des postes disponibles** : ces indicateurs portent sur le type de contrat, l'occupation des postes ouverts dans le secteur, le milieu d'exercice, le séjour moyen dans les régions et la double pratique. Ils permettent d'apprécier les perspectives de recrutement pour améliorer l'adéquation entre les effectifs et les services de soins à offrir, les préoccupations de gouvernance liées à la disponibilité du personnel (séjour moyen au poste, double pratique) et les stratégies à mettre en place ou à renforcer pour améliorer les conditions de travail des agents de santé et les fidéliser. Deux approches sont utilisées pour déterminer les gaps en effectifs. La première est relative à la demande

indicative. Elle est fondée sur les postes potentiellement existants dans les structures sanitaires au regard des documents de normes des personnels de santé par structure et des cadres organiques. Elle présente l'avantage d'être analytique et de servir de base de planification au niveau national. La deuxième est relative aux normes de densité. Elle s'appuie sur la taille de la population et permet d'aligner le pays sur les seuils de densité définis dans les agendas internationaux. Elle présente un intérêt de comparabilité de la disponibilité en personnel de santé aux niveaux infranational et international. En l'absence de normes d'effectifs par type de structure, la deuxième approche est utilisée dans le présent rapport en s'appuyant sur une demande indicative faite par le gouvernement en 2014 mais en termes de densité.

2.5.Limites

Le recensement du personnel de santé initié par le Ministère de la Santé de la Population s'est intéressé à la situation des effectifs et les flux et dans une certaine mesure aux conditions d'emploi. Cette mission s'est réalisée parallèlement à deux (2) autres relatives à :

- l'évaluation de la production et du marché des ressources humaines en santé en République Centrafricaine.
- l'étude du marché du travail du personnel de santé en République Centrafricaine.

Elles se chargent d'approfondir les aspects relatifs à (i) la production des personnels de santé, (ii) le financement et les dépenses ainsi que (iii) les conditions de travail, la gouvernance et le leadership.

L'évaluation de la couverture des emplois disponibles nécessite que les normes en personnel des services de santé soient établies pour tous les types de structures existantes.

III. Résultats du recensement général des personnels du secteur

Le rapport porte sur les effectifs actifs. Les résultats obtenus sont présentés suivant le (i) profil des personnels de santé, (ii) la densité du personnel qualifié pour l'offre de soins, (iii) le milieu de travail et les structures d'utilisation du personnel de santé, (iv) les flux de personnel de santé, (v) la couverture des emplois et (vi) la situation des besoins en personnels de santé.

3.1.Profil des personnels de santé en RCA

Le profil du personnel présente aussi les caractéristiques démographiques (âge et sexe) du personnel. Il expose l'éventail des professions des personnels actifs objet du recensement, leur répartition par secteur, par statut et par région.

3.1.1. Caractéristiques démographiques des personnels de santé

a. Répartition des personnels de santé selon le genre

La répartition du personnel par sexe présente une disparité interne importante. La tendance générale révèle que 57,56% du personnel est du genre masculin. Mais lorsqu'on s'intéresse à certaines professions, cette tendance s'accentue et/ou se renverse. En effet, 3 médecins sur 4 soit (76,73%) sont des hommes. Par contre, 54,14% du personnel infirmier est du genre féminin.

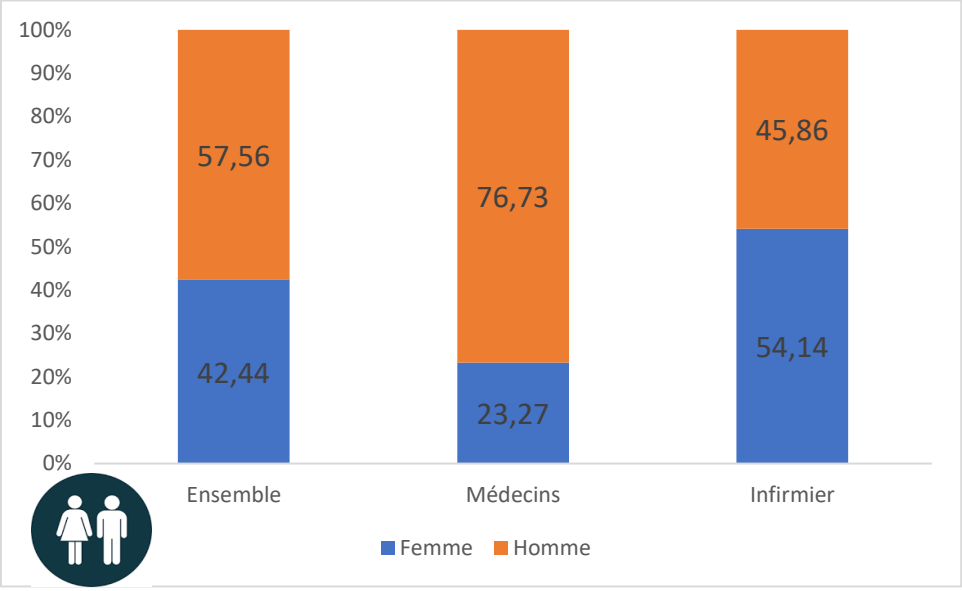


Figure 3 : Répartition par sexe des personnels de santé, des médecins et des infirmiers

b. Répartition du personnel de santé par sexe selon la tranche d'âge

La pyramide des âges du personnel se présente sous la forme d'une toupie et traduit une politique d'intégration régulière sur le marché du travail des personnel de santé au plan national.

Dans l'ensemble, 27% du personnel de santé est âgé de moins de 35 ans. 60% du personnel à mois de 45 ans. Sans distinction de statut, 26% du personnel fera valoir ses droits à la retraite dans les 10 prochaines années. Cette structure des âges de la population des agents de santé

aura un impact sur la technicité, la mobilité et la masse salariale. Il convient d'en tenir compte dans la définition des politiques de formation, de mobilité géographique et professionnelles afin de tirer le meilleur profit de la structure de rémunération qui ira de manière croissante.

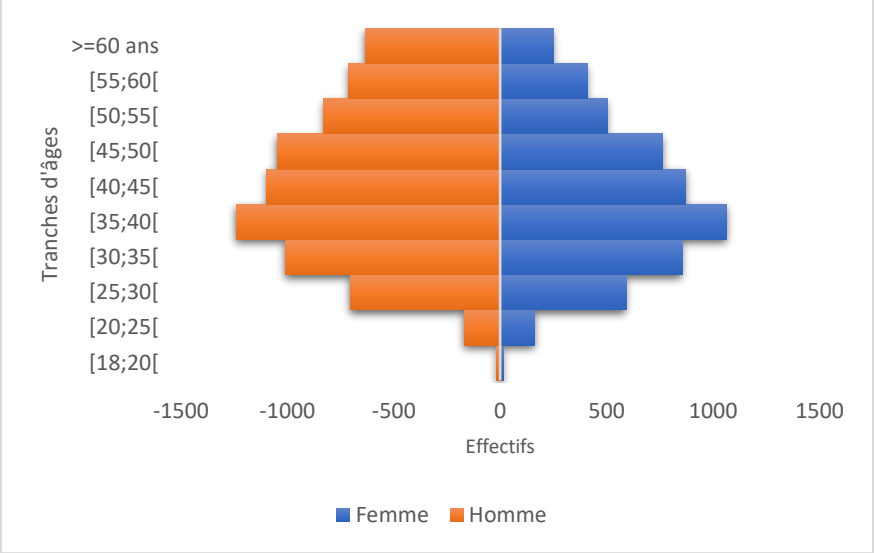


Figure 4 : Pyramide des âges des personnels de santé

L'importance numérique des hommes se confirme sur toutes les tranches d'âges. Si on peut considérer une telle situation comme un avantage compte tenu du contexte sécuritaire du pays, les politiques de recrutement méritent de s'intéresser d'ores et déjà au renouvellement du personnel qui sera admis à la retraite et l'équilibre du genre sur les emplois.

L'examen des tendances d'occupation des emplois par le personnel de santé de certaines professions accentue la disparité et renvoie à la définition de politique cohérente pour corriger les disparités observées. C'est ce que traduisent les pyramides des âges des médecins et infirmiers. La répartition des médecins indique une écrasante majorité du personnel masculin (76,73%) avec une entrée faible et irrégulière du personnel féminin. Dans le même temps, le personnel féminin est majoritaire au sein des infirmiers en général et dans les classes de 25 à 50 ans en particulier. En sachant que le personnel infirmier est la cheville ouvrière de l'offre de

soins dans tous les types de formation sanitaires, cette importance numérique du personnel féminin amène à reconsidérer les politiques actuelles en matière de déploiement du personnel.

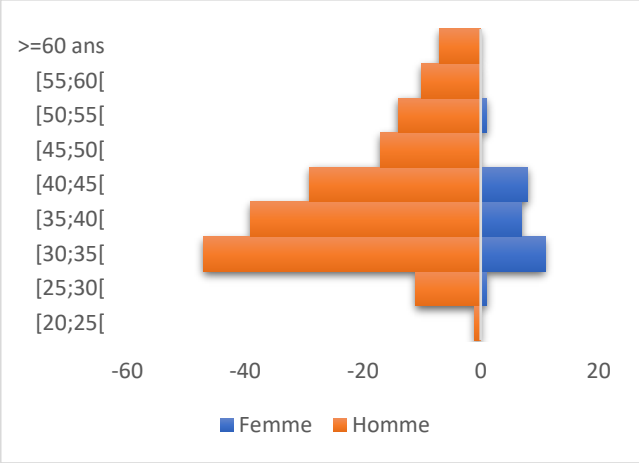


Figure 5 : Pyramide des âges du personnel médical

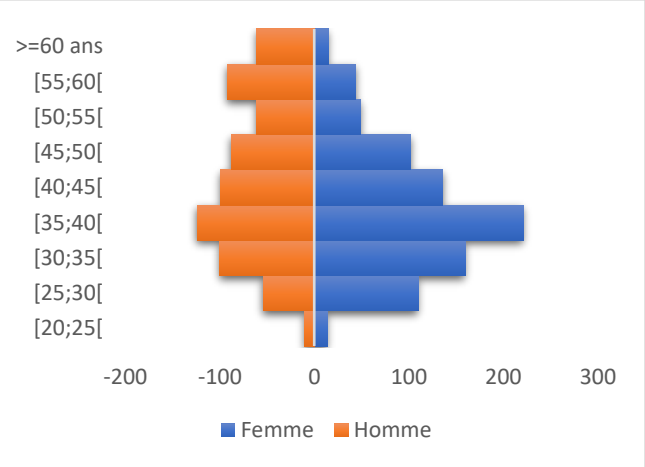


Figure 6 : Pyramide des âges du personnel infirmier

c. Répartition du personnel de santé par sexe selon la région

En s'intéressant à la répartition des personnels de santé selon le sexe et la région sanitaire, on observe que dans la région 7 (Bangui), le personnel féminin représente 60,95% de l'effectif en poste. La proportion de femmes dans les effectifs au niveau de la région 1 est presque égale à celle des hommes (48,73%). Cette région subit l'influence de la tendance à la féminisation de la région 7 compte tenu de leur proximité

Dans les cinq autres régions, la prédominance masculine est notable. La proportion des femmes est limité e 38,16% avec le seuils les plus faibles dans la région 6 (27,74%) et la région 3 (32,42%).

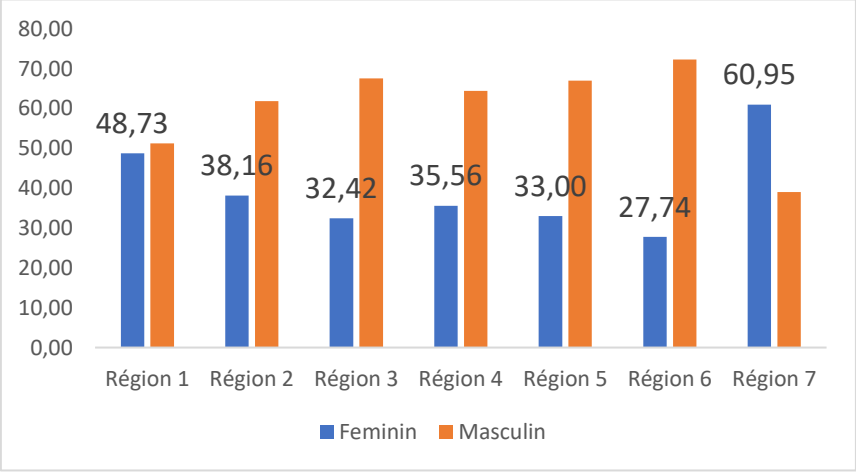


Figure 7 : Répartition du personnel par sexe selon la région sanitaire

3.1.2. Répartition des personnels de santé par profession selon le sous-secteur

Le personnel recensé est regroupé en trois (03) catégories socioprofessionnelles que sont : le personnel médical, le personnel paramédical et le personnel administratif. Le tableau ci-dessous présente les différentes professions de chaque catégorie.

Tableau II : Répartition du personnel de santé par profession selon le sous-secteur

Catégorie socio-professionnelle / Profession	Public	Privé à but lucratif	Privé à but non lucratif	Confes-sionnel	Total général	Pourcentage
Personnel médical	**341**	**30**	**16**	**8**	**395**	**3,03**
Dentistes	3				3	0,02
Médecins généralistes	243	16	15	8	282	2,16
Médecins spécialistes	86	13	1		100	0,77
Pharmaciens	9	1			10	0,08
Personnel paramédical	**9803**	**460**	**272**	**294**	**10829**	**83,01**
Agents de Santé Communautaire	1910	70	16	43	2039	15,63
Aides-Soignants	5287	200	103	144	5734	43,96
Diététiciens et spécialistes de la nutrition	17			1	18	0,14
Infirmiers	1310	90	93	55	1548	11,87
Inspecteurs, salubrité de l'environnement et de la santé au travail, et assimilés	180	5	5	3	193	1,48
Physiothérapeutes (Kinésithérapie)	15	1	4	3	23	0,18
Praticiens paramédicaux	95	5	4	9	113	0,87
Sages-femmes	675	33	31	20	759	5,82
Techniciens d'appareils électro médicaux (Imagerie Médicale)	7	1	1	2	11	0,08
Techniciens de laboratoire médical	178	52	15	13	258	1,98
Techniciens, assistants-pharmaciens et préparateurs en pharmacie	129	3		1	133	1,02
Personnel administratif	**1605**	**116**	**55**	**45**	**1821**	**13,96**
Autres personnel administratifs	999	50	25	21	1095	8,39
Cadre de direction des services de Santé	397	52	20	18	487	3,73
Spécialistes du travail social	84	1	5	4	94	0,72
Spécialistes, sciences techniques non classés ailleurs	125	13	5	2	145	1,11
Total général	**11749**	**606**	**343**	**347**	**13045**	**100,00**

L'effectif global du personnel actif recensé dans le secteur de la santé en juillet 2024 est de 13.045. La répartition par sous-secteur d'activité indique que le secteur public emploie 11749 agents de santé soit 90,07% des effectifs recensés. Le secteur privé à but non lucratif vient en seconde position loin derrière le sous-secteur public. Il utilise 5,29% de l'effectif total dont

2.66% sont au service du confessionnel. Le sous-secteur privé à but lucratif est encore peu développé avec un poids total de 4.65% du personnel actif.

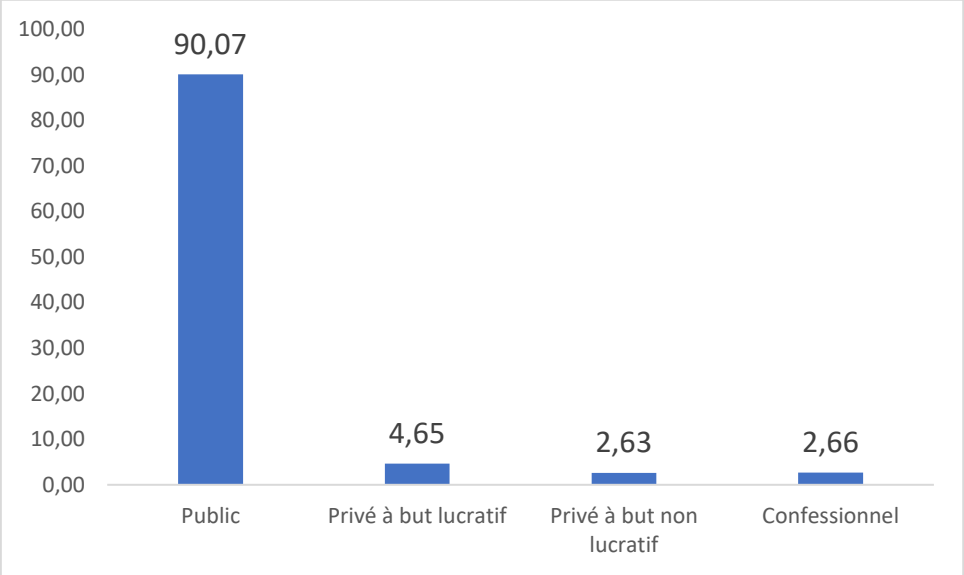


Figure 8 : Proportion des personnels de santé selon le sous-secteur

L'ordre de grandeur observé d'une manière générale par sous-secteur est resté inchangé lorsqu'on considère la distribution par catégorie socioprofessionnelle. Cependant, le secteur privé lucratif utilise près de 7,59% contre 6,8% dans le secteur privé à but non lucratif et confessionnel.

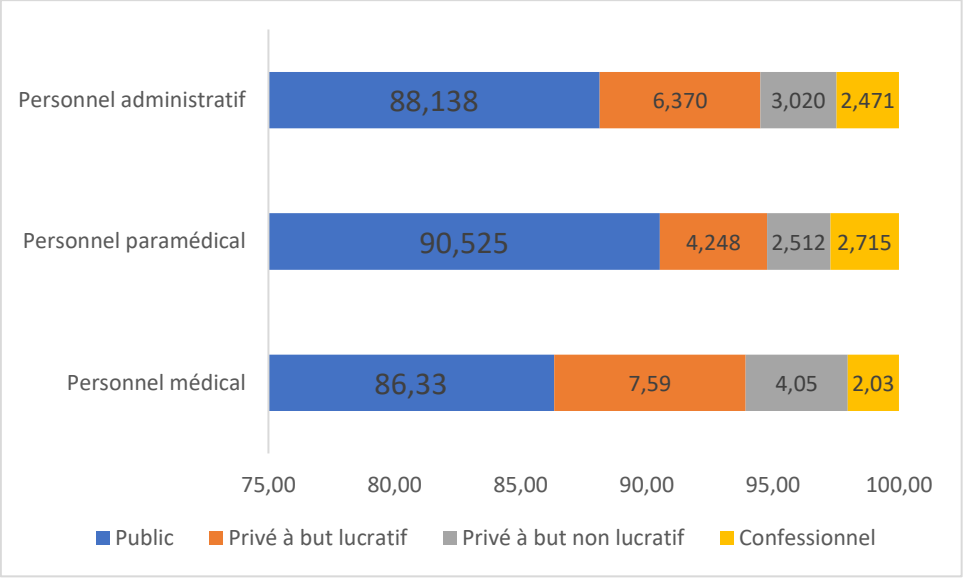


Figure 9 : Proportion des catégories socioprofessionnelles par sous-secteur

En définitive, pour l'ensemble du secteur, le personnel médical fait 3,03% des effectifs recensés. Le personnel paramédical concentre 83,01% des effectifs et le personnel administratif utilisé dans le secteur de la santé fait 13,96% de l'effectif total.

Les cinq groupes professionnels dominantes au plan numérique, sont les aides-soignants (42,96%), les personnels de santé communautaire (15,63%), les personnels infirmiers (13,92%), le personnel sage-femmes (5,82%) et les autres personnels administratifs (8,39%). Ces cinq groupes professionnels concentre 87,73% des effectifs.

3.1.3. Répartition géographique du personnel de santé selon la profession

Les effectifs recensés sont diversement répartis selon les professions et les régions.

Tableau III : Répartition du personnel par région sanitaire selon la profession

Catégorie socio-professionnelle	Région 1	Région 2	Région 3	Région 4	Région 5	Région 6	Région 7	Total général
Personnel médical	**37**	**34**	**33**	**25**	**4**	**19**	**243**	**395**
Dentistes		1					2	3
Médecins généralistes	31	30	29	25	4	19	144	282
Médecins spécialistes	6	2	3				89	100
Pharmaciens		1	1				8	10
Personnel paramédical	**1343**	**1258**	**1693**	**1924**	**464**	**1677**	**2470**	**10829**
Agents de Santé Communautaire	346	346	208	320	60	424	335	2039
Aides-Soignants	582	610	1241	1216	346	1059	680	5734
Diététiciens et spécialistes de la nutrition	1	1		8	3	2	3	18
Infirmiers	185	146	154	248	12	79	724	1548
Inspecteurs, salubrité de l'environnement et de la santé au travail, et assimilés	47	7	13	26	8	5	87	193
Physiothérapeutes (Kinésithérapie)	3			1		1	18	23
Praticiens paramédicaux	9	12	12	5	1	6	68	113
Sages-femmes	133	106	47	73	9	25	366	759
Techniciens d'appareils électro médicaux (Imagerie Médicale)		2		2			7	11
Techniciens de laboratoire médical	31	25	10	8	1	6	177	258
Techniciens, assistants-pharmaciens et préparateurs en pharmacie	6	3	8	17	24	70	5	133
Personnel administratif	**229**	**139**	**276**	**239**	**32**	**182**	**724**	**1821**
Autres personnel administratifs	129	86	215	191	31	141	302	1095
Cadre de direction des services de Santé	65	39	42	32	1	28	280	487
Spécialistes du travail social	20	5	3	9		4	53	94
Spécialistes, sciences techniques non classés ailleurs	15	9	16	7		9	89	145
Total général	**1609**	**1431**	**2002**	**2188**	**500**	**1878**	**3437**	**13045**

Les régions 7, 4 et 3 abritent la capitale politique du pays (Bangui), des zones minières et les couloirs de transhumance. L'effectif du personnel en service dans ces régions représente respectivement environ 26,35% pour la région 7 et 16,77% pour la région 4 et 15,35% pour la

région 3. Ces trois régions concentrent à elles seules près de 60% des effectifs actifs des personnels de santé du pays pour desservir 47% de la population nationale.

La région 5 est la plus faible du point de vue numérique. Elle utilise 3,83% des effectifs du secteur.

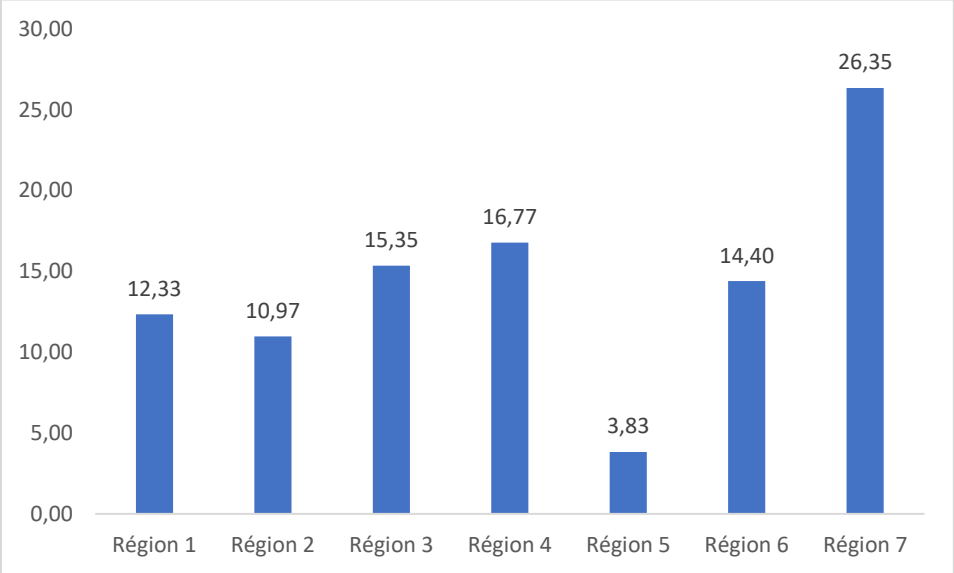


Figure 10 : Valeur relative de l'effectif des personnels selon la région sanitaire

Le tableau ci-dessus révèle les zones de concentration des personnels de santé selon les catégories socioprofessionnelles et les régions sanitaires.

61,52% du personnel médical est concentré dans la région 7. Les régions sanitaires 1, 2 et 3 suivent avec une proportion variant de 9 à 8%. La région sanitaire 5 se retrouve avec 1% du personnel médical.

En ce qui concerne le personnel paramédical, la distribution est meilleure avec 22,81 des effectifs dans la région 7, une moyenne de 14% dans les régions 1,2,3 et 4.

Cette tendance de répartition est maintenue dans les catégories socioprofessionnelles qui le personnel administratif.

La concentration des personnels de santé selon les régions sanitaires sera mieux appréciée lorsqu'elle est en perspective avec les populations desservies.

Tableau IV : Valeur relative en pourcentage des catégories socioprofessionnelles selon la région sanitaire

Régions sanitaires	Personnel médical	Personnel paramédical	Personnel administratif	Ensemble
Région 1	9,37	12,40	12,58	12,33
Région 2	8,61	11,62	7,63	10,97

Régions sanitaires	Personnel médical	Personnel paramédical	Personnel administratif	Ensemble
Région 3	8,35	15,63	15,16	15,35
Région 4	6,33	17,77	13,12	16,77
Région 5	1,01	4,28	1,76	3,83
Région 6	4,81	15,49	9,99	14,40
Région 7	61,52	22,81	39,76	26,35

2.1.1. Répartition géographique du personnel médical

Professions	Région 1	Région 2	Région 3	Région 4	Région 5	Région 6	Région 7	Total général
Dentistes		**1**					**2**	**3**
Chirurgiens-Dentistes		1					2	3
Médecins généralistes	**31**	**30**	**29**	**25**	**4**	**19**	**144**	**282**
Médecins généralistes	31	30	29	25	4	19	144	282
Médecins spécialistes	**6**	**2**	**3**				**89**	**100**
MS - Épidémiologie							2	2
MS - Anatomo-Pathologie							6	6
MS - Auters (à préciser)							3	3
MS - Biologie							5	5
MS - Cancérologie médicale							2	2
MS - Cardiologie	1						3	4
MS - Chirurgie générale			1				5	6
MS - Chirurgie Pédiatrique			1				4	5
MS - Drépanocytose							1	1
MS - Gynécologie Obstétrique	1		1				18	20
MS - Hématologie							1	1
MS - Hépato-Gastro-Entérologie						1	1	
MS - Imagerie Médicale							5	5
MS - Médecine du Travail							1	1
MS – Méd. Générale Intégrale	1							1
MS - Médecine Interne							1	1
MS - Néphrologie							3	3
MS - Neurologie							1	1
MS - Ophtalmologie							2	2
MS - Oto-Ryho-Laryngologie							2	2
MS - Pédiatrie							11	11
MS - Pneumologie							1	1
MS - Santé Publique	3	2					11	16
Pharmaciens		**1**	**1**				**8**	**10**
Pharmaciens		1	1				8	10
Total général	**37**	**34**	**33**	**25**	**4**	**19**	**243**	**395**

395 médecins, pharmaciens et dentistes sont dénombrés lors du recensement. Ils sont diversement répartis entre les régions sanitaires. Si les généralistes sont présents dans toutes les régions, la région sanitaire 7 concentre 89% des spécialistes. Les spécialités de base comme la gynécologie, la chirurgie et la pédiatrie sont absentes des diverses régions à l'exception du la région 3 qui ne dispose cependant pas de pédiatre.

2.2.Densité des personnels de santé au plan nation et infranational

La densité est le principal indicateur pour mesurer la disponibilité du personnel de santé. La densité des personnels de santé et d'aide à la personne pour 10 000 habitants représente l'effectif des agents de santé divisé par la taille de la population, multiplié par 10 000. Dans ce rapport les statistiques sur les personnels de santé et d'aide à la personne professionnellement actifs sont celles utilisées pour calculer cet indicateur. Il s'agit tout agent de santé qui fournit des services à des patients et à des communautés (en exercice) ou dont la formation médicale est un prérequis pour l'exécution des tâches (éducation, recherche ou administration publique, par exemple), même s'il ne fournit pas directement des services (agent de santé professionnellement actif).

Le tableau ci-dessous présente la densité des professions ciblées en général par les normes des personnels de santé.

Tableau V : Densité par profession des prestataires de santé

Profession	Effectifs	Densité
Aides-Soignants	5734	8,96
Agents de Santé Communautaire	2039	3,19
Infirmiers	1548	2,42
Sages-femmes	759	1,19
Techniciens de laboratoire médical	258	0,40
Médecins généralistes	282	0,44
Inspecteurs, salubrité de l'environnement et de la santé au travail, et assimilés	193	0,30
Praticiens paramédicaux	103	0,16
MS	100	0,16
Techniciens, assistants-pharmaciens et préparateurs en pharmacie	133	0,21
Physiothérapeutes (Kinésithérapie)	23	0,04
Techniciens d'appareils électro médicaux (Imagerie Médicale)	11	0,02
Diététiciens et spécialistes de la nutrition	18	0,03
Pharmaciens	10	0,02

Profession	Effectifs	Densité
Optométristes et Opticiens	10	0,02
Dentistes	3	0,00
Assistants médicaux	0	0,00
Total	**11224**	**17,54**

À l'analyse, en dehors des aides-soignants, agents de santé communautaires et des infirmiers, et des sages-femmes, la densité du personnel est inférieure à 1 pour toutes les autres professions. La politique de production mérite d'être repensée pour relever l'indicateur de densité du personnel de santé surtout en ce qui concerne les médecins, pharmaciens, dentiste, infirmiers et sages-femmes qui interviennent directement dans l'offre de soin.

La densité dans ces cinq (05) professions cibles de l'indicateur 3.c.1 des ODD est de 4,67 pour 10.000 loin des cibles connues que sont 23 à l'horizon 2015 et 44,5 à l'horizon 2030 sans considérer les récentes publiées en 2021 et 2021 sur les seuils de densité des personnels de santé[23].

Dans le détail, le système de santé de la RCA est animé par 0,62 médecins pour 10.000 habitants 2.87 infirmiers pour 10.000 habitants et 1,19 sages-femmes pour 10.000 habitants.

Tableau VI : Densité nationale des Médecins, Dentiste, pharmaciens, infirmiers et sages-femmes

Profession	Effectifs	Densité
Personnels Infirmiers	1 835	2,87
Sages-femmes	759	1,19
Médecins généralistes	282	0,44
Médecins Spécialistes	100	0,16
Pharmaciens	10	0,02
Dentistes	3	0,00
Total	**2 989**	**4,67**

[2] GBD 2019 Human Resources for health collaborators (2022). Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019, The Lancet, Volume 399, ISSUE 10341, P2129-2154,
[3] OMS AFRO (2021)

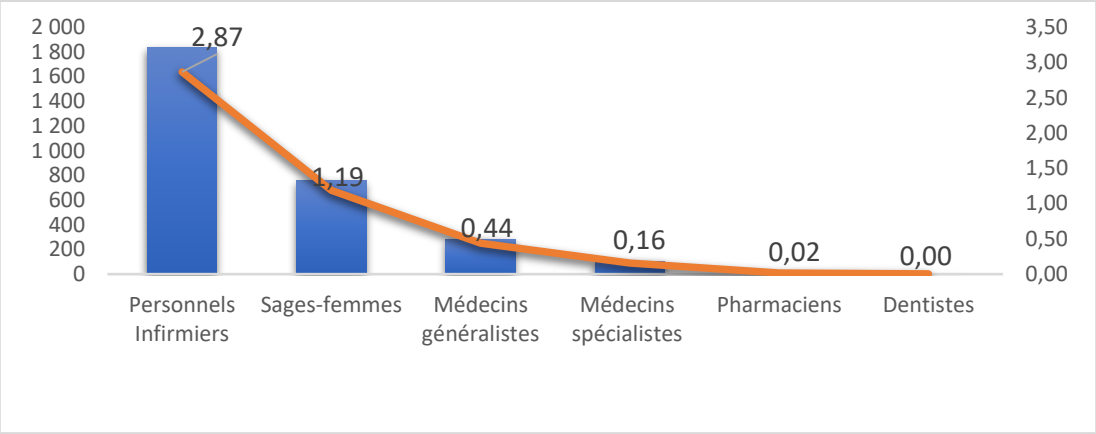


Figure 11 : Densité des Médecins, Dentiste, pharmaciens, infirmiers et sages-femmes

La densité des agents de santé au plan infranational présente une grande variété autour de la moyenne nationale.

Dans la région 7 la densité des médecins, dentistes, pharmaciens, infirmiers et sages-femmes est quatre fois supérieure à la moyenne nationale.

Les régions 1, 2 4 et 6 suivent avec une densité inférieure à la moyenne nationale mais supérieure à 2 personnels qualifiés pour 10.000 habitants.

Les deux régions dont la densité est la plus distante de la moyenne nationale sont les régions 3 et 5.

De telles disparités méritent d'être corrigées à travers la mise en place d'une politique incitative en faveur d'une distribution plus équitable du personnel au plan national.

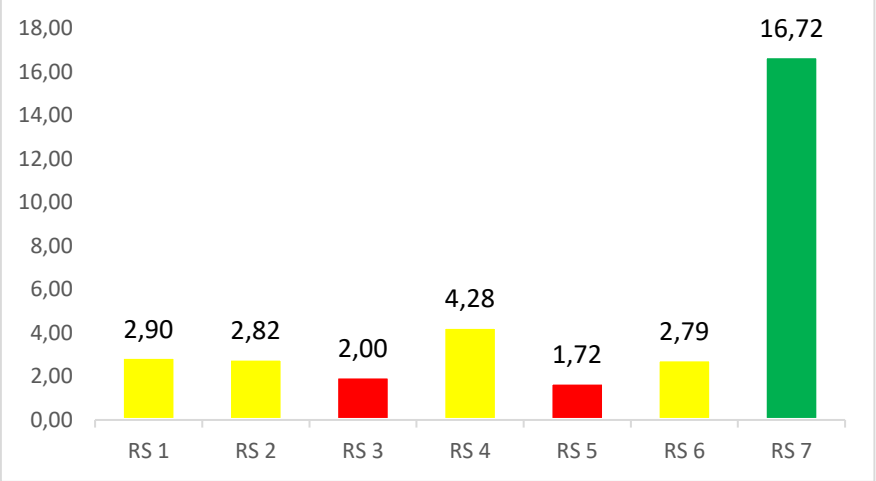


Figure 12 : Densité des personnels de santé selon la region sanitaire

En s'intéressant à la densité par profession, il se révèle ce qui suit :

- seule la région sanitaire compte au moins 1 médecin pour 10.000 habitants ;

- seules les régions 7 et 4 ont une densité des infirmiers supérieure à la moyenne nationale (2.87) ;
- la densité moyenne en sage-femmes est de 1,19 pour 10.000 habitants. Seule la région sanitaire 4 a une densité supérieure à cette moyenne soit 4.29 sages-femmes pour 10.000 habitants.

Cette analyse révèle les efforts à faire dans chaque région pour combler le gap et le porter à la moyenne nationale actuelle.

Tableau VII : Densité des Médecins, Dentistes, pharmaciens, infirmiers et sages-femmes selon la régions

District Sanitaire / Région Sanitaires	Médecins spécialistes	Médecins généralistes	Dentistes	Pharma-ciens	Infirmiers	Sages-femmes	Total général
Région Sanitaire 1	0,05	0,24	0,00	0,00	1,58	1,03	2,90
Région Sanitaire 2	0,02	0,28	0,01	0,01	1,51	0,99	2,82
Région Sanitaire 3	0,02	0,23	0,00	0,01	1,37	0,37	2,00
Région Sanitaire 4	0,00	0,28	0,00	0,00	3,17	0,83	4,28
Région Sanitaire 5	0,00	0,13	0,00	0,00	1,30	0,29	1,72
Région Sanitaire 6	0,00	0,26	0,00	0,00	2,18	0,34	2,79
Région Sanitaire 7	1,04	1,69	0,02	0,09	9,58	4,29	16,72
Ensemble	0,16	0,44	0,00	0,02	2,87	1,19	4,67

L'analyse de la densité des personnels de santé au niveau district sanitaire est davantage révélatrice de l'importance du déséquilibre dans la répartition au plan national. En effet,

- 17% (6/35) des districts sanitaires ont une densité de personnels de santé supérieure à la moyenne nationale qui est de 4.67 personnels qualifiés pour 10.000 habitants ;
- 34% (12/35) des districts sanitaires ont une densité comprise entre la moyenne nationale et la médiane qui est de 2,88 personnels qualifiés pour 10.000 habitants :
- 23% (8/35) des districts sanitaires ont une densité comprise en la médiane et les 25% dont la densité est la plus faible. Il s'agit des districts sanitaires dont la densité varie entre 2,88 et 1,76 personnels qualifiés pour 10.000 habitants ;
- 26% des districts sanitaires ont une densité comprise entre 0 et 1,75 personnels de santé qualifiés pour 10.000 habitants.

Le graphique ci-dessous en présente la représentation.

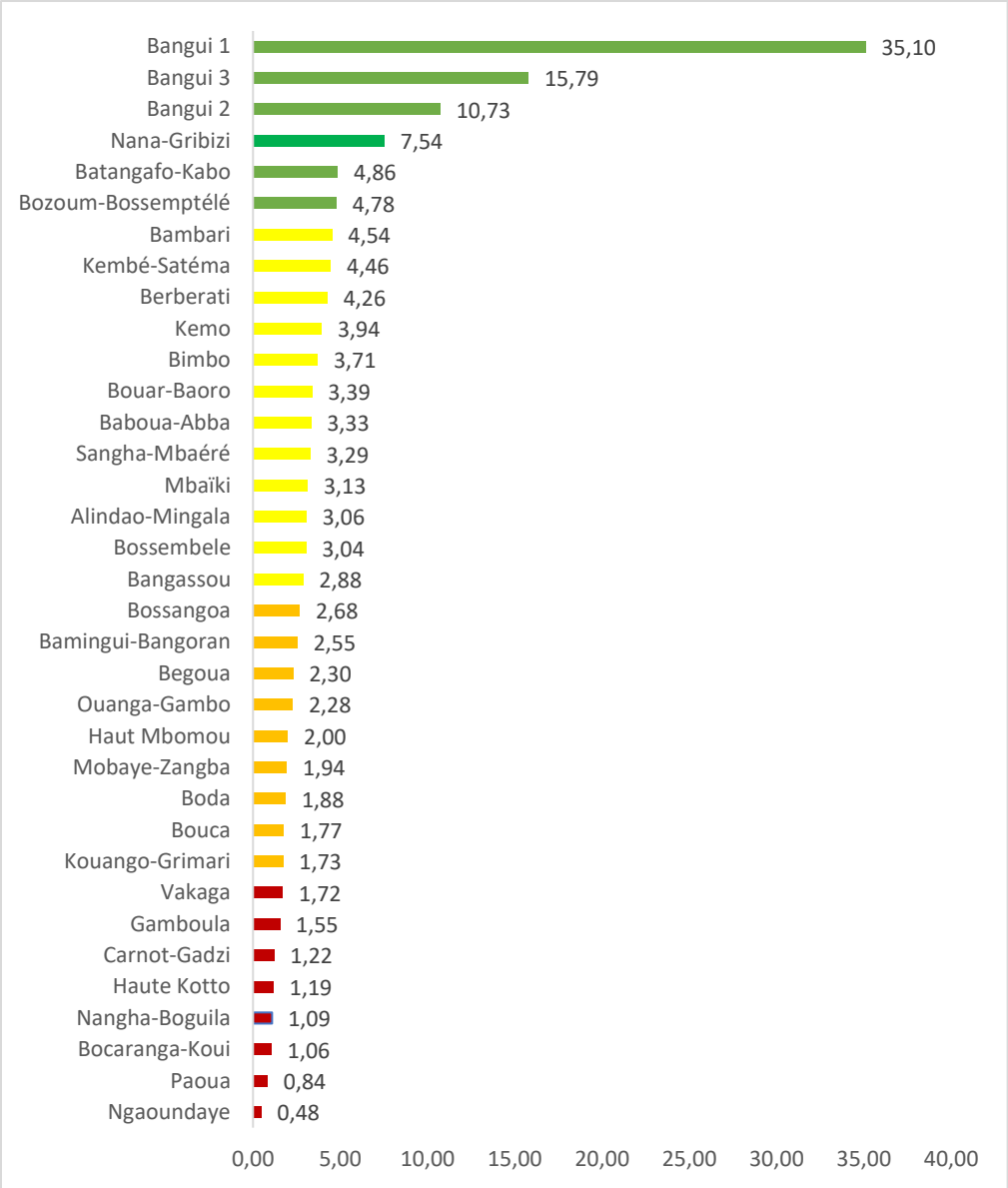


Figure 13 : Densité des personnels qualifiés par district sanitaire

La cartographie de la densité des personnels de santé qualifiés pour l'offre des soins est davantage expressive. Elle permet en effet de localiser géographiquement les districts sanitaires selon en fonction de leur densité.

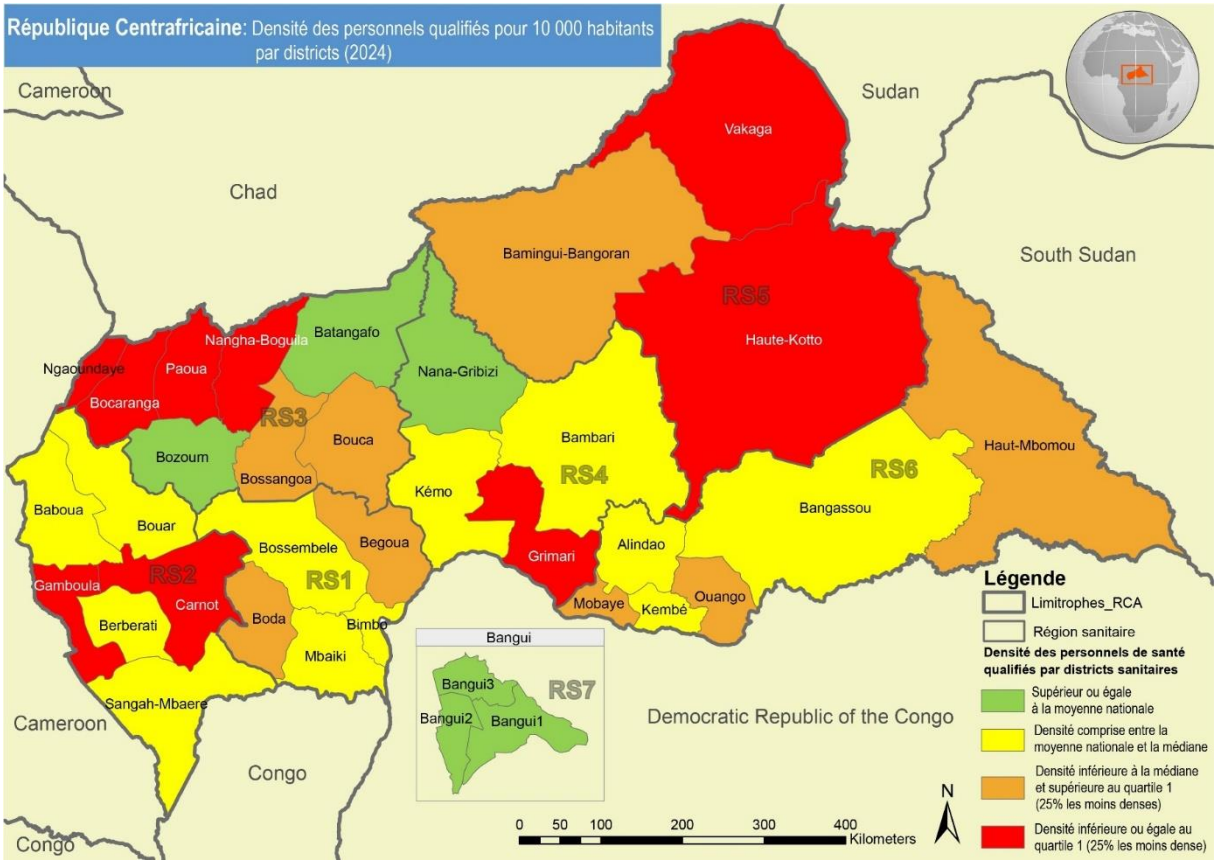
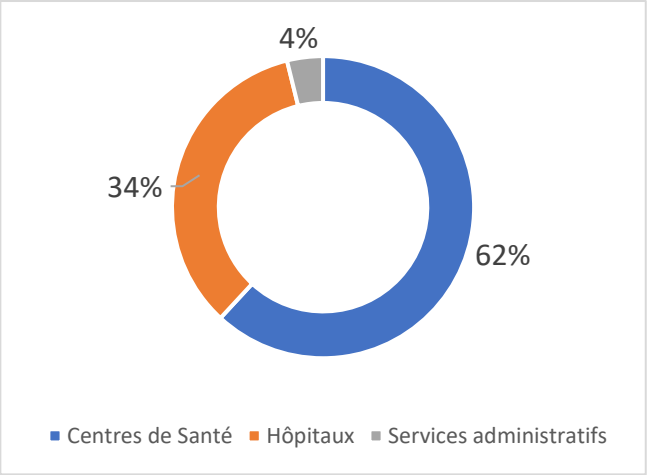


Figure 14 : Cartographie de la densité des personnels qualifiés par district sanitaire

2.3.Structures d'utilisation des personnels de santé

Les personnels de santé recensés travaillent dans les formations sanitaires de premier contact que sont les postes de santé et les centres de santé pour l'offre de soins ambulatoire et les services de soins de santé primaires. Ils se retrouvent également dans les hôpitaux et d'autres types de structures sanitaires notamment les services administratifs.

A l'analyse, les centres de santé de premier contact et les postes de santé concentrent 61,89% des personnels de santé. Les hôpitaux utilisent 34,27% des personnels de santé du secteur. Comparativement aux centres de santé de premier contact, les hôpitaux regroupent davantage de personnels qualifiés (Médecins, infirmiers et sages-femmes).



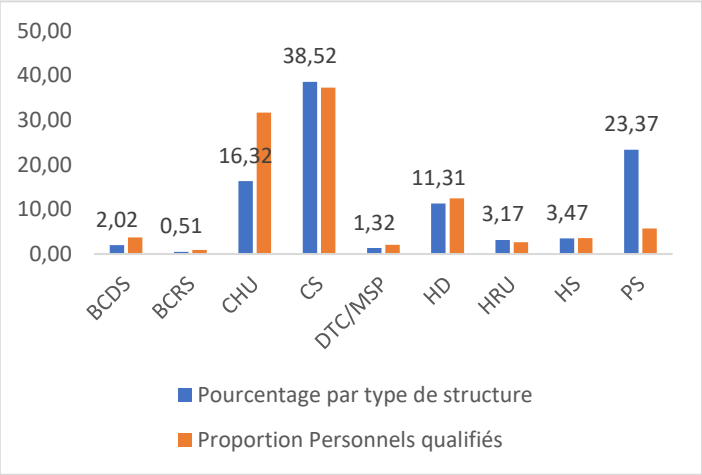


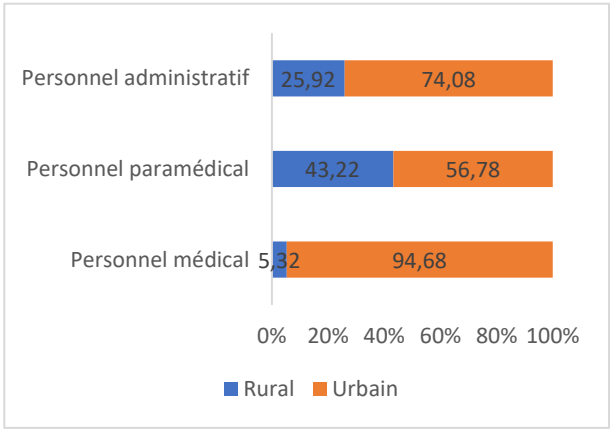
Figure 15 : Proportion des effectifs par type de structure

Figure 16 : Proportion des personnels de santé selon le type de structure

2.4.Milieux de travail des personnels de santé

La présentation de la répartition des personnels de santé selon le milieu de vie indique que près de 95% du personnel médical travaille en milieu urbain. De plus 56,78% du personnel paramédical travaille en milieu urbain.

L'analyse de la répartition des personnels de santé faite en perspective avec le milieu de vie des populations indique clairement un déséquilibre de répartition. 36,24% des personnels de santé travaillent directement là où vivent 56 ;42% de la population. A contrario, 63,78% des personnels de santé sont au service de 43,58 de la population.



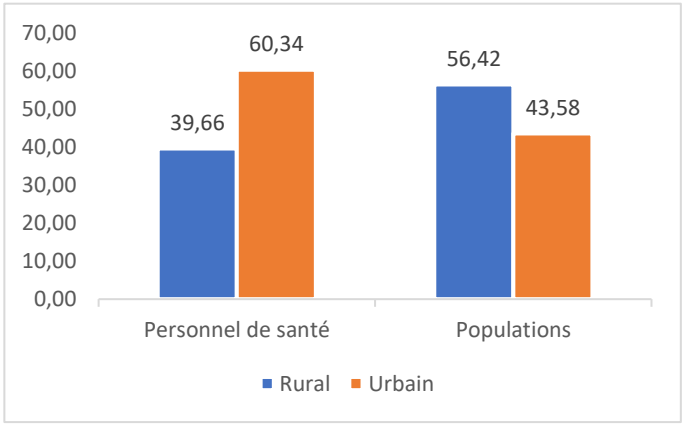


Figure 17 : Répartition des personnels de santé selon le milieu de travail

Figure 18 : Répartition des personnels de santé et de la population selon le milieu de travail et de vie

L'analyse du lieu de travail des médecins, infirmiers et sages-femmes renseigne sur l'accès des populations aux personnels de santé. Les graphiques ci-dessous indiquent que 56% des populations ont accès à 15,35% des infirmiers, 11,78% des sages-femmes et 5,32% des médecins. Dans les engagements internationaux, le pays s'est engagé à réduire l'inégalité de l'accès aux personnels de santé de plus de la moitié à l'horizon 2030. Dans une telle perspective, il convient de mener des actions vigoureuses pour rendre disponible les personnels de santé qualifiés et de les déployer dans les milieux où vivent les populations.

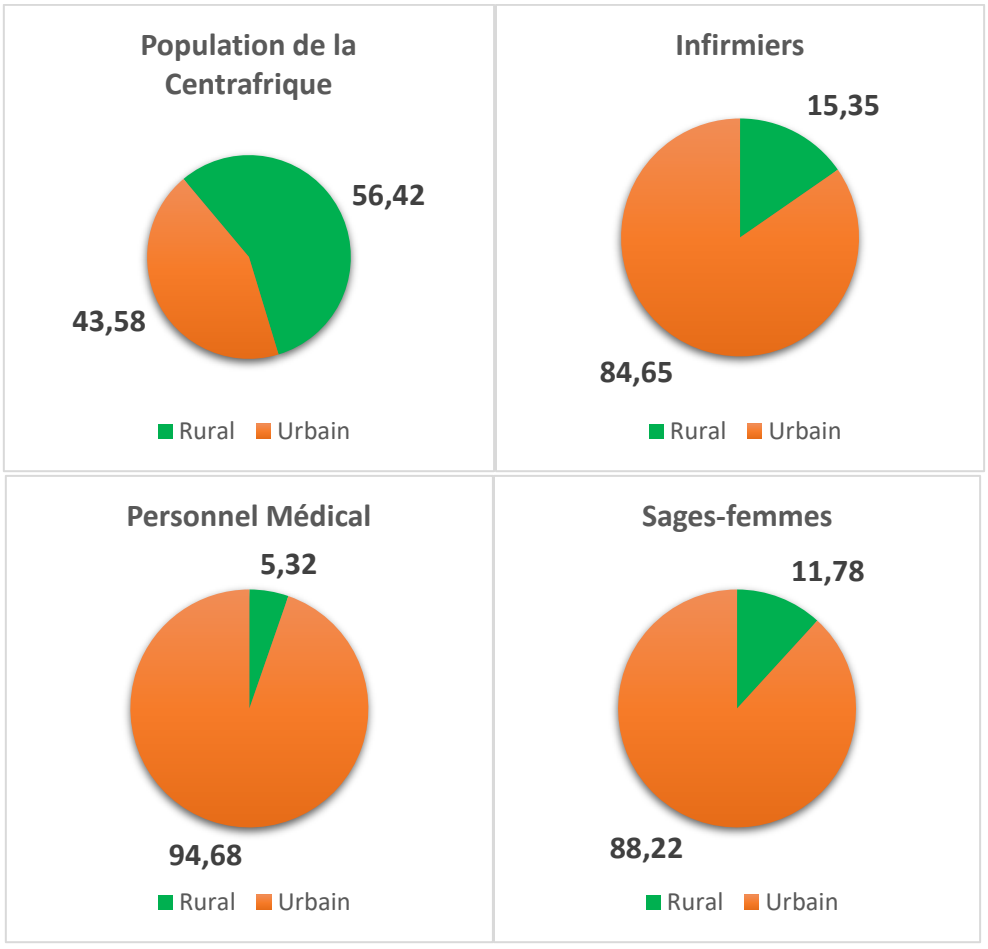


Figure 19 : Répartition des médecins, infirmiers et sages-femmes par milieu de vie et de travail

2.5.Lieux de formation des personnels de santé

En s'intéressant aux lieux de formation des personnels de santé, on se rend compte que la majorité des personnels recensés ont été formés dans les institutions de formation implantés dans le pays. Cependant, il ressort que 21,72% du personnel médical se fait former à l'étranger. Dans le détail, 12,37% des généralistes, 39% des spécialistes et 100% des pharmaciens et chirurgiens dentistes sont faits formés à l'étranger. Ces chiffres témoignent de la dépendance du pays par rapport à l'extérieur dans la mobilisation de certaines professions. Ceci peut justifier d'ailleurs leur faible disponibilité au plan national.

Dans le rang du personnel paramédical, plus d'un cinquième des praticiens paramédicaux (21,37%) sont formés à l'étranger. Ceci témoigne de la nécessité de la création d'un certain nombre de filières de formation de praticiens paramédicaux pour permettre de constituer de véritables équipes complètes de travail notamment au niveau des hôpitaux.

En ce qui concerne le personnel administratif, 7,93% des cadres de direction des services de santé sont formés à l'étranger. Cette observation nécessite de scruter la production des professionnels de santé afin de mieux définir les filières prioritaires et de réduire la dépendance du pays à l'égard de l'extérieur.

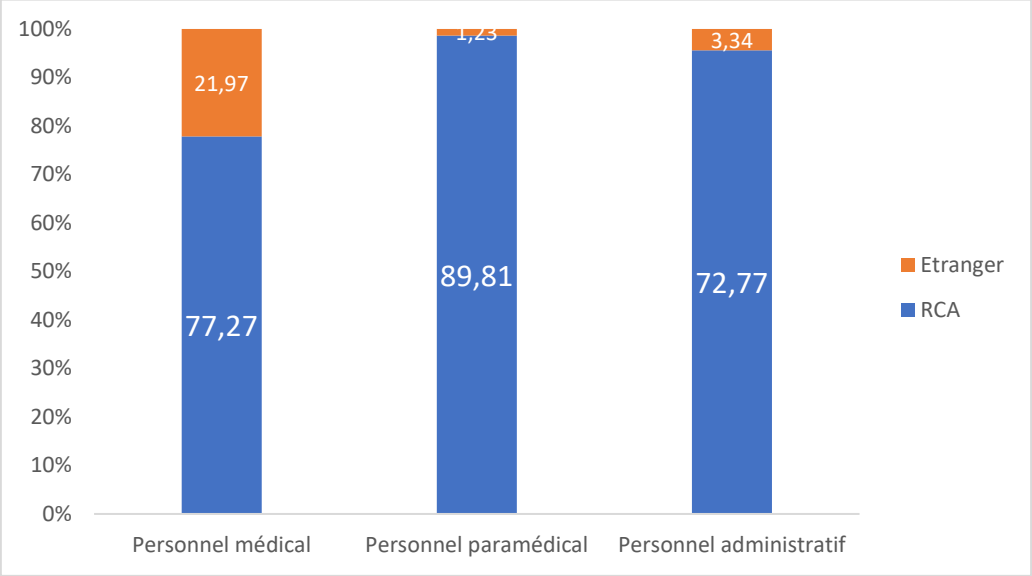


Figure 20 : Proportion des personnels de santé selon le pays de formation

2.6.Flux entrant et sortant des personnels de santé

Tableau VIII : Évolution des entrées sur le marché du travail des personnels de santé entre 2015 et 2024

Catégorie socio-professionnelle	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total général
Personnel médical	**1**	**2**	**64**	**32**	**8**	**23**	**36**	**32**	**67**	**35**	**300**
Dentistes			1	1					1		3
Médecins généralistes	1	2	44	23	8	15	29	26	53	29	230
Médecins spécialistes			17	7		5	5	6	12	5	57
Pharmaciens			2	1		3	2		1	1	10
Personnel paramédical	**276**	**416**	**563**	**516**	**687**	**843**	**907**	**1123**	**1281**	**897**	**7509**
Agents de Santé Communautaire	35	79	103	82	143	134	156	250	241	287	1510
Aides-Soignants	182	248	262	265	380	429	466	504	655	377	3768
Diététiciens et spécialistes de la nutrition	4		2	1		2		2	1		12
Infirmiers	28	51	79	74	94	132	159	213	218	132	1180
Inspecteurs, salubrité de l'environnement et de la santé au travail, et assimilés	2	8	23	18	9	16	12	25	14	3	130
Physiothérapeutes (Kinésithérapie)	1	1	6		3	1	1	1		14	
Praticiens paramédicaux	4		5	5	4	8	7	7	17	9	66
Sages-femmes	14	17	61	44	29	78	78	85	73	52	531
Techniciens d'appareils électro médicaux (Imagerie Médicale)			1			1		1		3	6
Techniciens de laboratoire médical	6	9	21	14	22	24	20	21	39	23	199
Techniciens, assistants-pharmaciens et préparateurs en pharmacie	1	3	5	7	6	16	8	14	22	11	93
Personnel administratif	**50**	**79**	**72**	**92**	**110**	**162**	**159**	**215**	**210**	**152**	**1301**
Autres personnels administratifs	36	60	46	56	79	96	90	119	115	112	809
Cadre de direction des services de Santé	10	12	20	27	20	28	46	63	63	32	321
Spécialistes du travail social	1	3	3	3	6	10	12	16	15	4	73
Spécialistes, sciences techniques non classés ailleurs	3	4	3	6	5	28	11	17	17	4	98
Ensemble	**327**	**497**	**699**	**640**	**805**	**1028**	**1102**	**1370**	**1558**	**1084**	**9110**

Entre 2015 et 2024, 9110 agents de santé ont été recrutés dans le secteur de la santé dans tous les sous-secteurs d'activités. Mais seulement 2011 soit 25,75% de cet effectif sont constitués de médecins, infirmiers et sage-femmes. De plus, les efforts de recrutement du personnel qualifié concernent davantage le personnel infirmier. Ils font 1180 agents soit 58,68% des trois

professions. L'effectif des médecins recrutés sur la période est de 300 soit 14,92% des professions ciblées.

Pour améliorer la disponibilité du personnel qualifié pour l'offre de soins il convient de renforcer la part du personnel qualifié (médecins, infirmiers et sages-femmes) dans les efforts de recrutement.

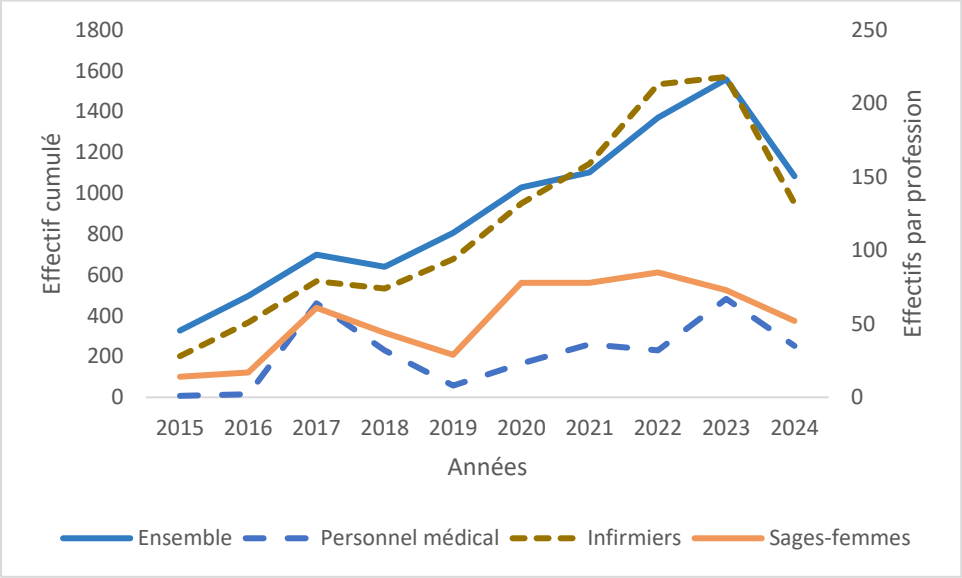


Figure 21 : Évolution de l'entrée sur le marché des personnels de santé entre 2015 et 2024

2.1.Flux sortant des personnels de santé

Un effectif de 3421 soit 26,24% des agents de santé feront valoir leur droit à la retraite en fonction de leur statut au cours des dix prochaines années.

Le tableau ci-dessous présente le détail de cette situation par profession.

Catégorie socio-professionnelle	[50;55[	[55;60[	>=60 ans	Total général	Pourcentage
Personnel administratif	**240**	**162**	**182**	**584**	**17,07**
Autres personnel administratifs	155	113	152	420	12,28
Cadre de direction des services de Santé	57	41	22	120	3,51
Spécialistes du travail social	15	4	4	23	0,67
Spécialistes, sciences techniques non classés ailleurs	13	4	4	21	0,61
Personnel médical	**32**	**32**	**23**	**87**	**2,54**
Médecins généralistes	21	18	8	47	1,37
Médecins spécialistes	9	14	15	38	1,11
Pharmaciens	2			2	0,06
Personnel paramédical	**1074**	**947**	**729**	**2750**	**80,39**
Agents de Santé Communautaire	202	157	118	477	13,94
Aides-Soignants	618	462	406	1486	43,44

Catégorie socio-professionnelle	[50;55[	[55;60[	>=60 ans	Total général	Pourcentage
Diététiciens et spécialistes de la nutrition	5	1	3	9	0,26
Infirmiers	108	140	83	331	9,68
Inspecteurs, salubrité de l'environnement et de la santé au travail, et assimilés	30	36	12	78	2,28
Physiothérapeutes (Kinésithérapie)	1	3	2	6	0,18
Praticiens paramédicaux	12	16	24	52	1,52
Sages-femmes	70	103	56	229	6,69
Techniciens d'appareils électro médicaux (Imagerie Médicale)	1	3	1	5	0,15
Techniciens de laboratoire médical	10	15	15	40	1,17
Techniciens, assistants-pharmaciens et préparateurs en pharmacie	17	11	9	37	1,08
Total général	**1346**	**1141**	**934**	**3421**	**100,00**

Sur la période 742 personnels qualifiés feront valoir leur droit à la retraite. Les infirmiers sont les plus importants au plan numérique. Ils sont en effet estimés à 426 à être concernés soit 57,41% de l'effectif cible. Cette situation suggère de renforcer les effectifs à former pour améliorer l'entrée massive sur le marché de l'emploi de ces personnels pour maintenir d'une part la tendance des effectifs et combler plus rapidement le gap existant.

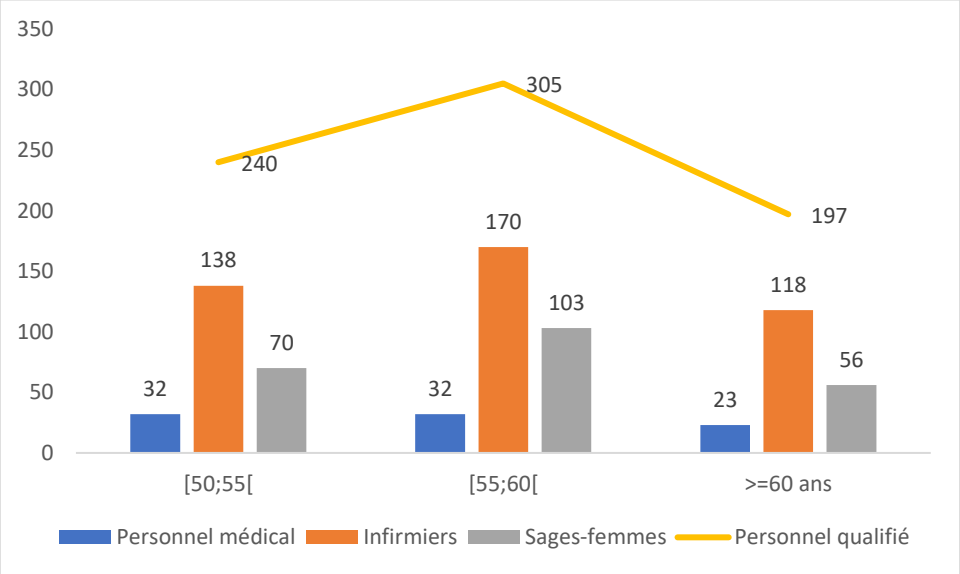


Figure 22 : Départ à la retraite des médecins, infirmiers et sages-femmes sur les 10 prochaines années

2.7.Couverture des emplois disponibles dans les services de santé

2.7.1. Types de contrat des personnels de santé

La répartition des effectifs par statut indique une variation en fonction de la profession. En effet, le personnel agent contractuel représente 64,11% de l'effectif global. Ce groupe est suivi des volontaires qui constituent 25,76% des effectifs. Les fonctionnaires ne font que 10,13% mais ils sont majoritaires dans le rang du personnel médical avec 57,72% de ce groupe.

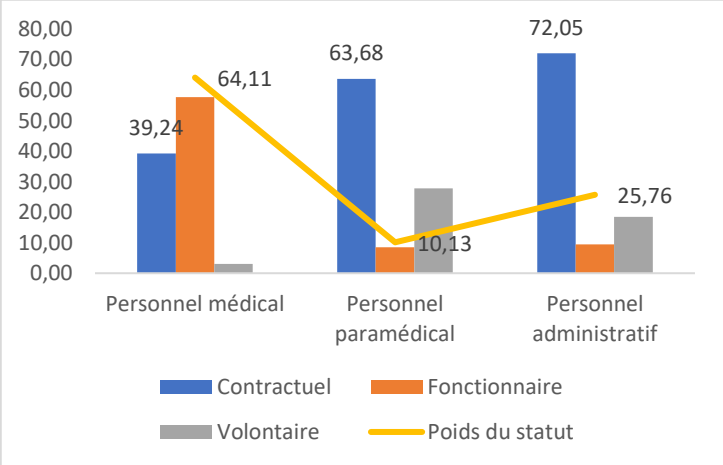


Figure 23 : Répartition des personnels de santé par statut selon la catégorie

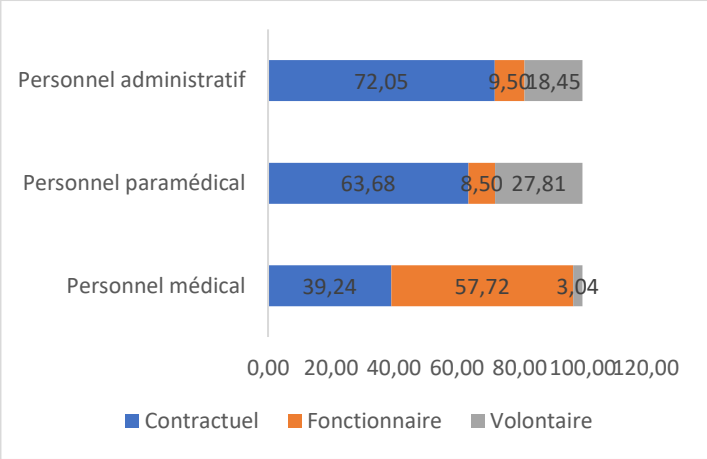


Figure 24 : Poids du statut selon la catégorie socioprofessionnelle

Quand on s'intéresse à la durée du contrat des agents non fonctionnaires, il apparait que 66% sont titulaires d'un contrat dont la durée est inférieure ou égale à 12 mois. Une telle situation est caractéristique de la précarité de l'emploi et de la flexibilité qu'il offre aux agents Une telle flexibilité est favorable au changement d'employeurs et à l'émigration si l'opportunité se présente.

Dans la perspective de stabiliser le personnel, il convient de penser au mieux la politique de destiner à proposer aux agents une meilleure visibilité dans leur carrière afin de les sédentariser ou de les conserver durablement.

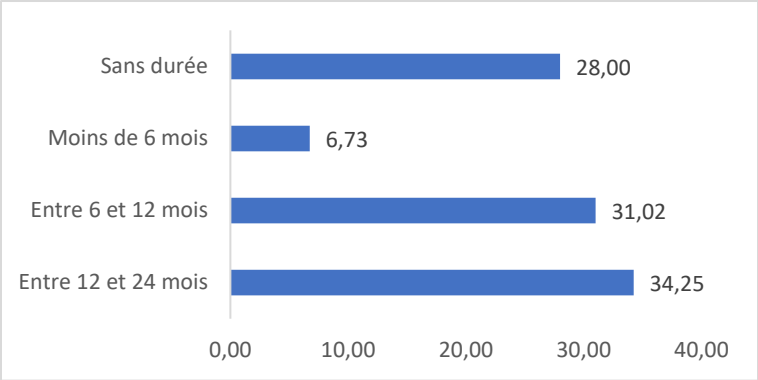


Figure 25 : Répartition des contractuels selon la durée de contrat

L'analyse de la répartition des personnels de santé selon le type de contrat et le type de structure permet de noter que les volontaires travaillent majoritairement dans les formations sanitaires de premier contact (poste de santé et centres de santé). Il est curieux d'observer qu'ils font plus de 28,57% des effectifs des personnels officiant dans les hôpitaux régionaux. La stabilité des structures, la pérennité des investissements ne peut être garantie dans une telle condition où le personnel n'a pas un statut stable. Il convient d'œuvrer à renforcer la durée du contrat de travail des agents pour leur permettre de développer un sentiment d'appartenance et permettre à l'Administration de mettre en place un plan de carrière à leur intention.

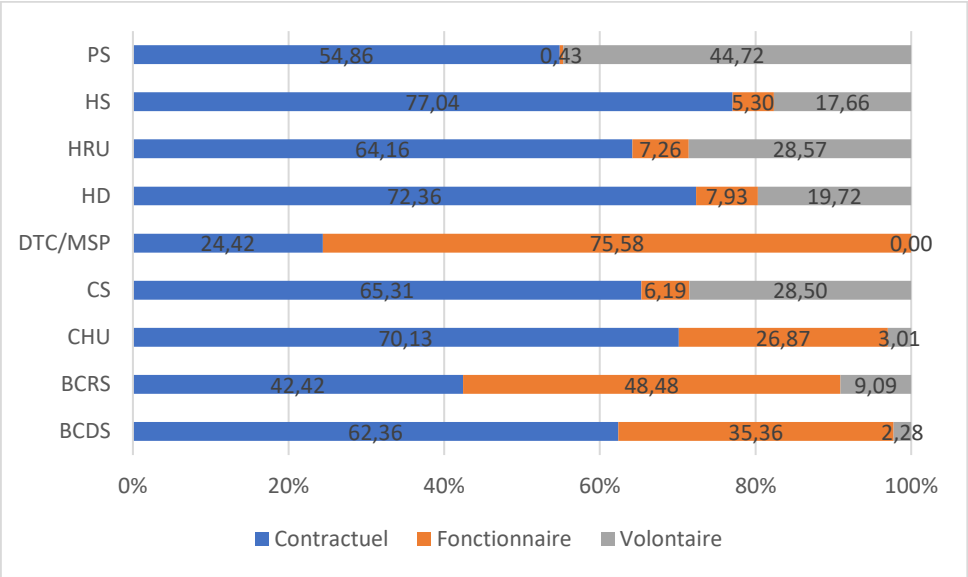


Figure 26 : Répartition par statut par type de structure

2.7.2. Séjour des personnels de santé aux postes d'affectation

Le statut des agents et la durée de leur contrat de travail sont sans doute à l'origine de la durée au poste des personnels de santé. En effet, près de 50% font moins de cinq (05) ans à leur poste

de travail. Dans l'intervalle de 5 à 10 ans, on ne retrouve que 20% des personnels de santé. La politique de fidélisation devrait s'intéresser particulièrement à ce phénomène et développer non seulement les incitatifs mais également un cadre normatif qui oriente sur la durée minimale à passer au poste.

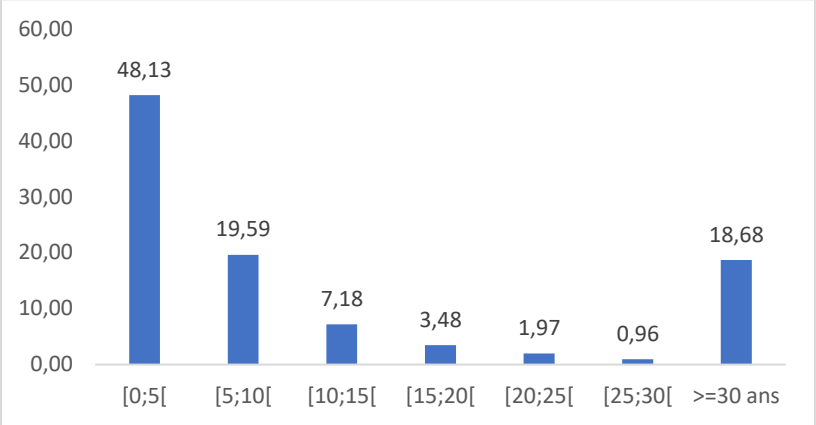


Figure 27 : Ancienneté au poste d'affectation des personnels de santé

2.8.Situation des besoins en personnels de santé

2.8.1. Seuils des personnels de santé par type structure sanitaire

Les effectifs minima des personnels de santé de certaines structures sont définis au niveau des districts sanitaires à travers un document de normes. Il s'agit essentiellement des normes au niveau des postes de santé, des centres de santé, des hôpitaux de district et des bureaux centraux de districts sanitaires.

Le plant de transition du secteur de la santé fournit également des normes d'effectifs des gestionnaires et techniciens pour certaines formations sanitaires. La synthèse se présente commune suit :

- un gestionnaire comptable par hôpital et centre de diagnostic ;
- un noyau central d'Ingénieurs en Génie Civil ;
- un noyau central d'Ingénieurs / Technicien en Informatique (Data Manager,) et gestionnaire des ressources humaines ;
- un technicien en Maintenance par hôpital et centre de diagnostic.

Outre ces éléments, il n'existe pas de norme pour la dotation des hôpitaux secondaires, des hôpitaux régionaux, des hôpitaux centraux, des centres de diagnostic. De plus, en dehors des organigrammes de structures, les cadres organiques qui précisent les postes, profils et seuils des

effectifs pour les structures administratives (Bureau de coordination des régions, services administratifs du niveau central) sont inexistants.

Dans un tel contexte, il convient d'actualiser les normes existantes et d'en élaborer au profit des structures qui en manquent. Ceci constituera la base de planification des effectifs par structure et permettra d'engager les mesures de mobilisation des ressources humaines nécessaires pour le fonctionnement des différentes structures.

Tableau IX : Nomes d'effectifs des personnels de santé au niveau district

Professions	PS	CS	HD	BCDS	Total général
Médecins spécialistes			**1**	**1**	**2**
Médecin Spécialiste - Santé Publique			1	1	2
Infirmiers	**2**	**2**	**17**	**4**	**25**
Assistant de Santé (Infirmier)	2	1	6		9
Infirmier Diplômé d'Etat		1	3	2	6
Technicien Supérieur de Santé			1		1
Technicien Supérieur de Santé - Santé Publique				2	2
Technicien Supérieur de Santé - Instrumentation chirurgicale			2		2
Technicien Supérieur en Santé - Imagerie Médicale			1		1
Technisée Supérieur en Santé - Anesthésie-Réanimation			1		1
Technicien Supérieur en Santé - Nutrition			1		1
Auxiliaire Puéricultrice			2		2
Médecin généraliste			**3**		**3**
Médecin généraliste			3		3
Sages-Femmes	**2**	**1**	**4**		**7**
Assistante Accoucheuse	2		3		5
Sage-Femme Diplômée d'Etat		1	1		2
Agent de Santé Communautaire		**1**			**1**
Agent de Santé Communautaire		1			1
Personnel du Laboratoire		**1**	**3**		**4**
Technicien de Laboratoire		1	2		3
Technicien Supérieur de Laboratoire			1		1
Pharmacien			**1**		**1**
Pharmacien			1		1
Autres	**3**	**6**	**14**	**9**	**32**
Agent de Logistique				1	1
Assistant administratif		1			1
Assistant de Direction				2	2
Chauffeur			1	2	3
Commis d'administration				1	1

Professions	PS	CS	HD	BCDS	Total général
Dispensateur	1	2	2		5
Opérateur radio				1	1
Ouvrier		1			1
Secrétaire			2		2
Technicien de Surface			5	2	7
Veilleur	2	2	3		7
Personnel de la maintenance			**3**		**3**
Ingénieur biomédical			3		3
Personnel de l'hygiène				**1**	**1**
Technicien en Salubrité de l'Environnement				1	1
Cadre de Direction			**5**	**5**	**10**
Agent Technique d'Informatique				2	2
Aide-Comptable			3		3
Assistant Administrateur			1		1
Comptable				1	1
Gestionnaire comptable			1		1
Gestionnaire de District de Santé				1	1
Technicien Supérieur de la Statistique				1	1
Total général	**7**	**11**	**50**	**20**	**88**

Source : Document de Normes relatives aux districts sanitaires[4]

2.8.2. Seuils des personnels de santé définis dans le PTSS 2015-2017

Le Plan de Transition du secteur de la Santé de la Centrafrique a été établi pour suivre la mise en œuvre des interventions dans le secteur entre de 2015 et 2017. Ce document pour permettre le passage des interventions d'urgence aux interventions de développement a fixé des seuils de disponibilité des prestataires de soins Sur cette base, le taux de couverture des emplois à pourvoir a été déterminé ainsi que les gaps à combler selon la taille de la population en 2023.

On peut observer que les seuils des effectifs fixé en 2015 ne sont pas encore couverts pour l'ensemble des professions. La couverture moyenne est en effet de de 54,95 % pour l'ensemble. Mais concrètement, seul l'objectif défini pour les infirmiers est atteint (108,26%). La situation du recrutement et du déploiement des sages-femmes est restée proche de la moyenne (47,44%). La formation, le recrutement et le déploiement des praticiens paramédicaux, n'a pas connu une évolution significative. Il s'agit en réalité des infirmiers de formation à la base qui se sont spécialisés dans les différents corps de métiers qui forment le personnel assistant les médecins spécialistes.

[4] Légende : PS: Poste de santé, CS : Centre de Santé, HD : Hôpital de District, BCDS : Bureau Central de District Sanitaire

L'atteinte des seuils fixés dans le PTSS est un défi à relever à court terme avant de s'engager sur les seuils internationaux.

Dans ce sens il urge de prendre les dispositions pour former 1497 infirmiers et 841 sages-femmes. Compte tenu de l'urgence, il est recommandé de faire l'option de la formation et du déploiement des assistants de santé et des assistants accoucheuses au bout de deux ans en tenant des effectifs cibles.

Tableau X : Taux de couverture des seuils définis dans le PTSS 2015-2017

Catégorie professionnelle	Normes RHS	Effectifs requis	Effectif en 2023	Écart	Couverture
Médecins, Pharmaciens et Dentistes	1/10.000	640	395	245	61,72
Spécialistes Paramédicaux (TS)	2,5/10000	1 600	103	1 497	6,44
Infirmiers (IDE et assimilés)	2,5/10000	1 600	1 732	-132	108,26
Sages-Femmes (SFDE, Assistantes accoucheuses)	2,5/10000	1 600	759	841	47,44
Sous total personnel soignants	**8,5/10000**	**5 440**	**2 989**	**2 451**	**54,95**

2.8.3. Seuils des personnels de santé définis dans les agendas internationaux

Le Rapport sur la santé dans le monde de 2006 a donné une impulsion au discours mondial et au plaidoyer sur les personnels de santé car il a mis en évidence le stock, la répartition et les disparités au sein du personnel de santé à l'échelle mondiale (OMS, 2006). Il a également présenté une mesure importante ; la densité seuil de 23 médecins, infirmiers et sages-femmes pour 10 000 habitants, jugé nécessaire pour que les pays atteignent au moins 80 % d'accouchements assistés par des personnels qualifiés, une cible clé de l'agenda des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) (OMS, 2006). Ce seuil continue d'influencer de manière significative les politiques et la planification des personnels de santé dans de nombreux pays et est devenu une cible dans Feuille de route régionale de l'OMS/AFRO pour le renforcement des personnels de santé (OMS, 2013). Cependant, en tant que seuil qui était basé sur une seule variable de résultat, ses limites ont été soulignées comme étant au centre de l'attention de la politique mondiale de santé s'est déplacée vers les ODD plus ambitieux, avec la CSU comme pivot de l'agenda de la santé.

En 2016, la Stratégie mondiale de l'OMS sur les RHS à l'horizon 2030 a fixé à 44,5 médecins, infirmières et sages-femmes pour 10 000 habitants, le seuil des personnels de santé nécessaires pour atteindre 25% des 12 indicateurs traceurs des ODD.

La cohérence des professions entre les deux seuils définis en 2000 et en 2016 permet d'estimer les besoins de la Centrafrique en personnels médical infirmier et sages-femmes et disposer de référence pour des comparaisons analytiques entre les niveaux infranationaux et international sans pour autant les retenir comme des objectifs de planification.

Sur cette base, l'analyse de la couverture des besoins en personnels de santé de la RCA indique une perspective de satisfaction à court de ses propres objectifs définis en 2015.

Tableau XI : Couverture des besoins en personnel de santé selon les seuils courants

Seuils des personnels de santé	Effectifs		Ecarts	Taux de couverture (%)
	Requis	Actuels		
Normes RCA (8,5 RHS pour 10000)	5 440	2 989	2 451	**55**
Normes ODD (23 RHS pour 10000)	14 719	2 989	11 730	**20**
Normes ODD (44,5 RHS pour 10000)	28 478	2 989	25 489	**10**

III. Défis et recommandations

3.1. Analyse stratégique des résultats

L'analyse des données du recensement des personnels du secteur de la santé de la Centre-Afrique a révélé plusieurs forces et des faiblesses. Les interventions qui pourraient naître de cette activité s'inscrivent dans un contexte caractérisé par un certain nombre de menaces mais également de multiples opportunités favorables au développement des Ressources Humaines en Santé dans le pays.

- **Forces**
  - Le secteur public est le plus gros employeur des personnels de santé avec 90,07% des effectifs recensés ;
  - Le rythme de recrutement des personnels de santé entre 2015 et 2024 est resté croissant et soutenu ;
  - La majorité du personnel médical est fonctionnaire de l'Etat (57,72%). Ceci traduit l'engagement du pays à recruter les médecins dans un statut stable avec une capacité de les déployer au plan national pour assurer l'offre de soins :
  - 57,56% du personnel est du genre masculin. Ceci constitue une force compte tenu du contexte sécuritaire du pays.

- 59,89% des personnels de santé ont moins de 45 ans. La jeunesse du personnel constitue une force à exploiter dans le cadre de la mise en place d'un plan de carrière du personnel et d'un programme spécial de mise en formation des personnels de santé en poste ;
- 61,89% des personnels sont au service des soins de santé primaires. Ceci est en cohérence avec les options du gouvernement.
- En matière de formation initiale des personnels de santé, 78,03% du personnel médical et 98,77% des paramédicaux sont produits au niveau local. Ceci traduit une faible dépendance du pays par rapport à l'extérieur en ce qui concerne les médecins généralistes, les sages-femmes et les infirmiers.

Certaines faiblesses sont notées à l'occasion du recensement général des personnels de santé. Elles méritent un point d'attention et d'être corrigées.

- **Faiblesses**
  - Le faible recrutement du personnel qualifié pour l'offre de soins au cours des 10 dernière années : 25,75% des effectif sont des médecins, infirmiers et sage-femmes. Dans le même temps 26,24% du personnel fera valoir ses droits à la retraite dans les 10 prochaines années. A ce rythme, il y a un risque de régression des effectifs si rien n'est fait en matière de recrutement dans un contexte où la population continue de croître ;
  - Le pays dispose de moins de 2,87 infirmiers pour 10.000 habitants et de 1,19 sage-femme pour 10.000 habitants. Le ratio de densité des médecins est inférieur à 1. Il est de 0.62 médecins pour 10.000 habitants. Il convient d'œuvrer à la renforcer la production des personnels de santé afin de les rendre disponibles sur le territoire national ;
  - En général, 54,14% du personnel infirmier sont constitués de femmes. Sur les 7 régions sanitaires de plus 60,95% des personnels de santé travaillant dans la région7 sont du genre féminin contrairement aux régions. Cette tendance peut influer sur la politique de déploiement des agents ;
  - 89,87% des personnels du secteur sont soit contractuels soit volontaire dans un contexte où 44,77% des personnels sont âges de moins de 35 ans. Cette situation d'emploi précaire ne garantit pas la stabilité de l'emploi et la mise en place d'une véritable politique de fidélisation. Elle est d'ailleurs favorable à la migration.
  - La région 7 est la plus dense en matière de personnel de santé. Le ratio de densité dans cette région est de 16,72 soit 4 fois supérieure à la moyenne nationale. De plus,

la région 7 concentre 61,52% du personnel médical. La mise en place cadre réglementaire de la mobilité et d'incitation des agents à servir en dehors de ces régions seront utiles pour inverser cette tendance.

- Les seuils d'effectifs définis en 2014 à travers le PTSS sont couverts à 55%. Il s'agissait de doter à l'époque le pays de 8,5 personnels qualifiés pour 10.000 habitants. Cet objectif est loin des seuils définis à travers les agendas internationaux.
- Au plan de la gouvernance, on note l'absence de normes d'effectifs des structures sanitaires pour permettre une planification effective des personnels nécessaires au fonctionnement des services de santé. De ce fait il y a une absence de plan d'effectifs destiné à la mobilisation continue des RHS nécessaires pour l'amélioration de l'offre de soins. Par ailleurs, les définitions de poste sont inexistantes, ceci favorise très peu la rationalisation de l'utilisation du personnel existant. Enfin, le plan de développement des ressources humaines en santé recommandé lors de l'élaboration du PTSS 2015-2017 n'est toujours pas disponible.
- En matière de suivi-évaluation, aucun indicateur RHS n'est intégré dans le catalogue des indicateurs de santé de la République Centrafricaine. Le cadre de concertation entre les acteurs de développement des RHS est inexistant. La présentation annuelle de l'état des RHS est peu fréquente.

Les faiblesses identifiées sont une occasion pour exploiter au mieux les opportunités existantes en matière de développement des ressources humaines en santé tant au plan national qu'au niveau mondial.

- **Opportunité**
  - Le fort leadership gouvernemental sur les ressources humaines pour la santé pour la couverture sanitaire universelle est la principale opportunité pour le développement des ressources humaines en santé dans le pays.
  - Le forum de Windoek sur l'investissement dans les ressources humaines en santé est fenêtre d'opportunité à saisir pour la mobilisation des partenaires autour des différentes priorités de développement des RHS du pays (production, déploiement, la fidélisation, la planification et la gouvernance) ;
  - Le secteur privé est encore peu développé (5.15% des effectifs). Ceci constitue une opportunité à saisir pour la mise en place d'une réglementation en faveur de son encadre et le développement d'un partenariat public privé pour une véritable amélioration de l'accès des populations à l'offre de soins.

Il existe cependant quelques menaces à prendre en compte dans le processus de développement des ressources à l'issue du recensement des personnels de santé.

- **Menace**

Les trois principales menaces au développement des ressources humaines en santé dans le pays sont :

- La situation sécuritaire fragile et imprévisible ;
- La stabilité socio-politique du pays ;
- La dépendance vis-à-vis de l'aide extérieur notamment pour les dépenses de fonctionnement et les investissements à effectuer en faveur de développement des ressources humaines en santé.

3.2.Défis actuels liés aux personnels de santé

Des résultats qui précèdent, il se dégage quatre (04) défis liés au développement des ressources humaines à savoir :

- **le renforcement du leadership et de la gouvernance** en matière de ressources humaines en santé ;
- **l'optimisation de la production et du déploiement** des professionnels de santé ;
- le **renforcement du dispositif de fidélisation** et de mesure du rendement du personnel disponible ;
- **l'amélioration de la production d'informations** sur les personnels de santé pour faciliter la prise de décision fondées sur une base factuelle.

3.3.Recommandations

Pour relever efficacement les défis actuels et à améliorer l'accès aux soins des populations, il est suggéré de mettre en œuvre une série de recommandations dont les plus importants à court terme sont synthétisés dans le tableau ci-dessous.

N°	Recommandations	Responsable	Structures impliquées
1.	Créer de nouvelles écoles et facultés des sciences de la santé pour intensifier la formation et l'installation des personnels de santé dans les milieux sous desservis	MESRSIT (FACSS)	MSP – MFB - PTF
2.	Engager dès la rentrée 2024 - 2025, la formation des assistants de santé et assistantes accoucheuses afin de rendre disponible	MESRSIT (FACSS)	MSP – MFB - PTF

N°	Recommandations	Responsable	Structures impliquées
	au bout de deux (02) ans 1.500 assistants de santé et 900 assistantes accoucheuses		
3.	Recruter et déployer dans l'ensemble des postes de santé et les centres de santé, les assistants de santé et les assistants accoucheuses afin d'assurer dans ces formations sanitaire une présence effective du personnel qualifié	MFPRA	MSP – PTF
4.	Définir les normes d'effectifs des personnels de santé selon le type de structure, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	MSP	PTF
5.	Etablir le plan d'effectifs des personnels de santé à soumettre au Ministre en charge de la Fonction et aux partenaires du secteur	MSP	MFPRA - PTF
6.	Définir les normes d'affectation et les critères de fidélisation des personnels de santé	MSP	PTF
7.	Améliorer les conditions de travail favorables à la fidélisation des personnels de santé (contrat de deux ans au moins pour les contractuels)	MSP	MFPRA - MFB - PTF
8.	Mettre en place un véritable système d'information dynamique interopérable avec le DHIS 2, sur les ressources humaines en santé.	MSP	PTF
9.	Inscrire au catalogue des indicateurs du secteur les indicateurs clés des personnels de santé	MSP	
10.	Editer annuellement les comptes nationaux des personnels de santé (CNPS)	MSP	PTF
11.	Mettre en place l'observatoire fonctionnel des RHS pour servir de cadre de gouvernance des CNPS.	MSP	PTF
12.	Elaborer le plan d'investissement sur les ressources humaines en santé	MSP	Parties prenantes

Conclusion

Le recensement des personnels de santé de la République Centrafricaine en 2024 montre que le pays à l'instar de la plupart des Etats africains au Sud du Sahara est confronté à une crise des Ressources Humaines en Santé avec de nombreux défis à relever. Ceux-ci se rapportent :

- d'abord à l'insuffisance des effectifs tant du point de vue quantitatif que qualitatif pour faire face aux problèmes de santé des populations traduits par les indicateurs du faciès épidémiologique du pays ;
- ensuite l'inadéquation de la production des professionnels de santé avec les besoins des services de santé conformément aux exigences de la couverture sanitaire universelle ;
- par ailleurs, l'insuffisance du leadership et de la gouvernance en matière de ressources humaines en santé pour réguler la mobilité des personnels de santé, réussir l'attrait et leur fidélisation :
- enfin la faible production de l'information sur les ressources humaines peu favorable à la prise de décisions fondée sur des bases factuelles.

L'analyse du marché de travail des personnels de santé en vue de l'élaboration d'un Plan d'investissement sur les Ressources Humaines du Secteur de la Santé est une véritable opportunité pour prendre en compte ces différentes préoccupations.

Au delà d'une telle perspective, il restera à pouvoir mettre en œuvre les interventions planifiées avec les efforts conjugués de toutes les parties prenantes du système de santé.

En définitive, les informations recueillies et présentées dans ce document participent au renforcement du système d'information des ressources humaines dans le secteur santé de la RCA. Ces informations contribueront à l'optimisation de la gestion des ressources humaines du secteur. Il est nécessaire de créer le dispositif de leur actualisation permanente afin de garantir leur disponibilité et leur qualité.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION
****
DIRECTION DE CABINET
****
DIRECTION DES RESSOURCES
****
N°76/2024/MSP/DIR/CAB/DR

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
Unité - Dignité - Travail
****

NOTE DE SERVICE

Les personnes ci-dessous nommées sont désignées pour coordonner les activités de mise à jour du fichier en ressources humaines de santé du ministère de la santé et de la population.

Il s'agit de :

- Ministère de la Santé et de la Population
  1. Dr HEREDEIBONA Luc Salva
  2. KAMBE YOTIGANA Jérémie Vivien
  3. GUINA KONGBANDJI Barthelemy
  4. RONDO DAKABO Grégoire Lemercier

- Ministère de la Fonction Publique et de la Réforme Administrative
  5. KONDIMBA Jean Euloge

- SENI Plus
  6. KOBENGUE Héritier
  7. Dr BONEZOUI Dorsatien

- Partenaires techniques et financiers
  8. OMS
  9. Banque Mondiale

Fait à Bangui, le 05 AVR 2024

Le Ministre Chargé de la Santé et de la Population

MINISTERE CHARGE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION
LE MINISTRE

Dr Pierre SOMSE

AMPLIATIONS :
- DIRCAB.....2
- SENI.....1
- BM/OMS.....2
- INT.....1
- ARCHIVES/CHRONO.....2