

# REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Sous la coordination du département de Santé Publique  
de l'institut de Médecine Tropicale



## ***ANALYSE DES STRATEGIES DE RENFORCEMENT DES RESSOURCES HUMAINES DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION***

**Bangui ; Mars 2002**

# 1. Informations de base sur le système de santé centrafricain

## 1.1. CARACTERISTIQUES DE LA REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

### 1.1.1. Aperçu géographique

Située au cœur de l'Afrique, la République Centrafricaine (RCA) couvre une superficie de 623.000 km<sup>2</sup>. C'est un pays totalement enclavé qui est limité au Nord par le Tchad sur 1100 km, au Sud par le Congo (Brazzaville) sur 400 km et la République démocratique du Congo (RDC) sur 1200 km, à l'Est par le Soudan sur 1100 km et à l'Ouest par le Cameroun sur 700 km. (*voir carte en annexe*)

La RCA est formée dans sa partie centrale de plateaux ondulés de faible altitude variant entre 600 et 900 mètres. Trois zones climatiques s'y côtoient :

- au Nord-Est, un climat sahélo-soudanais ;
- au Sud-Est et au centre, un climat intertropical humide ;
- au Sud-Ouest, un climat subéquatorial.

### 1.1.2 Données socio-sanitaires

Avec un taux d'accroissement démographique estimé à 2,5%, la population centrafricaine est d'environ 3.610.141 habitants en 2001, selon les projections du Recensement Général de la Population (RGP) de 1988 ; soit une densité moyenne de 6 habitants au km<sup>2</sup>.

La population urbaine représente 39 % contre 61 % en milieu rural. La capitale Bangui regroupe 17% de la population.

Les autres indicateurs qui caractérisent la population centrafricaine sont :

|  |  |
|--|--|
| * Enfants de moins de 5 ans                                | : 613.724 (17 %)                             |
| * Population de moins de 15 ans                            | : 1.552.361 (43 %)                           |
| * Espérance de vie à la naissance                          | : 49 ans (hommes = 47 ans, Femmes = 51 ans)  |
| * Taux brut de natalité                                    | : 41,6 pour 1000                             |
| * Taux brut de mortalité                                   | : 16,7 pour 1000                             |
| * Taux de mortalité infantile                              | : 97 pour 1000                               |
| * Taux de mortalité infanto-juvénile                       | : 194 pour 1000 (157 pour 1000 en 1994-1995) |
| * Taux de mortalité maternelle                             | : 948 pour 100.000 naissances vivantes       |
| * Taux de retard de croissance<br>des enfants De 0-36 mois | : 46 %                                       |
| * Prévalence du VIH/SIDA                                   | : 14 %                                       |
| * Taux net de scolarisation                                | : 43 % (63% en 1996)                         |
| * Taux moyenne d'alphabétisation                           | : 47 % (hommes = 61% ; femmes = 33 %)        |
| * Accessibilité aux formations<br>sanitaires (5 km)        | : 65 %                                       |
| * Accès à l'eau potable                                    | : 55 %                                       |
| * Consommation du sel iodé                                 | : 86 % (65% en 1996)                         |

\* Taux d'allaitement maternel exclusif à l'âge de 6 mois : 15%

Sources : Enquête Démographique et de Santé (EDS) 1994/95 ; Enquête à indicateurs multiples (MICS 2000)

### 1.1.3. Organisation sanitaire administrative

Depuis les temps de la colonisation, le système de santé centrafricain comprenait cinq secteurs des grandes endémies qui fonctionnaient parallèlement aux unités curatives qui dépendaient directement du niveau central. C'est en 1985 que, dans le but d'intégrer les activités et de faire la décentralisation de la gestion des services et des ressources, les Secteurs de grandes endémies ont été remplacées par Arrêté ministériel les Régions sanitaires fonctionnant avec quatre services régionaux intervenant directement au niveau des formations sanitaires :

- le service régional de lutte contre les grandes endémies ;
- le service de médecine curative ;
- le service régional d'assainissement ;
- le service de gestion.

Fort des engagements et adhésions du pays aux différentes déclarations et résolutions internationales sur la santé, le Gouvernement a organisé un Atelier national de réflexion sur la problématique de la santé en République Centrafricaine. Les conclusions de ce séminaire a permis de se rendre compte du retard considérable accusé dans la mise en œuvre des soins de santé primaires (SSP); d'où la recommandation fondamentale d'accélérer le processus. C'est ainsi qu'en plus d'un programme-cadre ayant jeté les bases d'une planification décentralisée selon un processus devant évoluer du bas vers le haut, le Ministère de la Santé Publique a été réorganisé par Décret présidentiel en 1994 selon l'organigramme en annexe pour fonctionner en trois niveaux qui sont :

- le niveau central ou national ;
- le niveau intermédiaire ou régional ;
- le niveau périphérique ou préfectoral.

\* Le niveau central est représenté par :

- le Cabinet du Ministre de la Santé Publique et de la Population,
- le Secrétariat Général
- deux (02) Directions Générales :
  - la Direction Générale de la Santé Publique et de la Population,
  - la Direction Générale des Services d'Appui
- Sept (07) Directions Techniques
- Vingt Un (21) Services Centraux

\* Le niveau intermédiaire est constitué de cinq (05) Régions Sanitaires. Une Région Sanitaire comprend deux (02) à quatre (04) Préfectures sanitaires dont les limites sont celles des circonscriptions administratives. Elle est dirigée par un Chef de Région sanitaire ayant rang et prérogatives de Directeur et faisant fonction de Service régional de l'Inspection, assisté d'une équipe composée de trois autres Chefs de services régionaux qui sont :

- le chef de Service de Planification et Programmation ;
- le chef de Service de Coordination des Soins de Santé Primaires ;
- le chef de Service de l'Administration et de la Gestion.

Les Régions sanitaires sont rattachées au Secrétariat général.

De tous les départements Ministériels, le Ministère de la Santé Publique et de la Population a été le premier à fonctionner de façon "décentralisée" en perspective de la politique de Décentralisation / Régionalisation amorcée en RCA.

\* Le niveau périphérique ou Préfectoral est le niveau opérationnel du système de santé de la RCA. Il est dirigé par un Médecin-chef qui est assisté d'une équipe constituée de trois chefs de sections préfectorales représentant les différents services régions .

- la Section de Planification / Programmation ;
- la Section de Soins / Supervision ;
- la Section de Gestion / Administration.

Du point de vue technique, il y a quatre sous-niveaux :

- le niveau préfectoral
- le niveau sous-préfectoral
- le niveau communal
- le niveau villageois

L'organigramme du Ministère vient d'être révisé mais n'est pas encore appliqué.

#### 1.1.4. Organisation du réseau sanitaire

Les différents types de formations sanitaires correspondent à un niveau de subdivision administrative :

\* Au niveau central , on trouve 7 établissements de soins et de diagnostics spécialisés situés tous à Bangui, la capitale ;

\* Au niveau régional, on trouve 4 hôpitaux régionaux qui viennent d'être érigés par Décret présidentiel en Hôpitaux régionaux et Universitaires en raison de leur fonction d'accueil et de lieu de stages des étudiants de la Faculté des sciences de la Santé. Ces hôpitaux sont situés à la base de chaque région sanitaire. Seule la Région Sanitaire n°1 n'a pas d'hôpital régional car la Direction de cette Région est implantée dans la ville de Bangui.

\*Au niveau périphérique, on trouve :

- à la base de la Préfecture Sanitaire, l'Hôpital Préfectoral ou de District ;
- aux chefs-lieux des Sous-Préfectures : les Centres de Santé de catégories A ou B
- au niveau des , les Centres de Santé de catégorie C
- dans les villages, les structures communautaires (Postes de santé, Pharmacies villageoises,)

Les centres de santé urbains qu'on trouve à côté des importantes formations des grandes agglomérations sont classés en catégorie D s'ils ont une maternité, ou catégorie E 'sil n'y en a pas.

A côté du réseau de ces formations sanitaires publiques, il existe un réseau de formations sanitaires privées qui sont sous contrôle technique de l'équipe de la Préfecture sanitaire.

Par ailleurs, la réforme du système de santé, entreprise par le gouvernement de la République Centrafricaine depuis 1988 est basée sur la stratégie des soins de santé primaires à laquelle la République Centrafricaine a souscrit en 1978 à Alma Ata. Cette stratégie a été renforcée par l'initiative de Bamako. C'est ainsi qu'en Juin 1988 le gouvernement a organisé un

Suite aux recommandations du séminaire national de réflexion sur la problématique de la santé en RCA visant le renforcement de l'Initiative Bamako, les structures et organes des soins de santé primaires ont été créés par Arrêté n°0392/MSPP/CAB du 24 Septembre 1988. Ainsi, on trouve :

- \* Au niveau central, le Comité National de Coordination des Soins de Santé Primaires
- \* Au niveau intermédiaire ou régional, le Comité régional des soins de santé primaires
- \* Au niveau périphérique, il y a :
  - le Comité Préfectoral des Soins de Santé primaires ;
  - le Comité Sous-Préfectoral des Soins de Santé primaires ;
  - le Comité Communal des Soins de Santé primaires ;
  - le Comité villageois des Soins de Santé primaires

Au niveau des formations sanitaires, il existe des Comités de Gestion (COGES) pour les Centres de santé toutes catégories confondues et les postes de santé ; les Conseils de gestion pour les établissements centraux, les hôpitaux régionaux et préfectoraux

La composition , les attributions des membres et les modalités de fonctionnement de ces différents organes sont décrits dans les textes qui les ont créés.

## 1.2. LES ASPECTS JURIDIQUE ET INSTITUTIONNEL DE LA REFORME DU SYSTEME DE SANTE EN RCA

### 1.2.1. De l'aspect juridique

La constitution du 14 Janvier de la 5ème République accorde une attention particulière à la santé. Elle vient ainsi renforcer la loi n°89/003 du 23 Mars 1989, fixant les principes généraux relatifs à la santé publique. Cette loi met l'accent sur :

- Le droit de tout citoyen à la santé ;
- La liberté de choix de praticien ;
- La participation communautaire

Dans le cadre de l'application de cette loi , de nombreux textes officiels ont été pris pour permettre et réglementer la mise en œuvre de la politique sanitaire notamment dans les domaines ci-après :

- Mobilisation multisectorielle et coordination des intervenants à tous les niveaux ;
- Décentralisation ;
- Autonomie partielle de gestion accordée aux formations sanitaires publiques ;
- Adoption d'une politique de recouvrement de coûts de médicaments et des services ;

- Accent sur l'opérationnalité des préfectures / districts sanitaires ;
- Définition des normes en personnel, en équipement et en infrastructure ;
- Lutte intégrée contre les maladies ;
- Cogestion des ressources des formations sanitaires (personnels de santé et communautés) ;

## 1.2.2 De l'aspect institutionnel

La mise en œuvre des soins de santé primaires a fait l'objet depuis 1994 d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) composé de 18 programmes prioritaires (*voir liste en annexe*).

Les objectifs de ce Plan consistaient à :

- \* Mettre en place un système de santé viable , capable de soutenir le développement socio-économique du pays ;
- \* Assurer un accès équitable aux soins de qualité à chaque centrafricain ;
- \* Satisfaire les besoins prioritaires de la population et particulièrement des groupes-cibles (Mère, Enfant et Populations défavorisées)
- \* Permettre aux individus, aux familles et aux communautés de faire face eux-mêmes à leurs besoins fondamentaux de santé

Les stratégies de mise en œuvre de ce Plan étaient les suivantes :

- \* Le maintien et la consolidation des acquis ;
- \* La promotion des actions de moindre coût ;
- \* Le renforcement de l'approche intégrée des actions de santé ;
- \* La promotion de la participation communautaire.

Plusieurs mécanismes ont été développés pour assurer le suivi et l'évaluation du PNDS et de ses programmes. Il s'agit de :

- Réunions des différents organes de mise en œuvre des soins de santé primaires ;
- Renforcement du Système national d'information sanitaire. Il vise le recueil continu des données sanitaires nécessaires à la gestion des services de santé à tous les niveaux du système . Ce mécanisme est assuré par l'ensemble des formations sanitaires La surveillance épidémiologique fait partie de ce système et de ce fait bénéficie de moyens de communication rapides (18 postes de radio émettrices / réceptrices installées dans toutes les Préfectures et quelques Sous-Préfectures ;
- Système de surveillance à base communautaire en train d'être développé dans le cadre de la lutte contre le Ver de Guinée et de la surveillance nutritionnelle chez les enfants de 0-5 ans ;
- la supervision dite intégrée qui permet d'éviter de façon de minimiser les coûts de l'activité et la duplication des activités, la dispersion et le gaspillage des ressources ;
- monitoring dont les premières dans le pays en 1994 ont débuté après l'introduction de l'initiative de Bamako ;
- l'appui technique rapproché, stratégie de suivi qui permet d'apporter un appui conséquent aux formations sanitaires qui ont enregistré de faibles performances pendant les monitorages et les supervisions ;

- contrôle périodique de la gestion des ressources des formations sanitaires ;
- l'évaluation des programmes spécifiques ;
- l'évaluation du système de recouvrement de coûts au niveau des hôpitaux et évaluation à mi-parcours du PNDS.

Ces différents mécanismes de suivi et d'évaluation sont complétés par des enquêtes et des recherches.

Le Plan National de Développement sanitaire 1994-1998 étant arrivé à terme, de nombreuses études et évaluations ont été faites dans le secteur de la santé afin de déterminer d'une part les forces et les faiblesses des politiques qui ont été menées jusqu'alors et d'autre part les axes d'orientations pour une future politique de santé (évaluation spéciale, étude de l'Union Européenne et l'évaluation du PNDS en 1999 avec l'appui du PNUD et de l'OMS).

Les points forts et les points faibles relevés par ces différentes évaluations et études peuvent être résumés comme suit :

### ***POINTS FORTS***

- \* Cadre politique, juridique et institutionnel solide ;
- \* Adoption d'une politique de santé basée sur la stratégie des soins de santé primaires ;
- \* Volonté politique manifeste des autorités centrafricaines de faire de la santé de la population l'un des moteurs de lutte contre la pauvreté ;
- \* Implication de tous les acteurs dans la formulation des politiques de santé ;
- \* Décentralisation des pouvoirs et des ressources ;
- \* Adoption d'une politique de médicaments basée sur la promotion de l'utilisation des médicaments essentiels génériques ;
- \* Mise en place du recouvrement de coût des soins de santé avec cogestion des ressources ;
- \* Amorce d'une démarche d'assurance de qualité des services par la supervision, le monitoring, l'utilisation des ordigrammes (algorithmes), normes en personnels , en équipements et en infrastructures.

### ***POINTS FAIBLES***

- \* Insuffisance de la définition de la politique nationale de santé ;
- \* Insuffisance des données statistiques ;
- \* Insuffisance de formulation des objectifs, des stratégies et des activités ;
- \* Faible qualité des prestations de santé ;
- \* Verticalité dans la mise en œuvre de la plupart des programmes qui composent le PNDS ;
- \* Forte centralisation de la gestion des ressources de l'Etat allouées à la santé ;
- \* Absence d'un Plan de Développement de l'infrastructure sanitaire ;
- \* Réglementation du secteur pharmaceutique encore insuffisante ;\* Insuffisance accrue de structures décentralisées d'approvisionnement en médicaments essentiels,
- \* Application insuffisante du système national d'information sanitaire.

## 2. Les problèmes de ressources humaines

### 2.1. LA COMPETENCE

Malgré l'absence de données, il apparaît indéniable que la RCA a depuis l'indépendance (1960) jusqu'à nos jours consenti d'énormes efforts pour la formation de ses cadres d'une manière générale et dans le domaine de la santé en particulier.

En effet, au lendemain des indépendances, la carence des cadres dans les ex colonies et la faiblesse des infrastructures de formation a conduit de nombreux Etats dont la RCA, à envisager la formation des cadres à l'extérieur du pays. Le coût de la formation étant excessif devait conduire à une sélection drastique à telle enseigne que le nombre des cadres formés chaque année ne pouvait satisfaire aux énormes besoins exprimés.

En République Centrafricaine, il faudra attendre 1967 pour connaître un début de solution avec l'ouverture de l'Institut National d'Enseignement Médico-Sociale (INEMS) destiné à la formation des catégories de personnel suivantes :

A Bangui

- infirmiers diplômés d'Etat
- sages-femmes diplômées d'Etat
- assistants d'Assainissement diplômés d'Etat
- Assistants sociaux

En province

- Aides accoucheuses à l'Annexe de Bouar
- Aides de santé à l'annexe de Bambari
- Aides d'hygiène à Bimbo

En 1977 , l'INEMS est devenu la Faculté des Sciences et de la Santé (FACSS) permettant ainsi de former des Médecins et d'autres catégories nécessaires au bon fonctionnement des services de santé du pays.

Mais malgré ces progrès indéniables dans le domaine de la formation du personnel sanitaire, force est de constater qu'il y a encore des insuffisances tant qualitatives que quantitatives, qui constituent des contraintes sérieuses à une bonne exécution de la Politique sanitaire.

L'on constate sur le terrain une inadéquation entre la formation des agents et les exigences concrètes de leur travail dans les différentes catégories professionnelles de la santé. Le manque de recyclage systématique et de supervision réelle contribue à baisser la performance des agents.

Une analyse plus poussée permet de se rendre compte que cette situation est la conséquence d'une insuffisance de liaison entre le centre de formation , la FACSS, et l'utilisateur des ressources qui est le Ministère de la Santé et de la Population (MSPP) , dans le processus de développement des personnels de santé. A cette faiblesse de coopération entre les deux Institutions, il faut ajouter une insuffisance de politique de gestion et de planification des ressources humaines. Aussi, les difficultés économiques ont entraîné des perturbations dans la planification, la production et la gestion des personnels.

En ce qui concerne l'effectif du personnel qualifié, on note une carence notoire malgré les efforts déployés par le gouvernement par l'intégration en cinq ans de trois vagues d'agents formés .

Or l'on sait que les besoins réels pour un fonctionnement minimum satisfaisant des services de santé en RCA sont évalués à environ 4200 agents de santé qualifiés. Les efforts d'intégration dans la Fonction Publique évoqués ci-dessus placent l'effectif global de personnel en infériorité des besoins exprimés comme le montre le tableau ci-après.

| Catégories de personnels | Normes OMS | Ratio RCA | Ratio Bangui | Ratio reste du pays |
|--------------------------|------------|-----------|--------------|---------------------|
| <i>Médecins</i>          | 1/20000    | 1/21342   | 1/7182       | 1/93066             |
| <i>TSS</i>               | 1/15000    | 1/20818   | 1/10324      | 1/31002             |
| <i>SFDE/AADE</i>         | 1/10000    | 1/16159   | 1/2152       | 1/35051             |
| <i>IDE</i>               | 1/10000    | 1/12298   | 1/2152       | 1/6010              |
| <i>Ass. Acc.</i>         |            | 1/13152   | 1/5900       | 1/32130             |

**Tableau 1 :** Ratio personnel de santé / population dans le secteur public ( Source : Direction des Etudes et de la Planification)

Pour quelques spécialités, on peut noter ceci :

- 1 Médecin cardiologue pour toute la population ;
- 1 Médecin urologue toute la population ;
- 1 Médecin anesthésiste réanimateur pour toute la population;
- 1 Médecin radiologiste / échographiste toute la population;
- 1 Médecin gastro-hépto-entérologue toute la population;

Cette situation a eu pour conséquence l'utilisation massive des agents de santé communautaires (matrones, secouristes...) faisant respectivement fonction de Sages-femmes et d'infirmiers dans les formations sanitaires de niveau secondaire (hôpitaux, centres de santé). On assiste alors à une contre performance des services de santé.

Par ailleurs, il est remarqué au niveau de la FACSS que le niveau intellectuel des étudiants reçus ces dernières ne cesse de baisser chaque année, compte tenu des troubles socio-politico-militaires qui ont été à l'origine de deux années blanches et d'interruptions fréquentes des cours pour les années académiques sont arrivées à terme. Ceci fait déjà penser que les générations futures de personnels de santé risquent de ne pas être compétitives sur le plan international.

## 2.2. LA MOTIVATION

De manière générale, l'ensemble du personnel médical, paramédical et autres corps d'emploi qui exercent au sein du secteur de la santé sont démotivés. Les raisons sont nombreuses, parmi lesquelles on peut citer :

- L'irrégularité dans le versement des salaires ;
- L'insuffisance des promotions, félicitations, décorations, soutien moral et social en cas de malheur ;
- Le manque de politique de valorisation et d'incitation à la profession médicale ;
- La mauvaise condition de travail
- La sous-utilisation des compétences nationales;
- La mauvaise utilisation des cadres (cumul de postes, intérim prolongé aux postes ; 20 en ce moment...)
- Le blocage des effets financiers des avancements en grade depuis 1985 ;
- La forte mobilité des agents.
- Sur le plan juridique, le Statut général de la Fonction Publique Centrafricaine a pratiquement occulté l'aspect particulier du statut du personnel des santé notamment, l'absence de définition de plan de carrière cohérent.
- Le décalage entre l'indice salarial et le niveau de compétence nouvellement acquis (Reclassement)

### 2.3. LA DISPONIBILITE

A côté du problème des effectifs globaux du personnel de santé dont mention a été faite ci-haut, il y a la mauvaise répartition de ces ressources entre les différents niveaux de la pyramide de santé. C'est d'ailleurs ce qui perpétue le déséquilibre entre les zones rurales et les zones urbaines d'une part, et aggrave l'inefficacité du système sanitaire d'autre part. La grande majorité du personnel qualifié est en poste dans les infrastructures hospitalières des grandes agglomérations. Le phénomène de désaffection pour les infrastructures de base est parfois observé dans les centres de santé urbains et notamment ceux installés dans les zones péri-urbaines.

Ainsi, par exemple dans la Région Sanitaire n°1 proche de la Capitale, la plupart des Centres de Santé sont ne pourvus que d'Assistants-Accoucheuses ou de matrones pour les activités de Santé Maternelle et Infantile. Les Sages-Femmes exercent dans les centres de Santé Urbains ou dans les hôpitaux.

Quant aux Médecins, pratiquement 30 % occupent les fonctions administratives et des 70 % qui sont restés dans les services hospitaliers, il y a une forte concentration à Bangui. La disponibilité de ceux qui exercent dans les Régions Sanitaires est parfois perturbée par des multiples organisations des séminaires et autres formations qui prennent parfois des dizaines de jours.

De même les médecins spécialistes (la RCA n'en compte pas beaucoup) sont de temps en temps appelés à accompagner les malades dont l'état de santé nécessite une évacuation sanitaire laissant le plus grand nombre des malades sans assistance médicale adéquate.

A toutes ces contraintes développées ci-haut, il faut ajouter d'autres facteurs d'indisponibilité susceptibles de réduire les performances ou d'altérer la qualité des soins fournis à la population. L'insuffisance du personnel technique dû à l'irrégularité des intégrations de ceux en attente d'emploi, ne permet pas de mobiliser une ressource

humaine suffisante à l'exécution des programmes conçus. Cette situation est par ailleurs aggravée par le non retour au pays de bon nombre des cadres formés à l'extérieur.

Le fichier du personnel et le plan d'effectif constituent des outils importants de la gestion prévisionnelle des effectifs ; et permet de jauger le niveau de la disponibilité des agents sur le terrain. Or à l'heure actuelle, le Ministère ne dispose ni d'un fichier fiable du personnel, ni d'un plan d'effectif cohérent malgré quelques efforts encore embryonnaires.

D'après une analyse de 1803 dossiers d'agents qualifiés, on remarque un important vieillissement du personnel (environ 30% a entre 45 et 54 ans) ; alors que plus de cinq promotions de cadres qualifiés sont en chômage.(voir annexe)

Si l'ancienneté peut être synonyme d'expérience, dans le domaine de la santé il ne faut pas négliger l'usure, la fatigue et les contraintes de ce métier.

### **3. Stratégies de renforcement de capacités développées**

Après l'atelier de réflexion sur la problématique de santé organisé en juin 1988, il a été décidé de l'accélération du processus de la mise en œuvre de la stratégie des SSP.

Ainsi, l'élaboration d'un Plan National de Développement Sanitaire 1992-1996 de la base vers le sommet a permis de retenir les stratégies suivantes, dont certaines sont plutôt des activités, pour résoudre les problèmes identifiés :

- Intégration du processus de Planification des RH en fonction des besoins tant du point de vue des effectifs que des différentes catégories des personnels de Santé.
- Formulation d'un plan de redistribution du personnel afin d'assurer une répartition équitable entre les zones rurales et urbaines.
- Révision des normes relatives aux fonctions, aux responsabilités et aux profils des catégories de personnels de Santé.
- Description de Poste.
- Décentralisation et amélioration de la gestion du personnel de Santé.
- Adaptation des programmes de formation de base aux orientations du Secteur Santé.
- Accent sur une Assistance Technique vivant à la formation du personnel par le transfert de compétences.
- Développement d'une politique de formation par l'institutionnalisation d'une capacité permanente de formation en cours d'emploi chargée d'identifier les besoins, de concevoir les programmes, de développer le matériel pédagogique.
- Organiser le déroulement des programmes de formation continue.
- Evaluer les résultats.

Ce PNDS a fait l'objet de plusieurs révisions pour aboutir au nouvelles stratégies suivantes, concernant les ressources humaines, retenues dans le PNDS 94-98 qui a été le premier à être mis en œuvre au niveau du pays , et sans Politique Nationale de Santé :

- Rationalisation de la gestion du personnel ;
- Formation appropriée des cadres ;
- Mise en œuvre d'une politique de motivation du personnel.

Pour l'application de ces stratégies, des 24 activités retenues, celles qui suivent n'ont pas été réalisées :

- Elaborer et mettre en place un plan de redéploiement des personnels de santé ;
- Elaborer des modules et guides de formation intégrées ;
- Renforcer les capacités des régions sanitaires à assurer la formation continue ;
- Actualiser et diffuser les règlements du personnel socio-sanitaire.

Parmi les activités entièrement ou partiellement réalisées, certaines méritaient d'être fusionnées pour permettre l'analyse faite dans le tableau ci-dessous.



|  |  |  |   |                           |   |
|--|--|--|---|---------------------------|---|
|  |  | des ressources humaines. de la Santé   |   |                           |   |
|  | 1.3. Décentralisation des responsabilités de gestion | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un cadre juridique a été élaboré pour : déterminer les différents niveaux décentralisés du système de santé (Arrêté 005/MSPAS du 5/05/85 modifié par le Décret 94.081)</li> <li>- accorder la gestion du personnel de santé du niveau périphérique aux chefs de préfectures sanitaires (Décret 97.056)</li> <li>- accorder l'autonomie partielle de gestion aux formations sanitaires (Arrêté 0238/MSPP du 6/09/94)</li> <li>- mettre en place les organes consultatifs des SSP (Arrêtés 0392/MSPP de 1988 ; 207/MSPP de 1994 ; 254/MSPP de 1995)</li> <li>- recruter les gestionnaires sur les fonds des hôpitaux centraux et régionaux (Décisions 093 et 094/MSPP du 26/05/97)</li> </ul> | PNDS  | Gouvernement et Bailleurs | <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'application de la plupart de ces textes a emmené à une révision pour les adapter aux réalités du terrain</li> <li>- Le Décret confiant la gestion du personnel aux chefs de préfectures sanitaires a donné à des conflits d'autorités entre ceux-ci et les autorités locales ou les responsables centraux du Département résistants au changement.</li> <li>- la non opérationnalité des Régions administratives et politiques constituent une contrainte à la coordination des politiques sectorielles</li> <li>- les faiblesses de certains de ces textes ont permis une multitude de détournements des fonds des FOSA qui sont restés impunis</li> <li>- le manque de formation des membres des COGES a été à l'origine de beaucoup de conflits entre le personnel et ces organes de gestion</li> </ul> |
|  | 1.4. Recrutement des agents                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 305 agents intégrés dans la Fonction publique en 1998, 205 en 1999, 141 en 2001 soit 651 agents intégrés, faisant passer l'effectif théorique à 2736 en 2002</li> </ul>   | Politique Nationale de Renforcement des effectifs | - Gouvernement            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- il y a la non maîtrise des effectifs . Les tableaux d'estimation d'effectifs présentent en 2000 : 2976 agents selon le SRH ; 3216 selon l'ONI qui traite de la solde</li> <li>- ces intégrations ont un effet négatif sur la</li> </ul>  |

|  |  |                                     |          |                      |  |
|--|--|-------------------------------------|----------|----------------------|--|
|  |  | - recrutements locaux par les COGES | SSP / IB | - Communauté (COGES) | - qualité des services offerts car les agents sont intégrés 5 ou 10 ans de chômage avec une déperdition des connaissances techniques<br>l'Etat étant incapable d'intégrer les cadres formés, l'autonomie partielle de gestion a permis a beaucoup de FOSA de résoudre partiellement leurs problèmes de compétences |
|--|--|-------------------------------------|----------|----------------------|--|

|   |   |  |   |  |  |
|---|---|--|---|--|--|
| <p><b>2. Assurer la formation appropriée des cadres</b></p> | <p>2.1. Renforcer les capacités de la DEPS en planification des ressources humaines</p> <p>2.2. Elaborer des outils d'évaluation des performances des personnels de santé</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un cadre de cette Direction a été formé en Planification depuis 1993</li> <br/> <li>- les fiches de supervision des différents programmes verticaux ont été révisées et fondues en une seule fiche de supervision dite intégrée permettant de coter les différents actions attendues des agents à différents niveaux. Cette fiche est accompagnée d'un Guide</li> <br/> <li>- Des Fiches et guides de monitoring ont été élaborés depuis le lancement de l'initiative de Bamako en 1994</li> <br/> <li>- Les anciens bulletins de notation annuelle du personnel ont été</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>CEPRI</li> <br/> <li>- PNDS</li> <br/> <li>- SSP / IB</li> <br/> <li>- Réforme de l'Administration générale</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>BAD</li> <br/> <li>OMS/UNICEF/ GTZ</li> <br/> <li>- UNICEF</li> <br/> <li>- Gouvernement</li> </ul> | <p>Ce cadre n'est pas resté longtemps à son poste pour apporter les réformes souhaitées</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la supervision intégrée et le monitoring ne sont faits que dans les centres de santé, toutes catégories confondues. Ils restent fortement dépendants du financement extérieur.</li> <li>- Une Note ministérielle a dénoncé en 1997 l'inexistence d'outils d'évaluation du niveau intermédiaire par le niveau central; mais jusqu'à présent cet outil n'est pas élaboré.</li> <li>- Certaines Directions techniques persistent à faire de la supervision verticale; provoquant parfois des réactions d'exaspération au niveau périphérique.</li> </ul> |
|---|---|--|---|--|--|

|  |  |   |   |  |  |
|--|--|---|---|--|--|
|  |  | <p>amendés pour devenir des bulletins d'évaluation du rendement depuis le 10/07/2000.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La définition de tâches n'a été faite dans certaines formations sanitaires que lors des séances d'appui technique rapproché.</li> <li>- Des séances de monitoring ont été réalisées tous les six mois dans les FOSA ayant commencé la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako (IB).</li> <li>- Une périodicité de supervision des différents niveaux du système de santé a été définie</li> <li>- Les agents sont notés et appréciés annuellement par leurs supérieurs hiérarchiques de façon systématique sur des Bulletins de Notes établis par la Fonction Publique.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement des capacités techniques des équipes des FOSA</li> <li>- SSP/IB</li> <li>- Renforcement des capacités</li> <li>- Statut général des personnels de la Fonction Publique</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- UNICEF<br/>Gouvernement</li> <li>- UNICEF/OMS/<br/>Communautés</li> <li>- UNICEF/OMS/GTZ</li> <li>- Gouvernement</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cette activité n'est pas vulgarisée dans toutes les formations sanitaires ; pourtant elle a permis de résoudre beaucoup de conflits et de définir rapidement les responsabilités de certaines sous-performances.</li> <li>- Id -</li> </ul> |
|  | <p>2.3. Evaluation périodique interne et externe des performances des agents</p> |   |   |  |  |



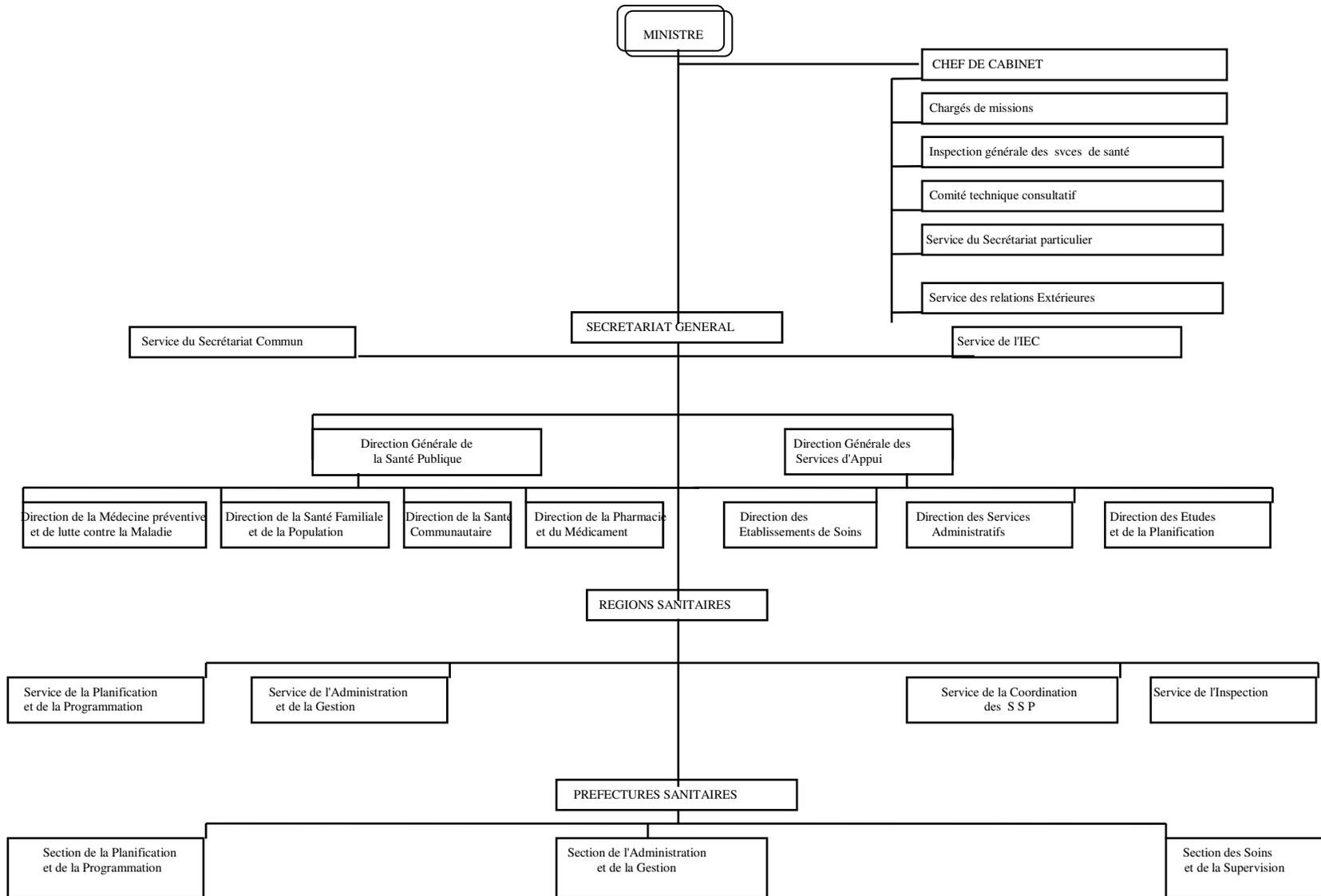
|  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
|  | <p>2.6. Formation des formateurs aux niveaux central et intermédiaire</p> | <p>sessions de 15 jours sur 8 modules concernant les urgences médico-chirurgicales, le laboratoire, la radiologie, les soins infirmiers et obstétricaux, l'anesthésie-réanimation, et le bloc opératoire</p> <p>- Des nombreuses formations de formateurs ont été organisée depuis l'accélération du processus de mise en œuvre des SSP décidée en 1988</p> | <p>SSP/IB</p>   | <p>- Gouvernement,<br/>- Partenaires extérieurs</p>   | <p>harmonisées et coordonnées si bien que l'output attendu n'est pas satisfaisant.</p> <p>- Il est difficile de quantifier ces formations à cause des problèmes de circulation de l'information entre les autres Directions techniques et la Direction des Etudes et de la Planification en charge du Service de l'Information sanitaire.</p> <p>- L'extrême mobilité des formateurs formés empêche le transfert des connaissances acquises aux autres niveaux.</p> |
|  | <p>2.7. Assurer les formations spécialisées et des voyages d'études</p>   | <p>- De 1995 à 2002, 54 médecins et 63 paramédicaux ont été mis en position de spécialité.</p>  | <p>- Amélioration des capacités des hôpitaux de référence et des structures de gestion des unités opérationnelles du système de santé</p> | <p>- OMS<br/>- FAC<br/>- GTZ<br/>- FNUAP<br/>- CHINE<br/>- JICA<br/>- USAID<br/>- MAROC<br/>- AGCD<br/>- Autres....</p> | <p>- Ces formations ne permettent pas de couvrir les besoins en spécialité dans les principaux hôpitaux de référence du pays. (99% à Bangui)</p> <p>- Ces spécialistes hospitaliers ne disposent pas du plateau technique nécessaire pour leurs activités.</p>  |

|  |   |  |   |                               |  |
|--|---|--|---|-------------------------------|--|
|  |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- De nombreux voyages d'études ont été organisés par les différents techniques dans le cadre des projets qu'ils gèrent</li> </ul> | SSP/IB                                    | UNICEF<br>OMS<br>Gouvernement | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les voyages sont organisés souvent selon les orientations des Bailleurs . Ceci fait que la DEP n'est pas souvent au courant de ces déplacements. Par ailleurs, les rapports de ces voyages ne sont déposés au niveau de cette Direction pour la synthèse des informations.</li> </ul>   |
|  | 2.8. Mise à la disposition des agents de matériels didactiques d'auto-formation   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- De la documentation est disponible dans les Directions régionales pour l'auto-formation des agents de santé</li> </ul>          | Projet « Bibliothèque bleue » depuis 1997 | - OMS                         | <p>Cette distribution sera progressivement étendue aux Préfectures sanitaires. Il est à remarquer que depuis toujours des documents étaient envoyés par chaque Organisme soutenant le MSPP aux chefs de Préfectures et Régions sanitaires. Malheureusement ceux-ci emportent lesdits matériels chaque fois qu'ils sont mutés.</p> <p>D'autre part, il n'y a pas une politique nationale pouvant stimuler les agents exerçant sur le terrain l'auto-formation ; ceux-ci considérant pour la plupart, le diplôme de fin de formation comme un objectif ultime.</p> |
|  | 2.9. Appui à la recherche opérationnelle sur la formation continue et spécialisée | Une étude est en cours au niveau du Département de Formation continue à la FACSS   | Appui à la FACSS                          | FAC<br>Durée non déterminée   | <p>Cet aspect n'a pas été considéré comme un problème prioritaire pendant la mise en œuvre du PNDS I.</p>  |

|  |  |   |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|
|  |  |   |  |  |  |
| <p><b>3. Mise en œuvre d'une politique de motivation des personnels de santé</b></p> | <p>3.1. Etude des différents aspects de la motivation des personnels de santé</p> <p>3.2. Edition d'un bulletin de liaison et d'information</p> <p>3.3. Elaboration d'un texte garantissant une meilleure répartition des quote parts dues aux praticiens.</p> | <p>- Des recommandations ont été faites dans ce sens par les 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> réunions du Comité National de Coordination des Soins de Santé Primaires en 1998 et 2000.</p> <p>- Le Parlement s'est préoccupé des conditions sociales du personnel de santé et a recommandé une révision du statut particulier de ce corps.</p> <p>Le bulletin annuel d'information sanitaire paraît chaque année.</p> <p>Un journal était édité semestriellement au niveau de la Direction de la Médecine préventive et de la Maladie (DMPGE échos)</p> <p>Un bulletin a été édité au niveau du service National de Lutte contre le SIDA</p> <p>Des recommandations ont été faites par la 6<sup>ème</sup> réunion du CNCSSP pour la révision de l'Arrêté 245/MSPP de 1994 qui fixe à 30% des recettes des FOSA la quote part des praticiens sans en fixer la clé de répartition.</p> | <p>Statut général de la Fonction Publique</p> <p>Système national d'information sanitaire (SNIS)</p> <p>Projet Survie soutenable de l'Enfant (CCCD)</p> <p>Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS)</p> <p>IB</p> | <p>Gouvernement<br/>UNICEF<br/>OMS<br/>GTZ</p> <p>OMS/UNICEF</p> <p>USAID</p> <p>OMS/PNUD<br/>De 1992 à 1999</p> <p>Gouvernement</p> | <p>Un projet de révision du Statut particulier du corps de la santé a été soumis à la Commission de relecture du statut général prenant en compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le reclassement</li> <li>- l'augmentation des indemnités.</li> </ul> <p>Il reste la création d'une la médaille spécifique à la santé et l'amélioration des conditions de travail du personnel.</p> <p>Le bulletin paraît toujours avec deux (2) ans de retard à cause d'une mauvaise structuration du Service de l'Information Sanitaire.</p> <p>La parution des 2 autres documents a été suspendue par manque de financement.</p> <p>Le projet de révision de l'Arrêté 245/MSPP de 1994 élaboré n'est pas signé jusqu'à ce jour.</p> |



# ORGANIGRAMME DU MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE



**TABLEAU DES AGES sur 11 Grades du Personnel de Santé géré par le MSPP**

|                              | Total<br>activité | Hierarchie<br>Catégorie | Age<br>Retraite | 1976 à 1972<br>25 à 29 ans | 1971 à 1967<br>30 à 34 ans | 1966 à 1962<br>35 à 39 ans | 1961 à 1957<br>40 à 44 ans | 1956 à 1952<br>45 à 49 ans | 1951 à 1947<br>50 à 59 ans | 1946 à 1942<br>60 à 64 ans | 1941 à 1937<br>65 à 70 ans | sans<br>date |
|------------------------------|-------------------|-------------------------|-----------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------|
| 1-Médecins                   | <b>132</b>        | A1                      | 60 ans          |                            | 25                         | 34                         | 32                         | 21                         | 10                         | 5                          | 1                          | 4            |
| 2-SFDE/ IA (Sage F, Inf Acc) | <b>221</b>        | A3                      | 58 ans          | 6                          | 36                         | 41                         | 54                         | 59                         | 13                         | 1                          |                            | 11           |
| 3-TS santé                   | <b>82</b>         | A2                      | 58 ans          |                            |                            | 2                          | 28                         | 44                         | 8                          |                            |                            |              |
| TS laboratoire               | <b>42</b>         | A2                      | 58 ans          | 2                          | 8                          | 6                          | 21                         | 4                          | 1                          |                            |                            |              |
| TS odontologie               | <b>9</b>          | A2                      | 58 ans          |                            |                            |                            |                            |                            | 8                          | 1                          |                            |              |
| TS ophtalmologie             | <b>4</b>          | A2                      | 58 ans          |                            |                            |                            |                            | 1                          | 3                          |                            |                            |              |
| TS kinésithérapie            | <b>3</b>          | A2                      | 58 ans          |                            |                            |                            |                            |                            | 1                          | 1                          | 1                          |              |
| TS anesthésie Réa*           | <b>19</b>         | A2                      | 58 ans          |                            |                            | 1                          | 8                          | 4                          | 5                          |                            |                            | 1            |
| TS santé publique            | <b>28</b>         | A2                      | 58 ans          |                            |                            | 1                          | 7                          | 14                         | 6                          |                            |                            |              |
| TS radiologie                | <b>15</b>         | A2                      | 58 ans          | 1                          | 1                          |                            | 9                          | 2                          | 1                          |                            |                            | 1            |
| TS génie sanitaire           | <b>4</b>          | A2                      | 58 ans          |                            |                            |                            |                            | 3                          | 1                          |                            |                            |              |
| TS entomologie               | <b>3</b>          | A2                      | 58 ans          |                            |                            |                            |                            | 3                          |                            |                            |                            |              |
| TS soins infirmiers          | <b>28</b>         | A2                      | 58 ans          |                            |                            | 1                          | 8                          | 14                         | 5                          |                            |                            |              |
| As Médic. assimilés TS       | <b>16</b>         | A2                      | 58 ans          |                            |                            |                            | 1                          | 10                         | 4                          |                            |                            | 1            |
| 3-TSS                        | <b>253</b>        |                         |                 | 3                          | 9                          | 11                         | 82                         | 99                         | 43                         | 2                          | 1                          | 3            |
| 4-IDE (Infirmier DE)         | <b>238</b>        | A3                      | 58 ans          |                            | 35                         | 55                         | 61                         | 55                         | 25                         | 2                          |                            | 5            |
| 5-AADE (Ass. Assaini.DE)     | <b>121</b>        | A3                      | 58 ans          | 1                          | 15                         | 19                         | 38                         | 33                         | 9                          | 1                          |                            | 5            |
| 6-AH (Ass. Hygiène)          | <b>148</b>        | C1                      | 53 ans          | 1                          | 3                          | 29                         | 65                         | 39                         | 10                         |                            |                            | 1            |
| 7-AS (Ass. Santé)            | <b>173</b>        | C1                      | 53 ans          | 1                          | 12                         | 45                         | 64                         | 31                         | 11                         | 1                          |                            | 8            |
| 8-IA (Infirmier Assistant)   | <b>126</b>        | B1                      | 55 ans          |                            |                            | 1                          | 21                         | 58                         | 42                         | 2                          |                            | 2            |
| 9-IS (Infirmier Secouriste)  | <b>85</b>         |                         |                 | 3                          | 13                         | 22                         | 12                         | 16                         | 9                          |                            |                            | 10           |
| 10-AC (Ass.accoucheuse)      | <b>217</b>        | C1                      | 53 ans          | 1                          | 10                         | 60                         | 85                         | 48                         | 8                          | 1                          |                            | 4            |
| 11-Administratifs            | <b>89</b>         | divers                  | divers          | 3                          | 5                          | 13                         | 16                         | 29                         | 21                         | 1                          |                            | 1            |
| <b>TOTAL</b>                 | <b>2056</b>       |                         |                 | <b>22</b>                  | <b>172</b>                 | <b>341</b>                 | <b>612</b>                 | <b>587</b>                 | <b>244</b>                 | <b>18</b>                  | <b>3</b>                   | <b>57</b>    |

## **LISTE DES PROGRAMMES DU PNDS 1994 – 1998**

- 1.** Programme de santé maternelle et infantile/ Planification familiale
- 2.** Programme élargi de vaccination
- 3.** Programme National de lutte contre les maladies diarrhéiques
- 4.** Programme De lutte contre les infections respiratoires
- 5.** Programme national de nutrition et de lutte contre les troubles dus à la carence en iode
- 6.** Programme national de l'assainissement de base et de contrôle de la qualité de l'eau
- 7.** Programme de l'information, éducation et communication
- 8.** Programme national d'approvisionnement en médicaments et vaccins essentiels
- 9.** Programme national de lutte contre le paludisme
- 10.** Programme national de lutte contre les SIDA
- 11.** Programme national de lutte contre la tuberculose
- 12.** Programme national de lutte contre la lèpre
- 13.** Programme national de lutte contre la trypanosomiase
- 14.** Programme national de lutte contre l'onchocercose
- 15.** Programme renforcement institutionnel
- 16.** Programme de développement des ressources humaines
- 17.** Programme de réhabilitation et d'équipement des formations sanitaires
- 18.** Programme de financement des services de santé