

**RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE**

**Unité – Dignité – Travail**

\*\*\*\*\*



**MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA POPULATION**

**DOSSIER**  
**D'INVESTISSEMENT**  
**POUR LA RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ**  
**MATERNELLE, NÉONATALE ET INFANTO-**  
**JUVENILE, ET POUR L'AMÉLIORATION DE LA**  
**SANTÉ DES ADOLESCENTS**  
**2020-2022**



## Table des matières

PRÉFACE .....	4
ABRÉVIATIONS .....	6
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX .....	9
RESUMÉ EXECUTIF .....	11
1. CONTEXTE NATIONAL .....	18
1.1. Contexte géo-politico-administratif et socio-économique et sécuritaire.....	18
1.2. Contexte de santé .....	19
1.2.1. Description du système de santé, de ses principaux intervenants et de ses principales sources de financement.....	19
1.2.2. Principaux défis du système de santé.....	20
1.3. Processus d'élaboration du dossier d'investissement.....	22
1.3.1. But du DI.....	22
1.3.2. Principales étapes du processus d'élaboration et de validation du DI .....	22
2. ANALYSE SITUATIONNELLE DE LA SANTE ET DE LA NUTRITION DE LA MERE, DU NOUVEAU-NE, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT .....	25
2.1. Principaux indicateurs de santé et de nutrition de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (SMNEA) .....	25
2.1.1. Niveaux et tendance des mortalités maternelles, néonatales et infanto-juvéniles ..	25
2.1.2. Poids relatifs des mortalités maternelles, néonatales et infanto-juvéniles par région .....	26
2.1.3. Causes de mortalités maternelles, néonatales et infanto-juvéniles en RCA .....	27
2.2. Couverture en interventions à haut impact pour la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent.....	29
2.2.1. Interventions à haut impact en matière de Santé maternelle et néo-natale .....	30
2.2.2. Interventions à haut impact en matière de Santé infanto-juvénile .....	33
2.2.3. Interventions à haut impact en matière de Santé des adolescents et des jeunes .....	36
2.3. Synthèse des principaux goulots d'étranglement et mesures correctives pour une utilisation effective des services de SRMNIA-N de qualité .....	37
2.3.1. Causes des goulots d'étranglement liés à l'offre des services .....	38
2.3.2. Causes des goulots liés à la demande des services .....	40
2.3.3. Causes des goulots liés à l'environnement du système de santé.....	41
3. REPONSE PROPOSEE POUR L'AMELIORATION DE LA SRMNIA-N.....	44
3.1. Vision du secteur et mission du dossier d'investissement .....	44
3.2. Théorie du changement .....	45
3.3. Où investir : Domaines et Régions prioritaires et choix des scénarii.....	48
3.3.1. Les Populations Cibles.....	48
3.3.2. Les zones prioritaires .....	48
3.4. Impacts et résultats attendus sur la SRMNIA-N du scénario adopté .....	54
3.4.1. Impacts attendus en termes d'évolution des mortalités .....	54

3.4.2. Impacts attendus en termes de nombre de vies sauvées.....	55
3.4.3. Résultats attendus en termes de cas de morbidité évités grâce à la mise en œuvre du DI .....	57
3.5. Populations ciblées par le Dossier d'Investissement.....	58
3.6 Cadre de Résultats .....	59
4. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE ET REFORMES NECESSAIRES.....	62
4.1. Développement de l'offre de services .....	62
4.1.1. Infrastructures, équipements et logistique .....	62
4.1.2. Intrants essentiels et gestion des approvisionnements et des stocks.....	62
4.1.3. Disponibilité des ressources humaines qualifiées .....	63
4.2. Amélioration de la demande et de l'utilisation des services .....	64
4.2.1. Amélioration de l'organisation des services de santé .....	64
4.2.2. Renforcement de l'acceptabilité socio-culturelle des services de santé .....	64
4.3. Financement de la sante .....	65
4.3.1. Aperçu sur le financement du secteur .....	65
4.3.2. Pistes d'amélioration du financement du secteur.....	67
4.3.3. Un financement au service de la CSU .....	68
4.4. Modalité d'opérationnalisation du DI .....	68
4.5. Coordination, suivi et évaluation .....	69
4.5.1. Coordination de la mise en œuvre et du suivi du DI.....	69
4.5.2. Le Suivi et l'évaluation périodique de la mise en œuvre du DI.....	69
4.5.3. Suivi de la Performance et renforcement du SNIS et de la recherche .....	70
4.5.4. Supervisions intégrées par niveau.....	71
4.6. Partenariat pour la mise en œuvre du DI impliquant les PTF, les OSC et le secteur privé .....	71
5. BUDGET DU DOSSIER D'INVESTISSEMENT .....	72
5.1. Les besoins financiers du DI .....	72
5.2. Ressources potentiellement disponibles : Analyse de l'espace budgétaire et du gap financier.....	73
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	76

## PRÉFACE

La mortalité maternelle, néonatale et Infanto-Juvenile constitue un défi de Santé Publique majeur pour la République Centrafricaine, étant donné les taux très élevés de mortalité maternelle et de mortalité infantile : 882 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes soit un décès maternel toutes les 6 heures ; 179 décès infantile pour 1000 soit 16 décès par heure.

Les causes de cette mortalité sont multifactorielles nécessitant une approche multidisciplinaire et multisectorielle. J'ai pris le pari de répondre à ce défi en faisant de la santé de la mère, des enfants et des adolescents l'une de mes priorités, dans l'optique du développement du capital humain.

Dans cette perspective, j'ai instruit le Ministère de la santé et de la Population d'engager des réformes ambitieuses. A cet égard, la mobilisation des ressources domestiques et internationales est impérative.

C'est dans ce contexte que l'élaboration du Dossier d'Investissement (DI) axée sur la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvenile a été initiée avec l'appui du Mécanisme de Financement Mondial en soutien à chaque femme et à chaque enfant. (Global Financing Facility ; GFF).

Lancée en 2018, l'élaboration du Dossier d'Investissement a suivi un processus participatif et inclusif impliquant les populations cibles, la Société Civile ainsi que les Partenaires Techniques et Financiers de la République Centrafricaine. Il est donc le fruit d'une mobilisation multisectorielle et d'un partenariat agissant en faveur de la Mère, de l'Enfant, du Nouveau-né, des Adolescents et de la nutrition en République Centrafricaine.

Le Dossier d'Investissement couvrant la période 2020-2022 est un levier crucial pour atteindre la Couverture Santé Universelle (CSU). Il permettra de sauvegarder au moins 10 000 vies et 513 mères en 2022 à travers des stratégies innovantes ainsi que des paquets d'interventions à haut impact.

C'est ici l'occasion de remercier très sincèrement le mécanisme de financement du GFF pour son accompagnement et son appui.

J'exhorte toutes les parties prenantes à apporter leur contribution à la mise en œuvre de ce Dossier d'Investissement 2020-2022.

  
Pr. Faustin Archange TOUADERA

**Président de la République Centrafricaine, Chef de l'Etat**

## REMERCIEMENT

L'élaboration du Dossier d'Investissement, démarré en 2018, a été un processus participatif et inclusif impliquant les populations cibles, la Société Civile, les Partenaires Techniques et Financiers, les ONG humanitaires ainsi que d'autres institutions. Ce document est le fruit d'une mobilisation multisectorielle et d'un partenariat agissant en faveur de la Mère, de l'Enfant, du Nouveau-né et des Adolescents.

Le Ministre de la Santé et de la Population remercie sincèrement tous les Experts Nationaux et Internationaux, les Partenaires Techniques et Financiers ainsi que la Société Civile qui ont contribué de manière multiforme au processus d'élaboration dudit document, particulièrement à l'endroit des partenaires et Collaborateurs ci-après :

### Partenaires multinationaux et bilatéraux :

- Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
- Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)
- Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA)
- Global Financing Facility (GFF)
- Banque Mondiale (BM)
- Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)
- Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI)
- Union Européenne (UE)
- Fonds Mondial (FM)
- Programme Alimentaire Mondiale (PAM)
- United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (UNOCHA)
- United States Agency for International Development (USAID)
- Department for International Development (DFID)
- Mission Multidimensionnelle Intégrée des Nations-Unies pour la Stabilisation en RCA (MINUSCA)

### Les organisations non-gouvernementales (ONGs) :

- Médecins Sans Frontières (MSF France, MSF Belgique, MSF Espagne et MSF Hollande)
- Comité International de la Croix Rouge (CICR)
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC)
- Croix Rouge Française (CRF)
- World Vision (WV)
- Catholic Organization for Relief and Development Aid (CORDAID)
- Association pour les Œuvres Médicales des Eglises en Centrafrique (ASSOMESCA)
- Plateforme de la société civile pour la vaccination et le renforcement du Système de Santé en Centrafrique (POVRESSCA)
- Association Centrafricaine pour le Bien-Etre Familial (ACABEF/IPPF)
- Organisation des Femmes Centrafricaines (OFCA)
- Société Centrafricaine de Gynécologie Obstétrique (SOCAGO)
- Fondation « Cri de Cœur d'Une Mère » (CCM)
- Association Young African Leaders Initiative (YALI)
- Organisation des Femmes Centrafricaines (OFCA)



Le Ministre de la Santé et de la Population,

  
Dr Pierre SOMSE

## ABRÉVIATIONS

ACT	Artémisinine
AME	Allaitement Maternel Exclusif
ARV	Anti Rétroviral
ASC	Agent de Santé Communautaire
BCG	Vaccin Bilié de Calmette et Guérin
BM	Banque Mondiale
CPN	Consultation Périnatale
CS	Centre de Santé
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DI	Dossier d'Investissement
DM	Décès Maternel
DTC	Vaccin Diphtérie Tétanos Coqueluche
ECD	Equipe Cadre de District
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FAR	Femme en Âge de Reproduction
FBP	Financement Basé sur la Performance
FE	Femme Enceinte
FOSA	Formation Sanitaire
GAS	Gestion des Approvisionnements et des Stocks
GATPA	Gestion Active de la Troisième Phase d'Accouchement
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
GFF	Global Financing Facility
HD	Hôpital de District
HeRAMS	Health Resource Availability Mapping System
HRU	Hôpital Régional Universitaire
HTA	Hypertension Artérielle
IGME	UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (Groupe inter-agence ONU pour l'Estimation de la Mortalité Infanto-Juvenile)
IHI	Interventions à Haut Impact
IRA	Insuffisance Respiratoire Aigue

IST	Infection Sexuellement Transmissible
MAM	Malnutrition Aiguë Modérée
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
MCE	Médicaments et Consommables Essentiels
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
MII	Moustiquaire Imprégnée d’Insecticides
MIJ	Mortalité Infanto – Juvénile
MILDA	Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d’Action
NN	Nouveau – Né
Nv	naissance vivante
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisations des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PCIMA	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë
PCIMIN	Prise en Charge Intégrée des Maladies Infantiles et Néonatales
PCIMNE	Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant
PEC	Prise en charge
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PFE	Pratique Familiale Essentielle
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d’Activités
PPAC	Plan Pluri Annuel Complet
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la transmission du VIH Mère – Enfant
RCA	République Centrafricaine
RH	Ressources Humaines

RPM	Rupture Prématurée des Membranes
RS	Région Sanitaire
RSS	Renforcement du Système de Santé
SIS	Système d'Information Sanitaire
SRMNIA-N Nutrition	Santé Maternelle, Néonatale, Infanto-juvenile, et des Adolescents, y inclus la Nutrition
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SONU	Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
SR	Santé de Reproduction
SRO	Solution de Réhydratation Orale
TPI	Traitement Préventif Intermittent
UE	Union Européenne
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNHCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAT	Vaccin antitétanique
VBG	Violence Basée sur le Genre
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VPI	Vaccin antipoliomyélitique inactivé
VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral



## LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : couverture des interventions à haut impact sur la SRMNIA-N.....	11
Figure 2 : Taux de Mortalité Maternelle .....	14
Figure 3 : Taux de Mortalité Infanto-Juvénile .....	14
Figure 4 : couverture des interventions à haut impact sur la SRMNIA-N.....	22
Figure 5 : Taux de mortalité maternelle et l'écart pour atteindre les ODD .....	25
Figure 6 : Taux de mortalité infanto-juvénile et l'écart pour atteindre les ODD .....	26
Figure 7 : Cartographie de la mortalité infanto-juvénile en RCA .....	26
Figure 8 : Répartition des causes de décès maternels en RCA .....	27
Figure 9 : Répartition des causes de décès néonataux en RCA .....	27
Figure 10 : Répartition des causes de décès infanto-juvéniles en RCA.....	27
Figure 11 : Principaux déterminants de l'utilisation des MILDA par les femmes enceintes .....	30
Figure 12 : Principaux déterminants de l'AME chez les nouveaux-nés.....	30
Figure 13 : Principaux déterminants du suivi prénatal des FE .....	31
Figure 14 : Principaux déterminants de la PTME chez les FE .....	32
Figure 15 : Principaux déterminants de l'accouchement assisté par un personnel qualifié .....	33
Figure 16 : Principaux déterminants du lavage des mains au savon.....	34
Figure 17 : Principaux déterminants de la vaccination plus .....	34
Figure 18 : Principaux déterminants de la prise en charge de la MAS.....	36
Figure 19 : Principaux déterminants de la prise en charge des cas de paludisme .....	36
Figure 20 : Principaux déterminants de l'utilisation du préservatif par les jeunes.....	37
Figure 21:Principaux déterminants du dépistage du VIH chez les adolescents.....	37
Figure 22 : Nombres d'avortements attendus VS pris en charge .....	58
Figure 23: L'évolution entre 2016 et 2020 des engagements financiers disponibles pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale, infanto-juvénile et des adolescents..	65
Figure 24 : Répartition des engagements financiers en 2019 par source de financement, Cartographie des ressources, 2019 .....	66
Figure 25 :Répartition des financements extérieurs mobilisés en 2018 en fonction du type d'aide apportée et de la région sanitaire bénéficiaire.....	66
Figure 26 : Répartition des engagements financiers en 2018 en fonction de la thématique, cartographie des ressources, 2019 .....	67
Figure 27 : Graphique 24:Coûts additionnels nécessaires par année pour la mise en œuvre du DI .....	72
Figure 28 : Répartition du budget par domaine thématique pour la mise en œuvre du Dossier d'Investissement.....	75
Figure 29 : Répartition du budget pour le renforcement du système de santé our la mise en œuvre du Dossier d'Investissement .....	75
Tableau 1 Paquets d'interventions et sa mise en échelle par zone géographique .....	13
Tableau 2 Estimation de nombre de vies additionnelles sauvés (modélisation EQUIST)15	
Tableau 3 Estimation des couts pour la mise en œuvre du Dossier d'Investissement .....	16
Tableau 4 Disponibilité de fonds et projections en RCA pour SRMNIA-N entre 2020 et 2022, les besoins et le gap financier pour la mise en œuvre du Dossier d'Investissement. .....	17
Tableau 5 Répartition géographique des types de formations sanitaires (FOSA).....	19
Tableau 6 Couvertures des principales interventions à haut impact .....	21
Tableau 7 : Principaux indicateurs de mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile .....	25

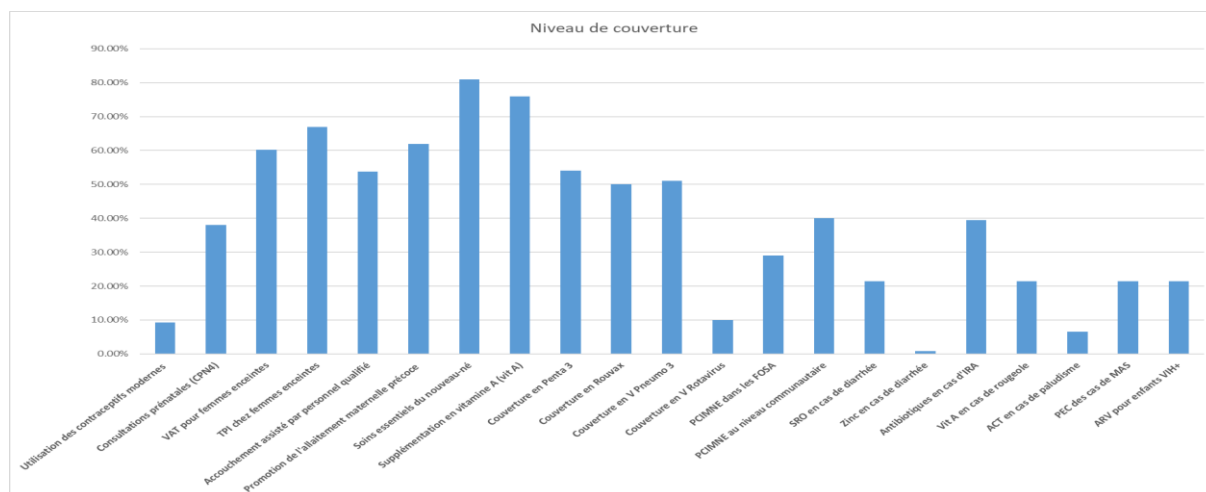
<b>Tableau 8 : Principaux indicateurs de santé des adolescents en RCA .....</b>	<b>28</b>
<b>Tableau 9 : Couvertures de base pour les principales interventions « communautaire » en faveur de la santé maternelle et néonatale .....</b>	<b>30</b>
<b>Tableau 10 : Couvertures de base pour les principales interventions préventives en faveur de la santé maternelle et néonatale .....</b>	<b>31</b>
<b>Tableau 11 : Couvertures de base disponibles pour les principales interventions de prise en charge de la santé maternelle et néonatale.....</b>	<b>32</b>
<b>Tableau 12 : Couvertures de base pour les principales interventions « communautaire » en faveur de la santé infanto-juvénile.....</b>	<b>33</b>
<b>Tableau 13 : Tableau 11: Couvertures de base pour les principales interventions préventives en faveur de la santé infanto-juvénile .....</b>	<b>34</b>
<b>Tableau 14 : Couvertures de base pour les principales interventions curatives en faveur de la santé infanto-juvénile.....</b>	<b>35</b>
<b>Tableau 15 : Cause des goulots liés à la disponibilité des intrants .....</b>	<b>38</b>
<b>Tableau 16 : Cause des goulots liés à la disponibilité des ressources humaines.....</b>	<b>39</b>
<b>Tableau 17 : Cause des goulots liés à l’accessibilité géographique.....</b>	<b>40</b>
<b>Tableau 18 : Cause des goulots liés à l’accessibilité financière .....</b>	<b>41</b>
<b>Tableau 19 : Cause des goulots liés à l’acceptabilité socio-culturelle et aux comportements .....</b>	<b>41</b>
<b>Tableau 20 : Cause des goulots liés au leadership et à la gouvernance au sein du système de santé.....</b>	<b>42</b>
<b>Tableau 21 : Cause des goulots liés à l’organisation des prestations.....</b>	<b>42</b>
<b>Tableau 22 : Cause des goulots liés au suivi et à la gestion de l’information stratégique et au système d’information sanitaire .....</b>	<b>43</b>
<b>Tableau 23 : Les deux paquets d’interventions prévus dans le cadre du scénario adopté .....</b>	<b>51</b>
<b>Tableau 24 : Paquets d’interventions et sa mise en échelle par zone géographique.....</b>	<b>54</b>
<b>Tableau 25 : Taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile assumé en 2019 et estimé en 2022.....</b>	<b>54</b>
<b>Tableau 26 : Evolution du nombre attendu de vies sauvées à la faveur de la mise en œuvre du scénario adopté.....</b>	<b>55</b>
<b>Tableau 27 : Nombres de vies maternelles sauvées par type d’intervention .....</b>	<b>55</b>
<b>Tableau 28 : Nombres de vies néonatales sauvées par type d’intervention .....</b>	<b>56</b>
<b>Tableau 29 : Nombres de vies infanto-juvéniles sauvées par type d’intervention .....</b>	<b>57</b>
<b>Tableau 30 : Nombres de cas de malnutrition évités chez les moins de 5 ans .....</b>	<b>57</b>
<b>Tableau 31 : Populations ciblées par le Dossier d’Investissement.....</b>	<b>58</b>
<b>Tableau 32 : Matrice des indicateurs d’impact.....</b>	<b>59</b>
<b>Tableau 33 : Matrice des indicateurs d’effet .....</b>	<b>60</b>
<b>Tableau 34 : Budget additionnel du DI par tête d’habitant et par an.....</b>	<b>72</b>
<b>Tableau 35 : Projections des disponibilités financières des différentes sources de financement.....</b>	<b>73</b>
<b>Tableau 36 : Gap financier par année et par le scénario <i>adopté</i> .....</b>	<b>74</b>

## RESUMÉ EXECUTIF

### 1. Introduction

La République Centrafricaine (RCA), avec une population de 5.1 millions d'habitants<sup>1</sup>, a souffert de décennies de conflit et d'instabilité politique. Un accord de paix entre le Gouvernement et les milices, signé le 6 février 2019, donne du nouvel élan pour le développement et le progrès. Les crises militaro-politiques répétées ont été à l'origine d'une dégradation de tous les indicateurs de santé, signe de la détérioration des conditions de vie de la population et de la faillite du système sanitaire avec des niveaux de mortalité et de morbidité parmi les plus élevés du Monde. En réponse à cette situation sanitaire, les interventions à haut impact sur la santé des femmes en âge de reproduction, des femmes enceintes et allaitantes, des nouveau-nés, des enfants de moins de cinq ans d'âge et des adolescents restent insuffisamment utilisées avec des proportions non négligeables des populations ne bénéficiant pas de ces soins essentiels.

*Figure 1 : couverture des interventions à haut impact sur la SRMNA-N*



Cette situation serait essentiellement due (1) à une offre de service insuffisante en quantité et en qualité, (2) aux faiblesses dans l'approvisionnement en médicaments et consommables essentiels, (3) des ressources humaines insuffisantes et mal réparties, (4) aux financements insuffisants et peu prévisibles, (5) à une information stratégique peu fiable et insuffisamment utilisée et (6) à une faiblesse du leadership, de la coordination et des capacités de planification, de suivi et d'évaluation.

En réponse, la RCA en concertation avec ses Partenaires Techniques et Financiers (PTF) a développé un Dossier d'Investissement (DI) qui constitue un document consensuel de planification et de budgétisation facilitant une mobilisation et/ou une réorientation des ressources pour des actions efficaces en faveur de la santé et de la nutrition de la mère, du nouveau-né, de l'enfant de moins de 5 ans et de l'adolescent.

<sup>1</sup> Projections avec corrections du RGPH de 2003

## **2. Synthèse de la santé maternelle, néonatale, Infanto-Juvénile et des adolescents et de la nutrition (SRMNIA-N)**

Les taux de mortalité néonatale (46/1.000 naissances vivantes<sup>2</sup>), et infanto-juvéniles (150/1.000 nv)<sup>3</sup> ainsi que le ratio de mortalité maternelle (882 décès maternels/100.000 nv<sup>4</sup>) restent parmi les plus élevés en Afrique sub-saharienne où la moyenne est estimée respectivement à 28/1.000, 78/1000 et 533/100.000 nv<sup>5</sup>. La malnutrition chronique est toujours très répandue, affectant plus d'un enfant sur trois (37,7%)<sup>6</sup>.

L'analyse des couvertures en interventions à haut impact sur la SRMNIA-N fait ressortir que :

- La faible utilisation des différents paquets d'interventions à haut impact serait due à une offre insuffisante de ces services, handicapée par une insuffisance de disponibilité des intrants essentiels de qualité et/ou de ressources humaines qualifiées au sein des FOSA ou par un accès géographique insuffisant à ces services, qu'ils soient en fixe ou en mobile.
- L'insuffisance de l'offre de services freine en partie la demande de ces services essentiels par les groupes cibles. Cependant, d'autres goulots d'étranglement viennent s'ajouter pour freiner davantage l'utilisation des différents paquets d'interventions à haut impact. Il s'agit en particulier de goulots liés à l'accessibilité financière ou à l'acceptabilité socio-culturelle.
- D'autres facteurs limitant l'utilisation adéquate et de qualité des interventions à haut impact seraient liés à l'environnement du système de santé en termes de leadership, de gouvernance, d'organisation des services et de suivi et évaluation.

## **3. Vision et objectif du Dossier d'investissement**

C'est la vision d'une RCA où les services de SRMNIA-N sont géographiquement, culturellement et financièrement accessibles aux femmes, aux enfants, aux adolescents et aux jeunes permettant à ces groupes de les utiliser de manière la plus optimale en vue d'une baisse substantielle des mortalités spécifiques dans ces groupes. L'objectif de ce dossier d'investissement est de contribuer à cette vision en facilitant un consensus national autour des priorités géographiques, populationnelles et thématiques et autour des stratégies les plus pertinentes et leur rythme de mise en œuvre, et en dégagant une estimation – acceptée par tous – des besoins humains, matériels et financiers, et des efforts des uns et des autres en termes de réformes institutionnelles à mener, de mobilisation des ressources, de coordination et de mise en œuvre, et de suivi et évaluation.

Ainsi, dans le cadre de l'initiative GFF, la RCA voudrait progresser vers la couverture sanitaire universelle (CSU), en étendant la couverture des interventions à haut impact sur la SRMNIA-N aux zones et aux groupes populationnels les plus vulnérables et souvent les plus exclus du

---

<sup>2</sup> Estimation Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (IGME), 2010

<sup>3</sup> Estimation IGME, 2010

<sup>4</sup> Estimation OMS, 2015

<sup>5</sup> <https://data.unicef.org/resources/dataset/sowc-2019-statistical-tables/> ; année de référence pour TMM 2017 et pour TMN et TMIJ 2018

<sup>6</sup> SMART 2018

système de santé, tout en veillant à une meilleure allocation et utilisation optimale des ressources internes et externes disponibles pour la santé.

#### 4. Où investir en terme groupes populationnels, de zones géographiques et d'interventions prioritaires

Les cibles prioritaires en matière de SRMNIA-N retenues sont (i) les femmes en âge de reproduction (FAR de 15 à 49 ans), (ii) les femmes enceintes et allaitantes, (iii) les nouveau-nés, (iv) les enfants de 0 à 5 ans et (v) les adolescent(e)s et les jeunes.

L'exercice de priorisation a permis de décomposer le pays en 3 zones selon le niveau de couverture et de mise en œuvre du paquet d'interventions prioritaires à haut impact retenu.

- ✓ Le groupe le plus prioritaire (Zone P 1) constitué de 5 préfectures : **Ombella-M 'Poko; Lobaye ; Mambéré-Kadéï; Ouham et la ville de Bangui**. Ce groupe compte **15** des **35** districts sanitaires du pays et **51%** de la population totale.
- ✓ Le 2<sup>ème</sup> groupe (Zone P 2) est constitué de 7 préfectures de : **Nana Mambéré ; Ouham Pende ; Ouaka ; Basse Kotto ; Haute-Kotto ; Kémo et Vakaga**: Dans cette zone, ce sont 14 districts sanitaires du pays qui seront couverts pour **37%** de la population totale du pays.
- ✓ Les préfectures de **Bamingui-Bangoran; Mbomou; Haut Mbomou; Nana-Gribizi et Sangha-Mbaéré** constituent le 3<sup>ème</sup> groupe (Zone P 3) avec **12%** de la population totale et seulement 6 districts sanitaires du pays.

Le scénario retenu par le pays est basé sur la sélection de 2 paquets successifs d'interventions à couvrir à l'échéance 2022. Le premier est un paquet minimum (ou universel) et le second, plus complet et intégrant le premier correspondant à l'ensemble des interventions essentielles retenues comme prioritaires. Ce paquet complet garantit le continuum de soins unanimement jugé nécessaire pour une efficacité de l'action de santé et pour une durabilité des acquis. La mise en échelle de ces paquets sera faite étape par étape, selon le schéma ci-dessous, en renforçant le niveau national et le système de la santé dès le début de la mise en œuvre du DI.

*Tableau 1 Paquets d'interventions et sa mise en échelle par zone géographique*

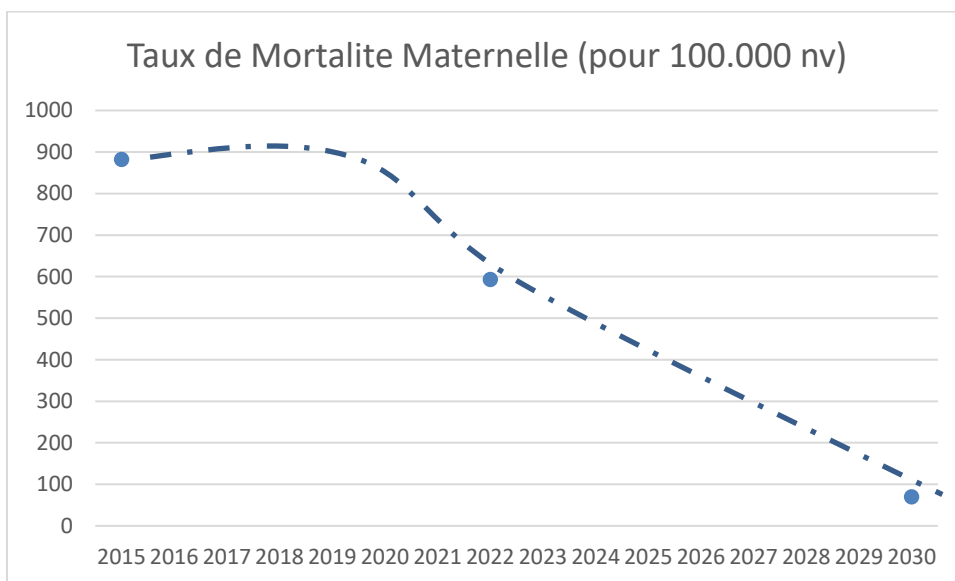
PAQUETS D'INTERVENTIONS & ZONES		2020	2021	2022
<b>Paquet (minimum ou universel)</b>	Zone P 1	X	X	X
	Zone P 2	X	X	X
	Zone P 3 (national)	X	X	X
<b>Paquet complet</b>	Zone P 1	X	X	X
	Zone P 2		X	X
	Zone P 3 (national)			X
<b>Renforcement Système de Santé*</b>	Niveau national	X	X	X
<b>Renforcement du niveau national</b>	Niveau national	X	X	X

\*Infrastructures, Equipements, Ressources Humaines, de la mise en Gestion d'Approvisionnement des Stocks, Système d'Information de Santé, etcetera.

#### 5. Impacts attendus sur la SRMNIA-N

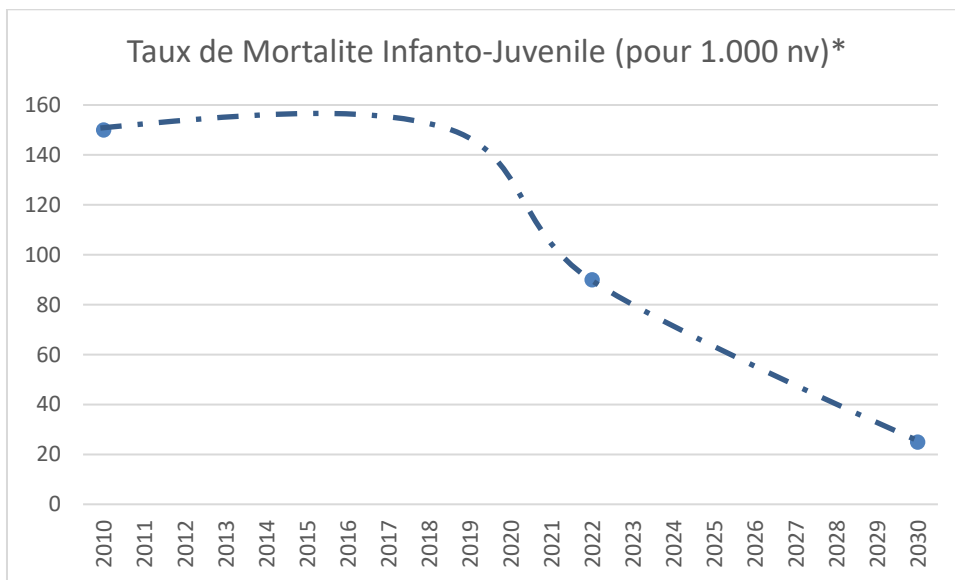
La mise en œuvre du DI devrait permettre la réduction du ratio de mortalité maternelle passant de 882 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015 (estimation OMS) à moins de 600 en 2022 et à 70 en 2030.

**Figure 2 : Taux de Mortalité Maternelle**



\*La ligne pointillée représente une tendance attendue ; les trois points de données représentent, respectivement, le nombre de décès maternels mesuré en 2015 et projeté pour 2022 et 2030 ; la réduction de la mortalité maternelle n'est qu'attendu à partir de la mise en œuvre du DI

**Figure 3 : Taux de Mortalité Infanto-Juvenile**



\*La ligne pointillée représente une tendance attendue ; les trois points de données représentent, respectivement, le nombre de décès infanto-juvéniles mesuré en 2010 et projeté pour 2023 et 2030; la réduction de la mortalité infanto-juvenile n'est qu'attendu à partir de la mise en œuvre du DI

A partir du niveau de base 150 /1.000 nv) en 2010 (estimation IGME), la mise en œuvre du présent DI permettra au Pays d'amorcer une évolution favorable de la MIJ vers l'atteinte de

L'ODD en 2030 avec un taux de MIJ qui connaîtrait une réduction de 40% et atteindre 90 décès pour 1.000 nv en 2022.

Cet impact attendu s'exprime en nombres de vies sauvées ; la mise en œuvre du DI permettrait d'éviter le décès à 513 mères, à 3.050 nouveau-nés et à 6.832 enfants de moins de 5 ans dans les différentes préfectures du pays atteignant un total de plus de **10.395** vies sauvées d'ici à 2022.

**Tableau 2 Estimation de nombre de vies additionnelles sauvées (modélisation EQUIST)**

Nombre de vies additionnelles sauvées	2020	2021	2022
Néonatales	1.219	2.482	3.050
Post néonatal & infantiles	3.122	5.245	6.832
Maternelles	213	420	513
<b>Total vies additionnelles</b>	<b>4.554</b>	<b>8.147</b>	<b>10.395</b>

L'utilisation des interventions à haut impact n'aura pas le même résultat en termes de décès évitables. C'est ainsi que :

- Quatre cinquièmes (82%) des vies maternelles pourraient être sauvées grâce à la mise à échelle de sept interventions à haut impact : (1) prise en charge du travail et accouchement propre, (2) prise en charge des avortements, (3) utilisation du sulfate de magnésium dans la prise en charge de la prééclampsie, (4) supplémentation en fer et en micronutriments, (5) prise en charge de l'infection maternelle, (6) prise en charge de la 3<sup>e</sup> phase du travail et (7) prise en charge de l'hypertension artérielle (HTA) gravidique
- Quatre cinquièmes (82%) des vies néonatales pourraient être sauvées grâce à la mise à échelle de ces cinq interventions à haut impact : (1) prise en charge du travail et accouchement propre, (2) prise en charge de l'infection néonatale y compris la pneumonie, (3) prise en charge du prématuré, (4) soins essentiels du nouveau-né et (5) réanimation néonatale efficace.
- Plus des deux tiers (71%) des vies infanto-juvéniles pourraient être sauvées grâce à la mise à échelle des sept interventions à haut impact : (1) prise en charge des cas de paludisme, (2) vaccination des enfants de moins de 5 ans, (3) prise en charge de l'infection respiratoire aiguë du nouveau-né, (4) prise en charge des insuffisance respiratoire aiguë (IRA), (5) prise en charge des cas de diarrhée, (6) prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (MAS) et (7) prise en charge de la prématurité.

## 6. Modalités de mise en œuvre du DI sur la SRMNIA-N

Le développement de l'offre de services passera par (i) la construction et l'équipement de structures de santé conformément à une carte sanitaire consensuelle, (ii) la mise en place d'un système efficace de gestion des approvisionnements et des stocks d'intrants essentiels de santé et par (iii) le développement des ressources humaines à travers la production, le recrutement, la formation continue et la motivation de personnels de santé qualifiés et engagés.

L'amélioration de la demande et de l'utilisation de cette offre de services nécessitera (i) l'amélioration de l'organisation des services, (ii) le renforcement de l'acceptabilité socio-culturelle des prestations offertes et (iii) le développement de stratégies d'accès financier en particulier pour les plus démunis.

Ainsi, l'adoption d'une politique de protection permettra d'améliorer l'accès financier des populations aux services essentiels de santé. Un décret portant gratuité ciblée des soins dans les formations sanitaires en RCA était déjà approuvé le 15 février 2019, donnant l'opportunité aux femmes enceintes, allaitantes et aux enfants moins de 5 ans de bénéficier des services de santé gratuites. Une politique de protection pourrait inclure également une assurance mutuelle ou la présence de stratégies d'autonomisation des femmes et de cash transfert conditionnés (remboursement des frais de transports)

## 7. Financement du DI sur la SRMNIA-N

Les ressources additionnelles nécessaires à la réalisation du DI augmentent avec l'élargissement du paquet d'interventions et la couverture en zones géographiques du pays pour atteindre plus de 85 milliards F CFA (85.854.426.695 F CFA), soit 150 millions \$ US (150.621.801 \$ US) pour les 3 années du DI. En moyenne, il s'agit d'un investissement supplémentaire annuel de plus de 28 milliards de F CFA (50 millions \$ US) qui sont requis pour atteindre les objectifs escomptés (voir tableau ci-dessous). La plus grande partie du budget couvrira les médicaments et la gestion logistique, suivi par le financement de la santé incluant le financement basé sur la performance et enfin les infrastructures et équipements.

*Tableau 3 Estimation des coûts pour la mise en œuvre du Dossier d'Investissement*

	2020	2021	2022	TOTAL	MOYENNE / AN
Coûts additionnels (en milliards de CFA)	25,95	26,41	33,48	<b>85,85</b>	<b>28,62</b>
Coûts additionnels (en millions \$) (**)	45,53	46,34	58,75	<b>150,62</b>	<b>50,21</b>
Coûts additionnels en FCA par tête d'habitant*	4.937	5.025	6.370	<b>16.333</b>	<b>5.444</b>
Coûts additionnels en USD par tête d'habitant (**)	8,7	8,8	11,2	<b>28,7</b>	<b>9,6</b>
Coûts additionnels en USD par vie sauvée (**)	9.999	5.688	5.651	-	-

Les gains sur le plan économique se feront sentir au fur et à mesure, car le coût par vie sauvée est élevé en première année (9.999 \$US) à cause des investissements en premier lieu conjugué



avec un résultat faible. Mais déjà à partir de la deuxième année, on enregistre une baisse importante du coût par vie qui se maintient en troisième année autour de 5.600 \$ US, soit 40% de moins que la première année.

*Tableau 4 Disponibilité de fonds et projections en RCA pour SRMNIA-N entre 2020 et 2022, les besoins et le gap financier pour la mise en œuvre du Dossier d'Investissement.*

<b>Projections de disponibilités (en USD)</b>				
<b>Source de financement</b>	<b>Engagement 2020</b>	<b>Engagement 2021</b>	<b>Engagement 2022</b>	<b>Engagement 2020 à 2022</b>
Gouvernement	2,673,556	2,673,556	2,673,556	8,020,668
UE Fonds Bekou	10,620,133	10,620,133	10,620,133	31,860,400
BM	7,041,465	5,743,208	5,743,208	18,527,880
GAVI	3,796,850	3,796,850	3,796,850	11,390,551
UNICEF	1,208,568	4,526,692	4,526,692	10,261,952
OMS	2,762,945	2,762,945	2,762,945	8,288,836
UNFPA	739,000	2,712,040	2,712,040	6,163,081
<b>Total</b>	<b>28,842,517</b>	<b>32,835,425</b>	<b>32,835,425</b>	<b>94,513,367</b>
<b>Besoins financiers pour le DI</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2020 à 2022</b>
<b>Scénario adopté</b>	45,532,843	46,341,848	58,747,110	150,621,801
<b>Gaps financiers pour le DI*</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2020 à 2022</b>
<b>Scénario adopté</b>	16,690,326	13,506,423	25,911,685	56,108,434

Détaillé par année, les besoins financiers ne seront pas couverts dès la première année, générant ainsi un GAP financier de 16 millions \$US en première année à plus de 25 millions \$US en 3<sup>ème</sup> année pour un montant global de 56 millions \$US à rechercher.

## 1. CONTEXTE NATIONAL

### 1.1. Contexte géo-politico-administratif et socio-économique et sécuritaire

Enclavé au centre du continent africain entre les deux Soudans à l'est, le Cameroun à l'ouest, le Tchad au nord et les deux Congo au sud, la République Centrafricaine (RCA) a une superficie<sup>7</sup> de 623.000 km<sup>2</sup> avec une pluviométrie six mois sur douze qui lui procure au sud un couvert végétal parmi les plus denses d'Afrique avec une zone de savane boisée au nord. Les seuls accès du Pays au Golf de Guinée se font à travers le Cameroun ou le Congo. Son climat subéquatorial offre des conditions propices au développement des maladies endémo épidémiques telles que le paludisme, les filarioses, la méningite, etc.

En 2017, la population du Pays est estimée à 5.154.080 habitants<sup>8</sup> avec 2,5% d'accroissement naturel et une répartition inéquitable sur le territoire national : « *les régions du centre, de l'Est et du Sud-Est occupent plus de la moitié du territoire national (53%) mais ne rassemblent que 20% de la population totale* »<sup>9</sup>. La population est en majorité rurale (62,1%) et jeune (49,4% avec moins de 18 ans).

Sur le plan administratif, la RCA est subdivisée en sept régions, 16 préfectures, 73 sous-préfectures, 35 districts sanitaires, et 177 communes dont 8 dans la région de Bangui.

Les troubles militaro-politiques récurrentes engendrés par la mauvaise gouvernance ont plongé la République Centrafricaine dans une crise profonde caractérisée par l'insécurité généralisée, la paupérisation de la communauté et la faillite totale de l'Etat mettant à rude épreuve la cohésion sociale et la solidarité nationale.

Ces crises militaro-politiques répétées ont amené une bonne partie de ces populations à se déplacer vers des zones – souvent urbaines – plus sécurisées ou vers les pays avoisinants éloignant la plupart de ces familles déplacées des services sociaux de base existants. En mars 2019, l'UNHCR<sup>10</sup> estime que 655.000 personnes ont été déplacées dans le pays à l'intérieur du pays et 600.000 environ se sont réfugiés dans les pays voisins.

Cette crise humanitaire, sociale et économique a été à l'origine d'une dégradation de tous les indicateurs de santé, signe de la détérioration des conditions de vie de la population et de la faillite du système sanitaire. En effet, « *plus de la moitié de la population dépend de l'aide humanitaire et il n'est plus possible de se déplacer dans la majeure partie du pays en toute sécurité. Cette situation limite la fourniture de l'assistance nécessaire aux populations vulnérables de manière adéquate* »<sup>11</sup>.

Sur le plan économique, la RCA est classée 188ème sur 189 pays pour l'Indice de Développement Humain (2018) et le Gouvernement ne dispose pas de ressources financières suffisantes pour satisfaire les besoins fondamentaux des populations, notamment en matière de Santé, Éducation, Formation, Emploi et Habitat et la croissance économique du Pays ne connaît pas un rythme soutenu et durable. En effet, le relèvement s'accomplit à un rythme plus faible que la moyenne observée dans les pays en sortie de crise<sup>12</sup> : à la suite d'une contraction de 36%

---

<sup>7</sup> PISS 2018-2019

<sup>8</sup> Projections avec corrections du RGPH de 2003

<sup>9</sup> PPAC 2018-2022

<sup>10</sup> <https://www.unhcr.org/fr/urgence-en-republique-centrafricaine.html>

<sup>11</sup> PPAC 2018-2022

<sup>12</sup> PISS 2018-2019

en 2013, le taux de croissance du produit intérieur brut (PIB) a atteint 1% en 2014 avant d'atteindre 5,5% en 2015 et se situe autour de 4,3% en 2018.

Cette contre-performance économique avec un Etat qui dépense plus qu'il ne gagne est le lit d'une paupérisation croissante, en particulier en milieu rural où la majeure partie de la population vit dans une situation de pauvreté et ne peuvent pas couvrir financièrement leurs besoins de santé.

## 1.2. Contexte de santé

### 1.2.1. Description du système de santé, de ses principaux intervenants et de ses principales sources de financement

Le système de santé est de type pyramidal avec le niveau central à son sommet, le niveau périphérique et opérationnel avec 35 districts sanitaires à la base et le niveau intermédiaire entre les deux avec les sept régions sanitaires. Ces régions et districts sanitaires sont directement rattachés à la Direction du Cabinet du Ministre de la Santé et de la Population et bénéficient de l'appui technique et financier des partenaires du secteur garantissant ainsi la fonctionnalité d'une bonne partie d'entre elles.

Au total, on dénombre 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<sup>13</sup>. Ces CS assurent tant bien que mal un paquet minimum d'activités (PMA) et réfèrent techniquement aux hôpitaux de district (HD) – au nombre de 52 – qui, à leur tour réfèrent aux cinq hôpitaux régionaux universitaires (HRU) qui peuvent recevoir directement des CS. Les HRU constituent ainsi le second niveau de référence. Le niveau tertiaire et ultime référence nationale est constitué de sept établissements nationaux dont trois de diagnostic et quatre de soins<sup>14</sup>.

**Tableau 5 Répartition géographique des types de formations sanitaires (FOSA)**

Région	Hôpitaux	Centre de santé	Poste de santé
RS 1	10	80	57
RS 2	8	72	56
RS 3	9	61	129
RS 4	7	49	79
RS 5	5	20	47
RS 6	9	61	57
RS 7	4	44	9
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>387</b>	<b>434</b>

Un cinquième (23%) des formations sanitaires (FOSA) avaient été totalement ou partiellement détruites, mais l'enquête SARA/HeRAMS<sup>15</sup> de 2019 stipule 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. L'enquête a dénombré (i) 0,8 médecins pour 10.000 habitants, (ii) 1,6 sages-femmes/infirmiers accoucheurs

<sup>13</sup> Enquête SARA/HeRAMS 2019

<sup>14</sup> PISS 2018-2019

<sup>15</sup> En 2019, une enquête SARA (Service Availability and Readiness Assessment) était menée dans les régions 1,2 et 7 et une enquête HeRAMS (Health Resources Availability Monitoring System)

pour 10.000, (iii) 2,5 infirmiers diplômé d'état pour 10.000 (Norme OMS : 25 médecins, infirmiers et sages-femmes pour 10.000 habitants<sup>16</sup>). Parmi les FOSA fonctionnelles, seules 31% et 48% ont respectivement accès à une source d'énergie ou à une source d'eau potable.

L'Etat, les communautés bénéficiaires, les collectivités locales, la Société civile nationale et internationale, le secteur privé et les partenaires techniques et financiers (PTF) sont les principaux intervenants dans le secteur de la santé en RCA. L'insuffisance de leadership gouvernemental et l'existence de zones échappant à tout contrôle étatique ne facilitent pas la coordination de l'ensemble de ces intervenants dont certains – collectivités locales et secteur privé – restent peu impliqués dans cette action de santé.

### **1.2.2. Principaux défis du système de santé**

Le contexte socio-sanitaire de la RCA est caractérisé par une dégradation continue de tous les indicateurs de santé depuis une quinzaine d'années, signe de la détérioration des conditions de vie de la population et de la faillite du système sanitaire<sup>17</sup>. Les niveaux de mortalité et de morbidité restent parmi les plus élevés du monde, et constituent en cela le premier défi important du secteur. Selon les estimations IGME pour 2010, la mortalité infanto-juvéniles reste très élevées avec 150 pour 1.000 naissances vivantes chez les enfants de moins de 5 ans. En 2015, l'OMS a estimé 882 de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes.

En réponse à cette situation sanitaire, les interventions à haut impact sur la SRMNIA-N restent insuffisamment utilisées avec des proportions non négligeables des populations ne bénéficiant pas de ces soins essentiels : 39% manquent la supplémentation en vitamine A jusqu'à 75% qui manquent l'utilisation des combinaisons thérapeutiques à base d'Artémisinine (ACT) en cas de paludisme tandis que 99% manquent le zinc en cas de diarrhée.

---

<sup>16</sup> OMS, Rapport sur la Santé dans le Monde 2006

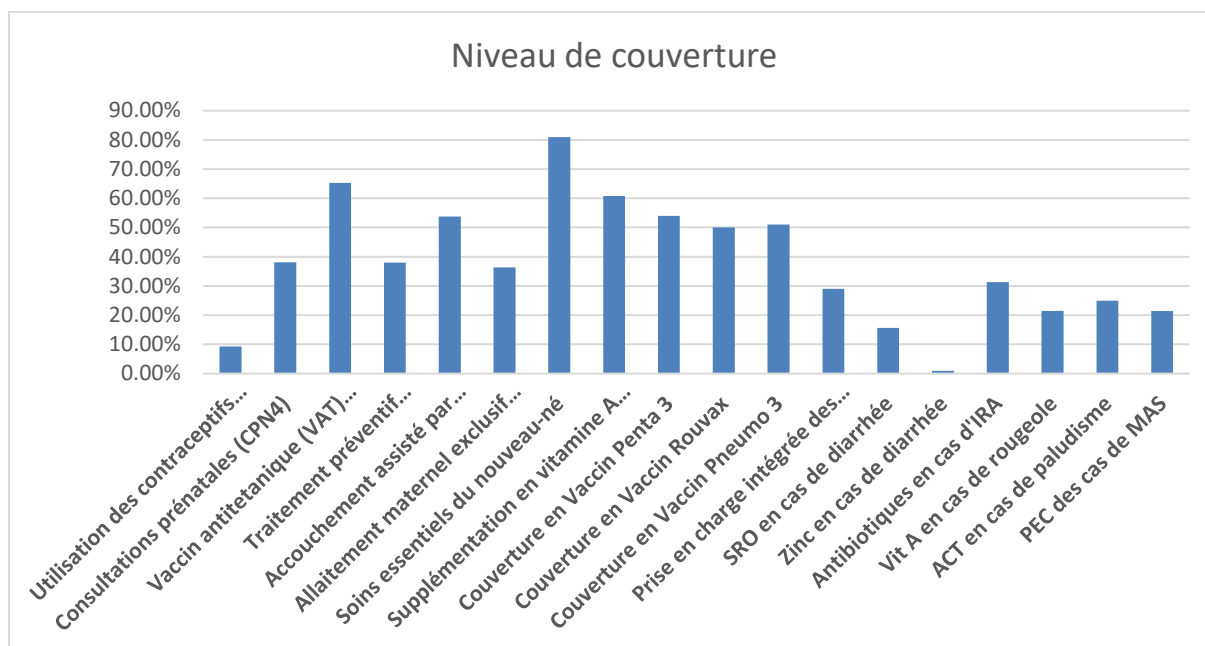
<sup>17</sup> PISS 2018-2019

**Tableau 6 Couvertures des principales interventions à haut impact**

<b>Indicateur de l'intervention à haut impact</b>	<b>Niveau de couverture</b>	<b>Référence</b>
Utilisation des contraceptifs modernes	9,3%	MICS 2010
Consultations prénatales (CPN4)	38,1%	MICS 2010
Vaccin antitétanique (VAT) pour femmes enceintes	65,3%	MICS 2010
Traitement préventif intermittent du paludisme (TPI3) chez femmes enceintes	38%	MICS 2010
Accouchement assisté par personnel qualifié	53,8%	MICS 2010
Allaitement maternel exclusif (6 mois)	36,3%	SMART 2018
Soins essentiels du nouveau-né	81%	HeRAMS 2016
Supplémentation en vitamine A (vit A)	60,8%	SMART 2018
Couverture en 3 <sup>e</sup> dose de vaccin pentavalent (Penta 3)	54%	JRF 2017
Couverture en Rouvax	50%	JRF 2017
Couverture en 3 <sup>e</sup> dose de vaccin anti-pneumococcique (Pneumo 3)	51%	JRF 2017
Prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant (PCIMNE) dans FOSA	29%	MICS 2010
Utilisation de la solution de réhydratation orale (SRO) en cas de diarrhée	15,6%	MICS 2010
Utilisation du Zinc en cas de diarrhée	0,9%	MICS 2010
Prise en charge (PEC) des infections respiratoires aiguës (IRA) par des antibiotiques oraux	31,3%	MICS 2010
Vit A en cas de rougeole	21,4%	MICS 2010
ACT en cas de paludisme	24,9%	MIS 2016
PEC des cas de malnutrition aigüe sévère (MAS)	21,4%	MICS 2010

Par ailleurs, l'utilisation des interventions à haut impact (IHI) sur la SRMNIA-N montre une discontinuité importante de ces soins essentiels depuis l'utilisation des contraceptifs chez les femmes en âge de procréer jusqu'à la prise en charge des cas de malnutritions chez les moins de 5 ans en passant par le suivi prénatal, l'accouchement, les soins du nouveau-né et les interventions préventives chez le jeune enfant (voir figure ci-dessous).

**Figure 4 : couverture des interventions à haut impact sur la SRMNIA-N**



En réponse à cette situation, le système de santé en RCA se caractérise par (1) une offre de service insuffisante en quantité et en qualité, (2) des faiblesses dans l’approvisionnement en médicaments et consommables essentiels, (3) des ressources humaines insuffisantes et mal réparties, (4) des financements insuffisants et peu prévisibles, (5) une information stratégique peu fiable et insuffisamment utilisée et (6) une faiblesse du leadership, de la coordination et des capacités de planification, de suivi et d’évaluation.

### **1.3. Processus d’élaboration du dossier d’investissement**

#### **1.3.1. But du DI**

La mise en œuvre du processus d’élaboration du dossier d’investissement (DI) devra permettre à la RCA de disposer d’un document consensuel de planification et de budgétisation facilitant une mobilisation et/ou une réorientation des ressources pour des actions efficaces en faveur de la santé et de la nutrition de la mère, du nouveau-né, de l’enfant de moins de 5 ans et de l’adolescent.

#### **1.3.2. Principales étapes du processus d’élaboration et de validation du DI**

Pour son élaboration, une feuille de route de dix étapes fut adoptée et suivie :

- 1) Adoption (selon la forme la plus appropriée) d’un plan d’action définissant les activités à mener et les ressources nécessaires jusqu’à l’adoption large du Dossier d’investissement ;
- 2) Collecte des données techniques<sup>18</sup> nécessaires au développement d’une application « Equist » adaptée aux besoins et priorités de la RCA ;

<sup>18</sup> Données relatives (i) aux mortalités maternelle, néo-natale et infantile, (ii) aux prévalences et incidences des principales causes de ces mortalités, (iii) aux niveaux de couverture des principales interventions à haut impact sur la SRMNIA-N et à

3) Vérification, validation et mise à jour des données dans l'outil « Equist » préalablement paramétré pour la RCA ;

**Encadré explicatif :**

Afin de garantir une planification basée sur l'évidence et répondant aux priorités d'un pays ou d'une région, les agences des Nations Unies ont développé des outils de planification et de budgétisation dont en particulier l'EQUIST et le One Health Tool (voir détails sur <https://www.equist.info/fr/pages/home> et <https://www.who.int/choice/onehealthtool/en/>).

L'outil « EQUIST » étant plus adapté à l'analyse et aux choix stratégiques intégrant la dimension équité, il a été utilisé au début du processus afin de procéder aux choix les plus appropriés tenant compte de la situation du pays ; ce qui a permis d'estimer les efforts techniques nécessaires (en matière de couvertures en interventions à haut impact) et les impacts attendus sur la SRMNIA-N. Par contre, il ne garantit pas toute la précision nécessaire au calcul des coûts et à l'estimation de l'espace budgétaire et du gap de financement, ce qui a été développé grâce à un « transfert » vers le « One Health Tool » des produits de Equist et une saisie des données financières qui ont été consolidées à cet effet.

Pour la modélisation EQUIST, les estimations OMS (2015) pour le TMM de 882/100,000 nv et IGME (2010) pour TMIJ de 150/1,000 nv sont utilisés. Les données du MICS 2010 indiquent un taux de 179/1,000 nv pour la MIJ. En utilisant le taux MIJ plus bas IGME pour la modélisation par rapport à une utilisation d'un taux plus élevé MICS, le nombre de vies potentiellement sauvées est donc sous-estimé avec le modèle. L'implication pour le DI c'est que le nombre de vies sauvées et les couts liés aux interventions pourrait être plus haut en réalité. Le DI présente donc un scénario minimum, par rapport aux vies sauvées et gap de financement. Il est fortement recommandé de mettre à jour le DI en utilisant les données du MICS 2019 dès qu'ils seront disponible.

4) Consolidation de l'application « Equist » adaptée aux besoins et priorités de la RCA : choix des interventions, analyse des goulots d'étranglement, proposition de stratégies correctrices, fixation de couvertures cibles, estimation et analyse des impacts ;

5) Validation des produits de « EQUIST » en matière de groupes, de zones et d'interventions prioritaires, de goulots d'étranglement du système de santé, de causes et de mesures correctives, de cibles et d'impacts attendus.

6) Consultation des acteurs clés (prestataires, bénéficiaires, organisations de la Société civile, leaders communautaires et religieuses ...) sur les causes et les déterminants de la mortalité maternelle, néonatale et infantile et des adolescents ayant permis de dégager leurs perceptions sur les causes de décès maternelles, néonatales et infantiles ainsi que les stratégies de lutte.

7) Organisation d'une rencontre nationale sous le Haut Patronage de La Première Dame de Centrafrique, Madame Brigitte TOUADERA, et la participation de la Ministre de l'Action Humanitaire et de la Réconciliation Nationale, Madame Virginie MBAÏKOUA, Représentant son Excellence le Premier Ministre, du Ministre de la santé et de la population Dr Pierre SOMSE ainsi que des Représentants de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, et de l'ONUSIDA sur une réflexion autour de la mortalité maternelle, néonatale et Infantile regroupant (i) les Cadres des Ministères de la Santé, de l'Action Humanitaire, de la Sécurité Publique et de l'Education, (ii) les Agences des Nations-Unies, (iii) les ONG/OAC, (iv) la Plate-forme religieuse et (v) les parties- prenantes en provenance de l'intérieur du pays et de Bangui.

---

leurs iniquités, et (iv) à l'offre et à la demande des services préventifs et curatifs de santé en lien avec ces interventions à haut impact

- 8) Collecte des données financières nécessaires<sup>19</sup> à l'estimation du gap financier tenant compte de l'estimation de l'espace budgétaire pour la santé ;
- 9) Développement d'une application « One Health Tool » intégrant à la fois (i) les produits de l'application « Equist » en matière d'iniquités, d'interventions, de goulots, de causes de goulots, de cibles et d'impacts et (ii) les produits de la cartographie des ressources ; parallèlement, les coûts unitaires proposés par le « One Health Tool » ont été adaptés à la situation du Pays afin de disposer de budgets réalistes et conformes aux besoins nationaux en matière de SRMNIA-N;
- 10) Rédaction et partage de ce Dossier d'investissement avec trois scénarii facilitant les choix stratégiques tenant compte des résultats attendus et de la faisabilité technique et financière ;
- 11) Validation technique du Dossier d'investissement au cours d'un atelier national impliquant les autorités centrales des Ministères de la santé, de la planification et des finances, des PTFs de la santé, des niveaux décentralisés du secteur de la santé et des représentants des communautés ;
- 12) Adoption du Dossier d'investissement par le Comité de pilotage impliquant les Ministères du plan et des finances ainsi que les principaux PTF du secteur suivi de table ronde pour mobilisation des ressources.

---

<sup>19</sup> Avec cartographie des ressources disponibles ou mobilisables



## 2. ANALYSE SITUATIONNELLE DE LA SANTE ET DE LA NUTRITION DE LA MERE, DU NOUVEAU-NE, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

### 2.1. Principaux indicateurs de santé et de nutrition de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (SMNEA)

#### 2.1.1. Niveaux et tendance des mortalités maternelles, néonatales et infanto-juvéniles

Les taux de mortalité néonatale (46 p 1000) et infanto-juvéniles (150 p 1000) ainsi que le ratio de mortalité maternelle (880 décès maternels p 100.000 nv) restent parmi les plus élevés en Afrique sub-saharienne où la moyenne est estimée respectivement à 24,7 p 1000, 75 p 1000 et 546 p 100.000 nv<sup>20</sup>.

*Tableau 7 : Principaux indicateurs de mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvéniles*

Indicateurs	Données de base	Année	Source
Mortalité maternelle	882 p 100.00	2015	Estimation OMS <sup>21</sup>
Mortalité néonatale	46 p 1000	2010	Estimation IGME <sup>22</sup>
Mortalité Infanto-Juvénile	150 p 1000	2010	Estimation IGME

Selon les estimations du Groupe Inter Agences des Nations Unies, le taux de mortalité Infanto-Juvénile<sup>23</sup> (MIJ) se situerait à 150 pour mille. Selon le MICS 2010, les deux derniers quintiles les plus pauvres semblent les plus touchés (plus particulièrement le 2<sup>e</sup> quintile, avec un taux de mortalité supérieur de 21 % à la moyenne) alors que le taux de mortalité est inférieur de 35 % chez le quintile le plus riche.

Les graphiques ci-dessous montrent qu'en suivant les tendances actuelles, l'écart par rapport aux ODD est très important, et ces objectifs ne seraient pas atteints malgré le maintien des tendances de 2010. C'est pourquoi, des efforts soutenus doivent être déployés afin que la RCA tende vers l'atteinte des ODD.

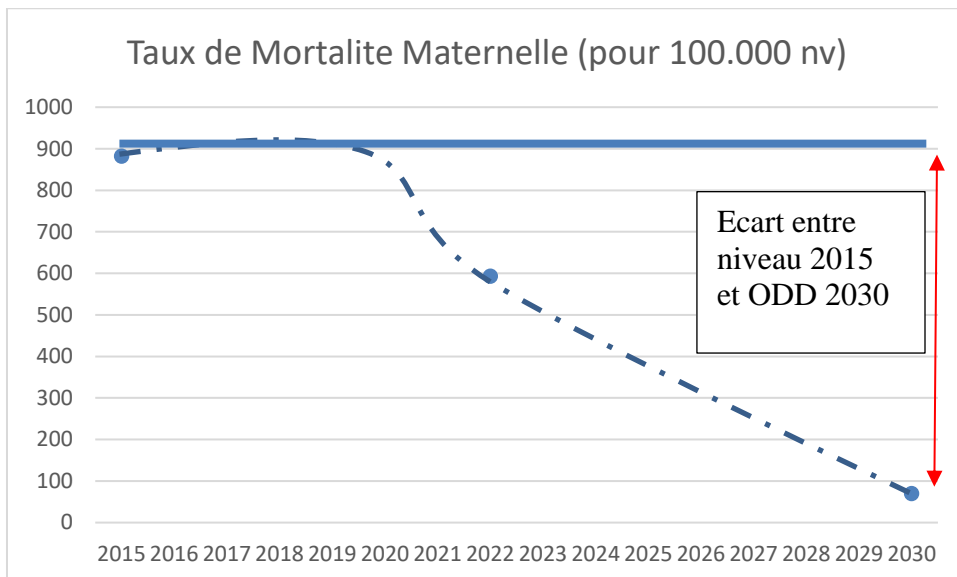
*Figure 5 : Taux de mortalité maternelle et l'écart pour atteindre les ODD*

<sup>20</sup> Site UNICEF

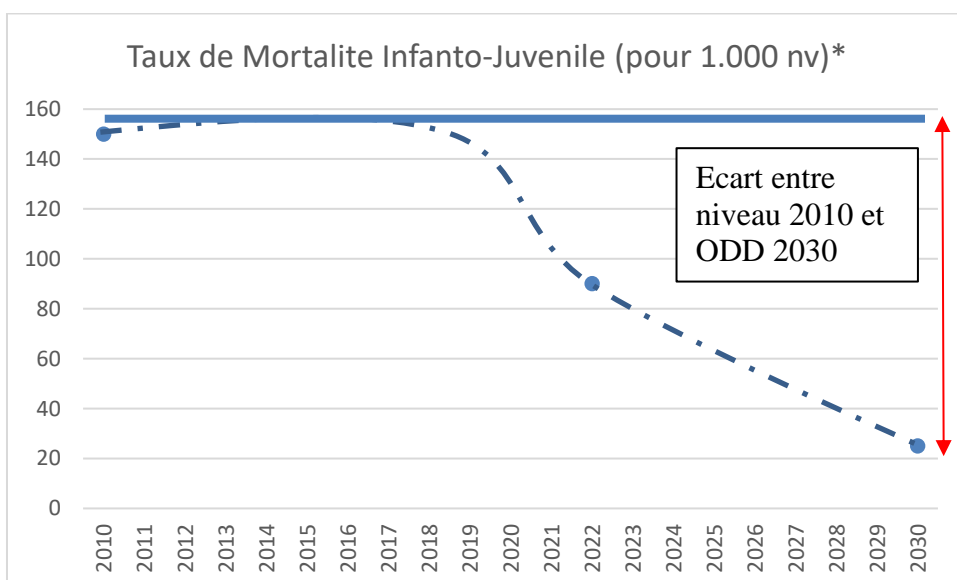
<sup>21</sup> OMS (2015), *Trends in Maternal Mortality 1990 to 2015* (estimations d'OMS, UNICEF, UNFPA, Banque Mondiale et la Division de la Population des Nations Unies)

<sup>22</sup> United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (IGME), constitué par l'OMS, UNICEF, UNDESA et la Banque Mondiale

<sup>23</sup>Risque de décéder entre la naissance et avant le cinquième anniversaire



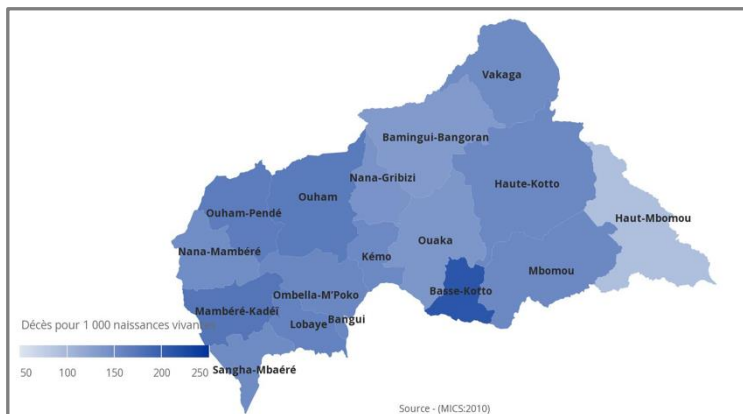
**Figure 6 : Taux de mortalité Infanto-Juvenile et l'écart pour atteindre les ODD**



**2.1.2. Poids relatifs des mortalités maternelles, néonatales et infanto-juvéniles par région**

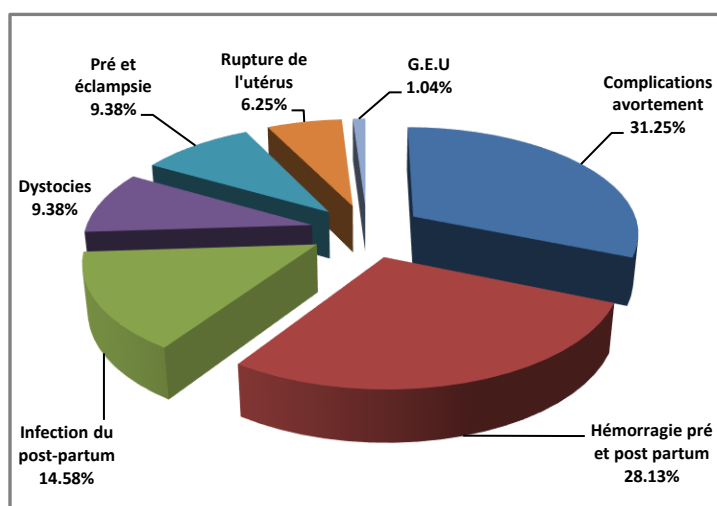
**Figure 7 : Cartographie de la mortalité infanto-juvenile en RCA**

Cette carte montre que le problème de mortalité infanto-juvénile se pose avec plus de sévérité dans les préfectures sanitaires de Basse Kotto, Mambéré Kadéï, Lobaye, Ombella M'poko, Kémo, Haute Kotto et Mbomou qui enregistrent un taux de décès supérieur à la moyenne nationale.



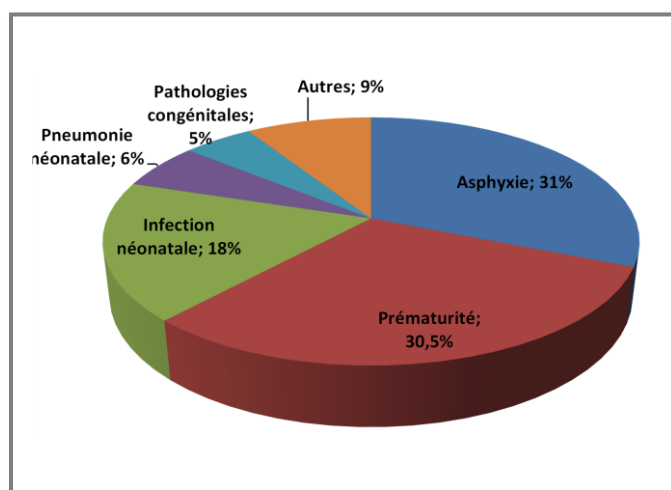
### 2.1.3. Causes de mortalités maternelles, néonatales et infanto-juvéniles en RCA

*Figure 8 : Répartition des causes de décès maternels en RCA*



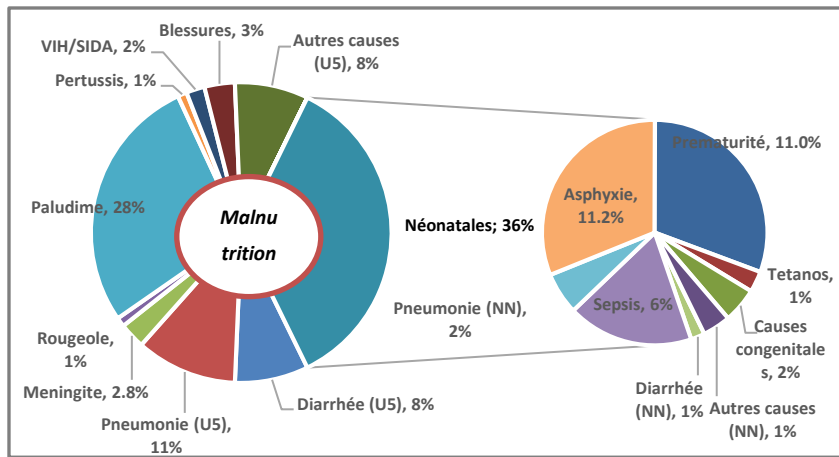
En RCA, 760 des 882 cas de décès sont imputables aux cinq causes de décès maternels (DM). Selon l'enquête sur les soins obstétricaux d'urgence (SOU) réalisée en 2010, les causes des décès maternels les plus fréquentes ont été les complications liées aux avortements (31,25%), suivies des hémorragies du post partum (28,13%), des infections du post partum (14,58%), des dystocies et de l'éclampsie (6,25% chacun).

*Figure 9 : Répartition des causes de décès néonataux en RCA*



Plus de 85% des décès néonataux sont dus à l'asphyxie (31%), la prématurité (30%), les infections néonatales (18%) et la pneumonie du NN (6%).

*Figure 10 : Répartition des causes de décès infanto-juvéniles en RCA*



Chez les moins de 5 ans, la Malnutrition demeure une cause sous-jacente très importante. Ainsi, l'enquête MICS 4 montre que 24% et 8% des enfants de moins de 5 ans sont, respectivement, affectés par l'insuffisance pondérale modérée et sévère alors que le retard de

croissance se manifeste de façon modérée chez 41% des enfants de moins de 5 ans et de façon sévère chez 18% de ces enfants. Enfin, 7% des enfants de moins ont une malnutrition aiguë modérée au moment où sont 2% d'entre eux atteints par la forme sévère menaçant la vie. En fonction du milieu de résidence, et toujours selon la MICS 2010, la malnutrition chronique est plus un fardeau pour le monde rural qu'urbain (42% contre 38%), tandis que la malnutrition aiguë est plutôt l'apanage du milieu urbain (9% contre 7%).

L'insuffisance pondérale frapperait de manière indiscriminée aussi bien les enfants du milieu rural (24%) qu'urbain (23%).

Au-delà des causes néonatales, les décès chez les enfants de moins de 5 ans sont dominés par le paludisme, la pneumonie, la diarrhée, la malnutrition aiguë et la méningite qui totalisent plus de 70%.

Les adolescents (10 à 19 ans) représenteraient 23,3% de la population. Plus de 45% des femmes âgées 20-24 étaient exposées aux grossesses précoces avant 18 ans, avec un taux de fécondité de 23% (229 par 1000) entre les adolescentes ; près de 30% d'entre elles ont des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans contre 11,2% chez les garçons au même âge.

**Tableau 8 : Principaux indicateurs de santé des adolescents en RCA**

Indicateurs	Données de base	Année	Source
Grossesses précoces (naissance vivante avant 18 ans)	45,3%	2010	MICS 4
Rapports sexuels à l'âge de 15 ans chez les jeunes femmes	28,7%	2010	MICS 4
Rapports sexuels à l'âge de 15 ans chez les jeunes hommes	11,2%	2010	MICS 4
Taux de fécondité chez les adolescentes	229 par 1000	2010	MICS 4

Les causes de décès chez les adolescents en RCA seraient dominées par les complications des avortements clandestins (Hémorragie, septicémie...), l'hémorragie de la délivrance chez les adolescentes en grossesse, les traumatismes liés aux accidents de la voie publique et le VIH/SIDA.

## 2.2. Couverture en interventions à haut impact pour la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent

Pour la modélisation EQUIST les interventions à haut impact sur la SRMNIA-N comprennent des prestations préventives et d'autres curatives organisées en trois groupes de soins :

- le groupe de soins communautaires comprenant essentiellement des interventions préventives pouvant être assurées par les ménages eux-mêmes ou par les agents communautaires
- le groupe de soins préventifs constitué des interventions préventives nécessitant la présence d'un personnel de santé soit en fixe dans une FOSA ou en mobile lors de services portés vers les populations
- le groupe de soins curatifs offert à différents niveaux de la pyramide de soins en fonction du niveau de technicité nécessaire ; il est subdivisé en deux sous-niveaux (clinique simple et de référence).

### Méthode de l'analyse des Goulots d'étranglement

L'analyse des couvertures en interventions essentielles peut se faire de plusieurs manières. Ainsi, en partant d'un idéal de 100% de couverture de tous les individus dans le besoin – femmes, enfants ou adolescents en fonction de l'intervention – la méthode d'analyse des goulots d'étranglement se base sur le modèle<sup>24</sup> qui conditionne cette couverture optimale en intervention efficace par (i) une offre optimale (intrants, ressources humaines et accès au service) et (ii) une demande suffisante grâce à une accessibilité financière et une acceptabilité socio-culturelle. Ainsi, ces différents déterminants (disponibilité des intrants et des ressources humaines, accessibilité géographique, accessibilité financière, acceptabilité socio-culturelle, couverture adéquate) sont exprimés pour chaque intervention à travers des indicateurs qui permettent d'apprécier leur niveau afin de dégager les obstacles à une couverture efficace de qualité qui est la finalité recherchée.

Les données en faveur de l'offre de service sont estimées en fonction des structures communautaires ou formelles devant assurer la prestation alors que les données d'accessibilité financière, d'acceptabilité socio-culturelle ou de couverture (adéquate ou efficace) sont rapportées aux populations dans le besoin. Par exemple, les accouchements assistés seront calculés par rapport aux grossesses attendues, la mise sous ARV en PTME par rapport au nombre de femmes enceintes séropositives attendues (et non seulement à celles dépistées dans les FOSA), la prise en charge du paludisme par rapport aux cas attendus de paludisme et la prise en charge de la malnutrition (guérison) par rapport au nombre attendu d'enfants malnutris.

Pour chacun des trois domaines couverts<sup>25</sup>, il est procédé à l'analyse des paquets d'intervention aux niveaux communautaire, préventif et curatif à travers des interventions « traceurs » choisis au sein de chaque paquet dans une logique de représentativité rendant le processus moins lourd.

Ce processus de choix des interventions traceurs, de définition des déterminants du modèle, de collecte des données, de calcul ou d'estimation de certaines données, et de détermination des goulots a été réalisé dans le cadre d'un travail participatif au cours de l'atelier « Equist ».

<sup>24</sup> Modèle de Tanahashi développé en 1978 dans le cadre du monitoring du système de santé

<sup>25</sup> Santé maternelle et néonatale, santé infanto-juvénile, santé des adolescents

## 2.2.1. Interventions à haut impact en matière de Santé maternelle et néo-natale

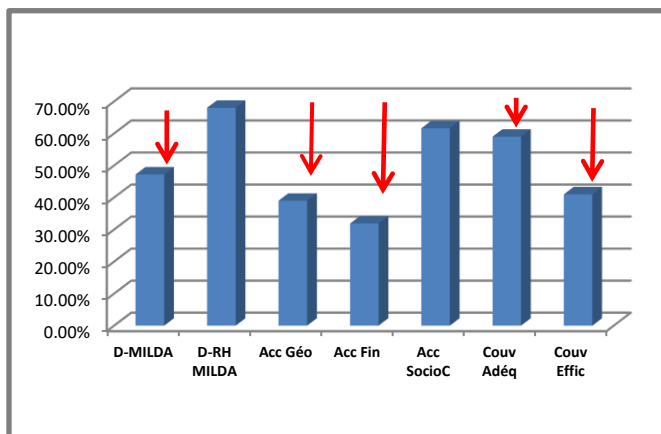
### 2.2.1.1. Interventions communautaires pour la santé maternelle et néonatale

**Tableau 9 : Couvertures de base pour les principales interventions « communautaire » en faveur de la santé maternelle et néonatale**

Indicateurs	Donnée de base	Année	Source
Assainissement amélioré (évacuation hygiénique des selles)	50,2%	2010	MICS 2010
Utilisation des MILDA par les femmes enceintes	59%	2016	MIS
Pulvérisation intra-domiciliaire	34,2%	2010	MICS 2010
Alimentation diversifiée pour la mère et l'enfant	22,9%	2010	MICS 2010

Afin d'analyser les goulots d'étranglement sur la voie d'une utilisation universelle du paquet communautaire maternel, l'utilisation de la moustiquaire imprégnée à longue durée (MILDA) par les femmes enceintes a été retenue comme intervention traceur.

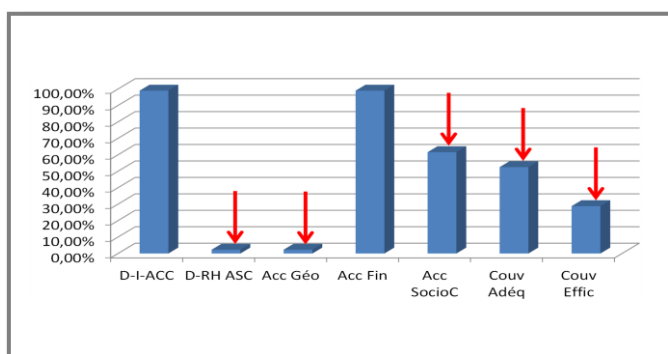
**Figure 11 : Principaux déterminants de l'utilisation des MILDA par les femmes enceintes**



Deux femmes enceintes sur cinq ne dorment pas régulièrement sous une MILDA<sup>26</sup>. Cette situation serait essentiellement due (i) à une disponibilité insuffisante de MILDA, (ii) à un manque d'information sur l'utilisation des MILDA, (iii) à un accès insuffisant des sites de distribution (au niveau des FOSA) et (iv) aux coûts indirects liés au transport jusqu'aux sites.

Pour le paquet communautaire néonatal, c'est l'allaitement maternel exclusif (AME) qui a été retenu comme intervention traceur pour l'analyse de ses goulots d'étranglement.

**Figure 12 : Principaux déterminants de l'AME chez les nouveau-nés**



Malgré une disponibilité totale et permanente du lait maternel (seul intrant nécessaire), deux tiers des enfants de moins de 6 mois n'ont pas

<sup>26</sup> MILDA : Moustiquaires imprégnées à longue durée d'action

bénéficié d'AME. Selon le MICS 2010, le principal frein reste « l'acceptabilité socio-culturelle » liée à des considérations socio-culturelles autour de l'insuffisance du lait, du risque de soif ou de la nécessité, pour les plus petits, de consommer du sucre. Dans ce sens, la faiblesse des actions communautaires de promotion des pratiques familiales essentielles (PFE) et la quasi-inexistence d'agents relais communautaires ne favorisent pas un changement positif de ces comportements d'alimentation artificielle ou d'allaitement mixte.

Globalement, il ressort de cette analyse que la faiblesse de la santé communautaire constitue un frein à l'utilisation des interventions préventives qui auraient pu s'offrir au niveau communautaire à moindre coût et de manière mieux adaptée à certaines situations de crises socio-politiques.

### **2.2.1.2. Interventions préventives pour la santé maternelle et néonatale**

**Tableau 10 : Couvertures de base pour les principales interventions préventives en faveur de la santé maternelle et néonatale**

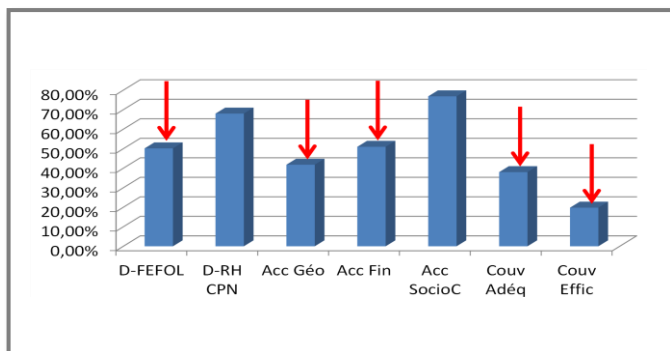
<b>Indicateurs</b>	<b>Données de base</b>	<b>Année</b>	<b>Source</b>
Planification familiale (utilisation des contraceptifs modernes)	9,3%	2010	MICS
Consultation prénatale (CPN4)	38,1%	2010	MICS
Vaccination antitétanique pour femme enceinte (FE)	65,3%	2010	MICS
TPI 3 chez femmes enceintes	38%	2016	MIS
Prise en charge des cas de paludisme chez la femme enceinte	24,9%	2016	MIS
Prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) <sup>27</sup>	9,8%	2014	Rap OMD, 2015

L'utilisation du fer et acide folique par les femmes enceintes a été retenue comme intervention traceur pour l'analyse des goulots d'étranglement du paquet préventif maternel.

### **Figure 13 : Principaux déterminants du suivi prénatal des FE**

<sup>27</sup> Prévention de la transmission mère-enfant du VIH

Plus de trois femmes enceintes sur cinq n'ont pas bénéficié des 4 CPN recommandées au cours d'une grossesse. Les principaux goulots seraient liés (i) à la disponibilité des intrants essentiels (ex : fer et acide folique), (ii) à l'accès géographique aux services de CPN et (iii) au coût indirect de transport ou d'exams complémentaires. Par ailleurs, seule la moitié des femmes enceintes ayant bénéficié de 4 CPN ont été supplémentées en fer et acide folique, et

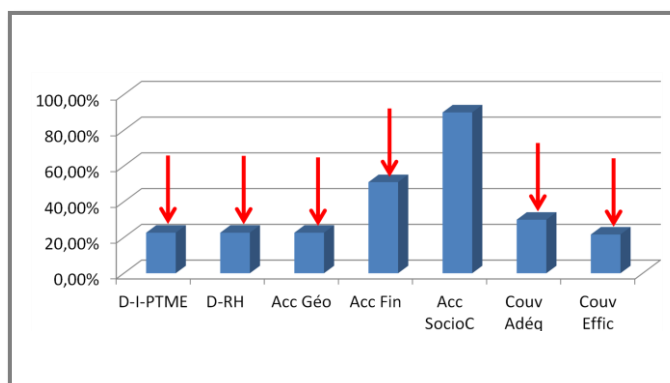


donc ont reçu une CPN complète de qualité.

Pour le paquet préventif néonatal, c'est la prévention de la transmission mère-enfant du VIH qui a été retenue comme intervention traceur pour l'analyse de ses goulots d'étranglement.

**Figure 14 : Principaux déterminants de la PTME chez les FE**

L'analyse de la PTME montre une intervention encore très limitée en offre (31%, HERAMS 2016) et en utilisation. Malgré une CPN1 suffisamment élevée (69,1%) – pouvant supporter une large mise à échelle de la PTME – la disponibilité des tests et des ARV et l'accès à une structure offrant la PTME restent très limitées au moment où l'accès aux services de CPN dépasse les 40% des femmes enceintes.



Globalement, la faiblesse du système de gestion des approvisionnements et

des stocks (GAS), et la couverture sanitaire en services fixes limitée avec une répartition peu équitable des ressources humaines qualifiées handicapent fortement la mise à échelle des services préventifs en faveur de la femme enceinte et du nouveau-né. Par ailleurs, la faiblesse des services portés aux populations (à travers les activités avancées et mobiles) n'a pas permis de solutionner – même temporairement – l'insuffisance d'accès aux services fixes dans ce Pays où des solutions innovantes doivent être trouvées pour les populations qui s'y trouvent.

### 2.2.1.3. Interventions de prise en charge pour la santé maternelle et néonatale

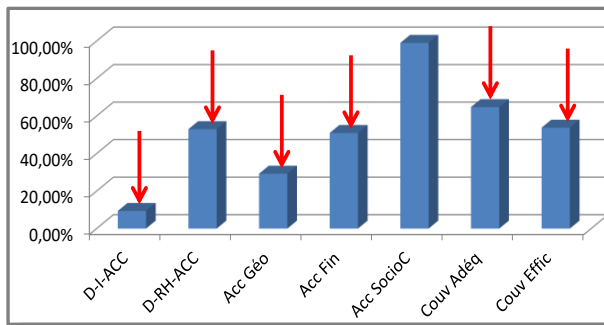
**Tableau 11 : Couvertures de base disponibles pour les principales interventions de prise en charge de la santé maternelle et néonatale**

Indicateurs	Données de base	Année	Source
Prise en charge intégrée des maladies néonatales	29,0%	2010	MICS 4
Accouchement assisté par un personnel qualifié	53,8 %	2010	MICS 4
Soins essentiels du nouveau-né	81 ,0 %	2016	HERAMS



L'accouchement assisté par un personnel qualifié a été retenue comme intervention traceur du paquet curatif maternel.

**Figure 15 : Principaux déterminants de l'accouchement assisté par un personnel qualifié**



L'offre d'accouchement assisté par un personnel qualifié reste limitée à cause de la faiblesse de la couverture sanitaire (moins de 30%), de l'insuffisance de disponibilité des intrants d'accouchement (gants, solutés, médicaments, ...) et de l'insuffisance du nombre de sage femmes et d'infirmiers accoucheurs avec une répartition peu équitable.

La réanimation néonatale étant fortement liée à l'accouchement assisté et n'ayant pas de données spécifiques, l'équipe « d'experts » a assimilé les données pour les différents déterminants à celles de l'accouchement assisté, ce qui ne permet pas d'analyse ciblant spécifiquement cette intervention.

L'insuffisance de couverture sanitaire et de personnels qualifiés mettent la pression sur les structures d'accouchement donnant une « couverture adéquate » supérieure à l'offre d'accouchement, mais au détriment de la qualité des accouchements réalisés dans les FOSA qui baissent de 65% d'accouchements « théoriquement » assistés à moins de 54% d'accouchements effectués selon les normes avec un suivi actif grâce à l'application du partogramme.

## 2.2.2. Interventions à haut impact en matière de Santé infanto-juvénile

### 2.2.2.1. Interventions communautaires pour la santé infanto-juvénile

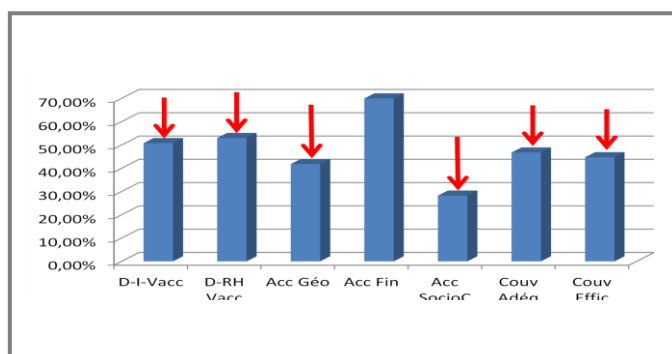
**Tableau 12 : Couvertures de base pour les principales interventions « communautaire » en faveur de la santé infanto-juvénile**

Indicateurs	Données de base	Année	Source
Lavage des mains au savon	60,9%	2010	MICS 2010
Utilisation des MILDA par les enfants de moins de 5 ans	55,0%	2016	MIS
Promotion de l'allaitement maternel optimal	62,0%	2010	MICS 2010
Allaitement maternel exclusif	36,3%	2018	SMART 2018
Alimentation de complément adéquate	22,9%	2010	MICS 2010

Le lien fort au sein du couple mère-enfant fait que plusieurs aspects passés en revue dans l'analyse des paquets de santé maternelle et néonatale vont se répéter dans cette partie spécifique à la santé infanto-juvénile.

Afin d'analyser les goulots d'étranglement sur la voie d'une utilisation universelle du paquet communautaire infanto-juvénile, le lavage des mains a été retenu comme intervention traceur.

**Figure 16 : Principaux déterminants du lavage des mains au savon**



Trois mères sur cinq ne se lavent pas les mains au savon dans les moments critiques<sup>28</sup> ; seules deux cinquièmes des mères disposent d'eau et de savon au domicile, ce qui constitue un premier frein à cette pratique essentielle alors que le deuxième frein serait le coût d'accès à l'eau ou d'achat du savon en l'absence de campagnes de promotion de ce lavage

des mains et de quasi-inexistence de relais communautaires dans les villages.

Comme précédemment signalé, la faiblesse de la santé communautaire constitue un frein à l'utilisation de ce paquet d'interventions préventives qui auraient pu s'offrir au niveau communautaire à moindre coût et de manière mieux adaptée à certaines zones isolées à cause des crises socio-politiques.

### 2.2.2.2. Interventions préventives pour la santé infanto-juvénile

**Tableau 13 : Tableau 11: Couvertures de base pour les principales interventions préventives en faveur de la santé infanto-juvénile**

Indicateurs	Données de base	Année	Source
Supplémentation en vitamine A	60,8%	2018	Enquête SMART 2018
Vaccin BCG	59,0%	2017	RCA-WHO-UNICEF JRF
Vaccin antipoliomyélitique	51,0%	2017	RCA-WHO-UNICEF JRF
Vaccin Pentavalent 3	54,0%	2017	RCA-WHO-UNICEF JRF
Vaccin antipneumococcique3	51,0%	2017	RCA-WHO-UNICEF JRF
Vaccin contre la rougeole	50,0%	2017	RCA-WHO-UNICEF JRF

La « vaccination plus<sup>29</sup> » plus a été retenue comme intervention traceur pour l'analyse du paquet préventif infanto-juvénile.

**Figure 17 : Principaux déterminants de la vaccination plus**

Malgré l'organisation d'activités avancées de vaccination, moins de la moitié des enfants ont bénéficié de 3 doses de Penta au moment où l'accès géographique aux services de vaccination est d'environ 40%. Cependant, les FOSA fonctionnelles n'offrent pas toutes et de manière régulière la vaccination aux enfants de moins d'un an.

<sup>28</sup> Moments critiques pour le lavage des mains : lors de la préparation des repas, après la défécation, avant de manger ou avant de faire manger les enfants

<sup>29</sup> Vaccination intégrée à la distribution de vitamine A et déparasitage

### 2.2.2.3. Interventions de prise en charge pour la santé infanto-juvénile

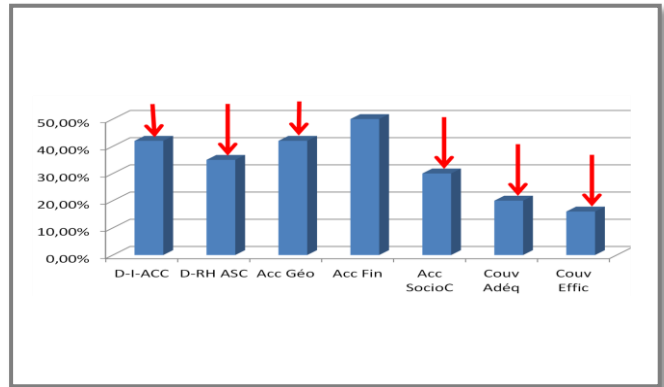
**Tableau 14 : Couvertures de base pour les principales interventions curatives en faveur de la santé infanto-juvénile**

Indicateurs	Données de base	Année	Source
SRO en cas de diarrhée	15,6%	2010	MICS 2010
Traitement de la diarrhée avec le Zinc	0,9%	2010	MICS 2010
Antibiotiques oraux pour pneumonie chez l'enfant	31,3%	2010	MICS 2010
Vitamine A pour le traitement de la rougeole	21,4%	2010	MICS 2010
Antipaludique (combinaison à base d'artémisinine)	24,9%	2016	MIS 2016
Traitement de Malnutrition Aigue	21,4%	2010	MICS 2010

La prise en charge de la malnutrition a été retenue comme une intervention traceuse du paquet curatif infanto-juvénile.

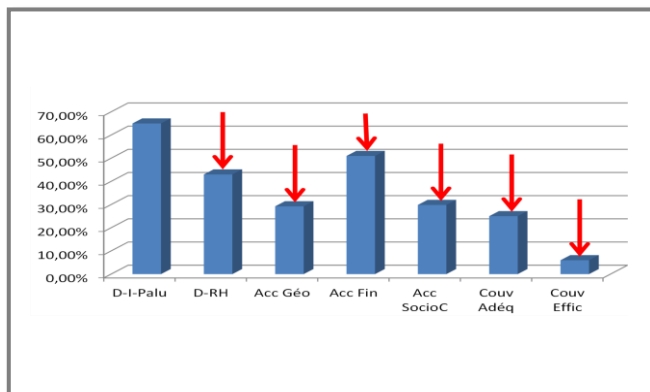
**Figure 18 : Principaux déterminants de la prise en charge de la MAS**

Malgré une assez bonne offre de services de prise en charge de la MAS, moins de 15% des enfants malnutris attendus sont correctement pris en charge. La faiblesse de la promotion communautaire et l'insuffisance d'accompagnement des mères des enfants malnutris réduirait fortement l'utilisation des services offerts.



La prise en charge des cas de paludisme a été retenue comme une 2<sup>ème</sup> intervention-traceur du paquet curatif infantile.

**Figure 19 : Principaux déterminants de la prise en charge des cas de paludisme**



Moins de 10% des cas de paludisme attendus sont correctement pris en charge dans les 48 premières heures. L'accès géographique et financier aux services offrant une PCIME de qualité et le recours aux tradipraticiens constituent un premier frein à cette prise en charge des cas bénéficiant seulement à un enfant sur quatre atteint par le paludisme. L'insuffisance voire la quasi-absence de recyclage et de supervision réguliers associés à

l'insuffisance de la promotion communautaire d'une prise en charge précoce réduiraient la qualité de ces services de prise en charge les ramenant à moins de 10% des cas.

### 2.2.3. Interventions à haut impact en matière de Santé des adolescents et des jeunes

L'absence de données relatives à l'utilisation des interventions par les adolescents et les jeunes dénote déjà du faible intérêt porté à la santé de ce groupe. L'utilisation du préservatif par les jeunes a été retenue comme intervention traceur du paquet communautaire en faveur des adolescents et des jeunes.

#### 2.2.3.1. Interventions communautaires pour la santé des adolescents

Pour mener l'analyse des goulots relatifs aux interventions communautaires en faveur des adolescents et des jeunes, l'utilisation des préservatifs par les adolescents a été retenue comme intervention traceur de ce paquet.

### Figure 20 : Principaux déterminants de l'utilisation du préservatif par les jeunes

L'adoption de comportement sexuel protégeant du VIH et des IST (connaissance des modes, rapports à moindre risque et utilisation du préservatif) reste encore très faible auprès des adolescents et des jeunes (14-24 ans). L'accès au préservatif et à un relai communautaire formé et l'insuffisance voire l'absence de programme ciblé de communication pour le changement de comportements constitueraient les principaux goulots d'étranglement entravant l'évolution de cette couverture efficace en matière de prévention du VIH et des IST.

#### 2.2.3.2. Interventions préventives pour la santé des adolescents

Pour les interventions préventives en faveur des adolescents et des jeunes, l'utilisation du dépistage du VIH a été retenue comme intervention traceur de ce paquet.

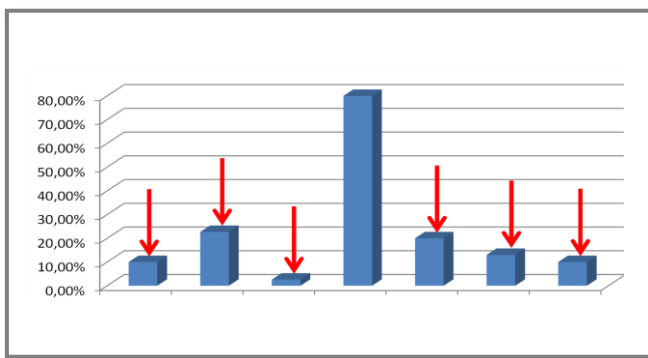


Figure 21: Principaux déterminants du dépistage du VIH chez les adolescents

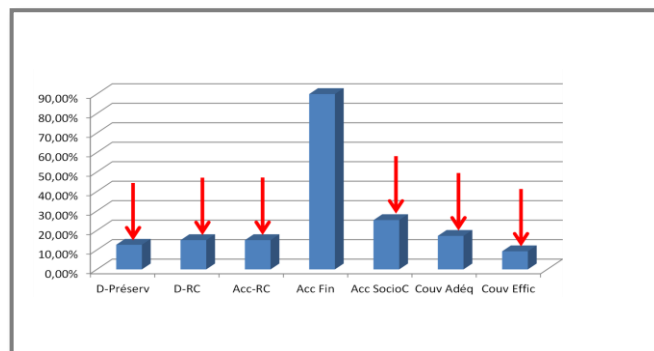
Le dépistage du VIH selon les normes (avec counseling pré et post-test, et retrait des résultats) chez les adolescents est très limité (moins de 10%) ; en cause (i) une offre de services d'adolescents elle-même très limitée et (ii) d'importants tabous liés à une méconnaissance des modes de

transmission et des moyens de prévention du VIH et des IST, et des bienfaits de la connaissance de son statut.

### 2.3. Synthèse des principaux goulots d'étranglement et mesures correctives pour une utilisation effective des services de SRMNIA-N de qualité

Tenant compte de la documentation disponible et de la connaissance de la situation du système de santé, les différentes parties prenantes du processus ont mené une analyse des causes de ces goulots d'étranglement afin de leur proposer des mesures correctives adaptées à la situation du Pays. L'assistance technique a joué un rôle de guidance et de partage des expériences d'ailleurs qui a facilité l'aboutissement aux causes consensuelles ci-dessous. Les causes de ces goulots et leurs mesures correctives sont présentées ci-dessous par groupe de déterminants :

- les déterminants de l'offre de service pour tout ce qui concerne la disponibilité des intrants, la disponibilité des ressources humaines qualifiées et l'accessibilité géographique.



- les déterminants de la demande de services avec en particulier l'accessibilité financière et l'acceptabilité socio-culturelle et comportementale
- les déterminants en lien avec les piliers du système de santé (leadership, gouvernance, coordination, organisation des services, suivi, système d'information, ...)
- et les déterminants directement liés à l'utilisation adéquate (ou continue) ou effective (de qualité) des services.

### 2.3.1. Causes des goulots d'étranglement liés à l'offre des services

La faible utilisation des différents paquets d'interventions à haut impact serait due à une offre insuffisante de ces services handicapée par une insuffisance de disponibilité des intrants essentiels de qualité et/ou de ressources humaines qualifiées au sein des FOSA ou par un accès géographique insuffisant à ces services, qu'ils soient en fixe ou en mobile.

#### 2.3.1.1. Causes des goulots liés à la disponibilité des intrants

*Tableau 15 : Cause des goulots liés à la disponibilité des intrants*

Cause des goulots	Stratégies correctrices	Réformes
Centrale d'achat des MEG peu fonctionnelle	Développement et mise en œuvre d'une stratégie nationale de renforcement de la gestion des approvisionnements et des stocks (GAS) répondant aux besoins des différents niveaux de la pyramide de santé	Renforcer les prérogatives et les moyens et décentraliser la Centrale d'achat des MEG jusqu'au niveau intermédiaire
Inexistence d'un système harmonisé de gestion du Médicaments et intrants		
Non prise en compte de la liste des médicaments et consommables essentiels		
Manque de formation en gestion de stock		
Faible capacité de planification des besoins par les FOSA		
Non prise en compte des besoins exprimés par les FOSA dans l'approvisionnement et la distribution intrants essentiels		
Procédures lentes et inefficaces de passation de marchés pour l'acquisition des intrants essentiels (médicaments et consommables essentiels)		
Insuffisance de moyens d'acheminement des produits vers les districts/ FOSA		
Insuffisance des dépôts au niveau national, régional et districts (8/35)		
Stockage insuffisant et inadapté (manque de dépôt adapté) dans la plupart des zones en crise		
Insuffisance des ressources financières, étatiques en particulier, allouées à l'acquisition des médicaments essentiels	Plaidoyer soutenu pour une mobilisation additionnelle des ressources financières garantissant une disponibilité permanente des intrants essentiels	Développer une plateforme conjointe d'appui au GAS
Disponibilité des intrants essentiels fortement liée à la présence ou non des partenaires		
Approvisionnement fortement dépendant des partenaires intervenants dans leurs zones spécifiques		

### 2.3.1.2. Causes des goulots liés à la disponibilité des ressources humaines

**Tableau 16 : Cause des goulots liés à la disponibilité des ressources humaines**

<b>Cause des goulots</b>	<b>Stratégies correctrices</b>	<b>Réformes</b>
Faiblesse de la rémunération des agents de santé	Mise à échelle du FBR	Réforme de la grille salariale pour l'adapter aux besoins des secteurs sociaux
Insuffisance de la motivation des agents de santé (motivation matérielle et morale)		
Insuffisance de formation du personnel malgré certains profils connaissant actuellement un certain nombre de chômeurs	Mise en œuvre d'un plan de formation national intégrant à la fois la formation de base et la formation continue	Adapter les curricula de formation aux besoins du marché de l'emploi des agents de santé
Insuffisance des formations spécifiques (PTME, prise en charge des VBG...)		
Insuffisance de couverture sanitaire en prise en charge de la prématurité		
Insuffisance de recyclages périodiques		
Programme économique et social national limitant les recrutements de personnels de santé	Plaidoyer en faveur de recrutement de personnels de santé conformément aux besoins du secteur	Mise en œuvre d'un plan ambitieux de recrutement de personnels de santé conformément aux besoins du secteur
Absence de plan de développement et de redéploiement des personnels de santé		
Mauvaise répartition du personnel en défaveur des zones reculées	Mise en œuvre d'un plan de redéploiement du personnel avec mesures d'accompagnement	Elaborer, adopter et mettre en œuvre un Plan stratégique de développement des RHS
Insuffisance de FOSA ayant le personnel adéquat et formés pour les services de promotion de l'ANJE		
Problèmes de regroupement de familles ne facilitant pas la stabilité des agents de santé en périphérie		
Zones d'insécurité inaccessibles aux personnels		
Insuffisance des moyens financiers des FOSA ne leur permettant pas de recruter le personnel nécessaire	Mise en œuvre d'un plan de recrutement de personnels pour les HRU et les HD	Allocations additionnelles de fonds aux HRU et HD pour prise en charge des personnels additionnels
Manque de volonté de certaines FOSA pour le recrutement de personnels		

### 2.3.1.3. Causes des goulots liés à l'accessibilité géographique

Tableau 17 : Cause des goulots liés à l'accessibilité géographique

Cause des goulots	Stratégies correctrices	Réformes
Structures sanitaires insuffisantes, non fonctionnelles	Validation et mise en œuvre du projet de Carte sanitaire (sur 10 ans) et de ses plans d'infrastructures, d'équipements et de maintenance	Adoption politique : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ de la carte sanitaire sous forme de loi</li> <li>○ des plans d'infrastructures sanitaires et d'équipement sous forme de décret</li> <li>○ de la stratégie de maintenance sous forme de décret</li> </ul>
Inadéquation entre programmes de construction ou de réouverture des FOSA et plan d'acquisition des équipements		
Planification peu efficace et soumise à différents types d'interventions		
Choix inéquitable dans l'implantation de nouvelles FOSA		
Insuffisance d'équipements et matériels biomédicaux des FOSA	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Elaboration et mise en œuvre d'un plan d'équipement des FOSA en conformité avec le Plan des infrastructures</li> <li>○ Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie nationale de maintenance</li> </ul>	
Insuffisance en équipements de prise en charge des prématurés (couveuses, ...)		
Insuffisance dans la chaîne de froid (équipement, maintenance,)		
Faiblesse de la maintenance : pas de plan de maintenance		
Accès limité aux installations sanitaires	Prévoir l'adduction d'eau et l'assainissement des FOSA dans le cadre du Plan d'infrastructures	
Points d'eaux potables insuffisants		
Insécurité dans certaines zones (RS 3,4,5 et 6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Renforcer et impliquer les ASC résident dans les zones d'insécurité</li> <li>○ Privilégier l'intégration du PMA de santé scolaire dans les HD et les CS</li> <li>○ Renforcer les moyens logistiques des districts sanitaires et des régions</li> <li>○ Planifier et mettre en œuvre les activités avancées et mobiles centrés sur les districts les moins couverts</li> </ul>	Adopter une stratégie nationale de santé communautaire
Insuffisance de centres de santé scolaire détruits lors de la crise politico-militaire		
Insuffisance des moyens logistiques pour les stratégies avancées		
Insuffisance des activités avancées et mobiles		
Activités avancées n'intégrant pas toujours le paquet préventif		

### 2.3.2. Causes des goulots liés à la demande des services

L'insuffisance de l'offre de services freine en partie la demande de ces services essentiels par les groupes cibles. Cependant, d'autres goulots d'étranglement viennent s'ajouter pour freiner davantage l'utilisation des différents paquets d'interventions à haut impact. Il s'agit en particulier de goulots liés à l'accessibilité financière ou à l'acceptabilité socio-culturelle.



### 2.3.2.1. Causes des goulots liés à l'accessibilité financière

Tableau 18 : Cause des goulots liés à l'accessibilité financière

Cause des goulots	Stratégies correctrices	Réformes
Revenu faible d'une bonne proportion des ménages ne leur permettant pas l'accès à des intrants ou services essentiels	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Allocation budgétaire couvrant les coûts de gratuité</li> <li>○ Mise en œuvre de mécanismes adaptés de partage de coûts incluant les coûts indirects</li> <li>○ Développer des mesures novatrices</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Révision de la politique de gratuité afin de la rendre plus effective</li> <li>○ Adoption et mise en œuvre d'une loi de protection sociale nationale</li> </ul>
Les FOSA n'arrivent pas à assurer une gratuité des médicaments et consommables pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans due, entre autres, à une insuffisance de ressources financières allouées à ces produits au niveau national		
Absence de mécanismes alternatifs au paiement direct (mutuelle de santé et d'assurance maladie)		
Frais élevés pour les bilans prénatals		
Coût du transport et de la prise en charge de la femme et de ses accompagnants		
Circuits parallèles illicites de vente de médicaments et consommables ; coûts des « dessous de tables »	Renforcer la supervision des FOSA et le contrôle des points de vente	Renforcement de la régulation de la vente des médicaments
Faiblesse de l'approche communautaire comme solution intermédiaire moins coûteuse	Renforcer et impliquer les ASC dans les zones d'insécurité et d'accès difficile	Adopter une stratégie nationale de santé communautaire
Absence de ligne budgétaire pour la santé des adolescents	Elaboration et mise en œuvre d'un plan stratégique multisectoriel de santé des adolescents	Allocation additionnelle de budget national en faveur de la santé des adolescents
Coût d'opportunité élevé dans l'accès des services des adolescents par rapport à leurs activités scolaires		

### 2.3.2.2. Causes des goulots liés à l'acceptabilité socio-culturelle et aux comportements

Tableau 19 : Cause des goulots liés à l'acceptabilité socio-culturelle et aux comportements

Cause des goulots	Stratégies correctrices	Réformes
Automédication, en particulier chez enfant malade retardant l'utilisation des services	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Elaboration et mise en œuvre d'un Plan national de communication autour des PFE et des pratiques néfastes à la SRMNIA-N</li> </ul>	Adoption de textes nationaux protégeant l'allaitement maternel et les populations cibles clés du Programme santé, nutrition et VIH
Méconnaissance des bienfaits des interventions préventive : AME, CPN, PEC MAS, ...)		
Pas de loi de protection du lait maternel		
Absence d'accompagnement de l'AME au niveau communautaire : absence de groupes de soutien au niveau communautaire		
Méconnaissance des valeurs nutritives des aliments de complément		
Tabous et autres considération socio-culturelles autour de la santé sexuelle, des mariages précoces, de l'allaitement maternel ou du VIH		
Insuffisance dans la communication agent de santé – patient (adolescent) liée à la méconnaissance des standards des adolescents		
Insuffisance de communication entre parent et adolescents) sur la sexualité		
Résistance au changement de comportement dans l'utilisation des MILDA		
Peur de la stigmatisation de certains groupes et des adolescents et jeunes		
Insuffisance du Plan de communication en santé sexuelle et de reproduction		
Lévirat et sororat ; sexualité précoce, excision (zone rurale, certaines ethnies...)		
Insuffisance de collaboration avec les tradipraticiens		
Manque de messages adaptés de communication		
Insuffisance de support de communication et de sensibilisation (boîte à image, ...)		

### 2.3.3. Causes des goulots liés à l'environnement du système de santé

D'autres facteurs limitant l'utilisation adéquate et de qualité des interventions à haut impact seraient liés à l'environnement du système de santé en termes de leadership, de gouvernance, d'organisation des services et de suivi et évaluation.

### 2.3.3.1. Causes des goulots liés au leadership, la gouvernance et la coordination au sein du système de santé

**Tableau 20 : Cause des goulots liés au leadership et à la gouvernance au sein du système de santé**

Cause des goulots	Stratégies correctrices	Réformes
Absence de stratégie nationale de financement de la santé pour tendre vers CSU	Mise en œuvre de mécanismes adaptés de partage de coûts incluant les coûts indirects	Adoption et mise en œuvre d'une loi nationale d'assurance maladie obligatoire à travers des textes d'application et des plans d'action spécifiques
Stratégie nationale en faveur de la santé communautaire vient d'être validée et n'est pas encore opérationnalisée	Adopter une stratégie nationale de santé communautaire	
Manque de coordination entre programmes et intervenants	Mettre en place des mécanismes adaptés de coordination par niveau et par thématique	Réforme institutionnelle du secteur mettant en avant le contrôle et la redevabilité
Insuffisance de coordination dans l'approvisionnement ou la distribution des intrants essentiels entre le MSP et ses partenaires		
Insuffisance des contrôles, audits et de missions suivis et évaluation		

### 2.3.3.2. Causes des goulots liés à l'organisation des prestations

**Tableau 21 : Cause des goulots liés à l'organisation des prestations**

Cause des goulots	Stratégies correctrices	Réformes
Insuffisance dans l'organisation des services avec absence de texte normalisant les prestations par niveau	Ateliers et rencontres de planification conjointes des activités SR par niveau	Normalisation/ Révision des paquets de prestations par niveau
Faiblesse dans l'organisation des services préventifs		
Insuffisance dans la vulgarisation des directives de prise en charge (de PCIMA, de PCIMNE, de PTME, ...)		
Insuffisance dans l'application des normes et directives cliniques en SR		
Mauvais accueil des femmes dans les FOSA		
Horaires inadaptés pour certaines prestations préventives		
Longue attente dans les services de CPN		
Organisation des services pas toujours adaptée à l'allaitement précoce dans les grandes villes		
Délais souvent longs pour la remise des résultats		
Accouchement assisté par un personnel formé sur le tas (matrones bénévoles, ...) malgré la présence de sages-femmes		
Eloignement de certains services de réanimation néonatale des salles d'accouchement		
Soins néonataux assurés par un personnel formé sur le tas (matrones bénévoles, ...) malgré la présence de sages-femmes		
Insuffisance de services adaptés aux besoins sanitaires des adolescents dans les FOSA (Horaires, personnel, outils ...)		
Insuffisance des espaces conviviaux adaptés aux besoins des adolescents		
Lenteur dans la mise à échelle de la PTME		
Manque d'intégration des activités SR à tous les niveaux		

**2.3.3.3. Causes des goulots liés au suivi et à la gestion de l'information stratégique et du système d'information sanitaire**

**Tableau 22 : Cause des goulots liés au suivi et à la gestion de l'information stratégique et au système d'information sanitaire**

Cause des goulots	Stratégies correctrices	Réformes
Insuffisance en information stratégique ne facilitant pas la planification, le suivi ou l'évaluation (dernière MICS remonte à 2010)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Réactualisation des directives nationales de supervision intégrée par niveau</li> <li>○ Mise en œuvre d'un Plan de suivi et évaluation du secteur<sup>30</sup></li> </ul>	Revitalisation du SNIS: Elaboration et mise en œuvre d'un plan stratégique de développement du SNIS
Insuffisance de supervisions régulières par niveau		

<sup>30</sup> Plan définissant (i) les indicateurs à suivre, (ii) les outils à développer et (iii) les modes de collecte à mettre en œuvre, leur rythmicité et les responsabilités

### 3. REPONSE PROPOSEE POUR L'AMELIORATION DE LA SRMNIA-N

#### 3.1. Vision du secteur et mission du dossier d'investissement

La vision du secteur de la santé en RCA est en parfaite cohérence avec la Stratégie Mondiale 2016-2030 du Secrétaire Général des Nations Unies pour la Santé de la Femme, de l'Enfant et de l'Adolescent et s'aligne aux Objectifs de Développement Durable, en particulier le 3<sup>e</sup> objectif visant à « *permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge* ».

Cette vision d'une RCA où les services de SRMNIA-N sont géographiquement, culturellement et financièrement accessibles aux femmes, aux enfants, aux adolescents et aux jeunes permettant à ces groupes de les utiliser de manière la plus optimale en vue d'une baisse substantielle des mortalités spécifiques dans ces groupes.

L'objectif de ce dossier d'investissement est de contribuer à cette vision en facilitant un consensus national autour des priorités géographiques, populationnelles et thématiques et autour des stratégies les plus pertinentes et leur rythme de mise en œuvre, et en dégagant une estimation – acceptée par tous – des besoins humains, matériels et financiers, et des efforts des uns et des autres en termes de réformes institutionnelles à mener, de mobilisation des ressources, de coordination et de mise en œuvre, et de suivi et évaluation.

Ainsi dans le cadre de cette initiative GFF, la RCA voudrait étendre la couverture des interventions à haut impact sur la SRMNIA-N aux zones et aux groupes populationnels les plus vulnérables et souvent les plus exclus du système de santé, tout en veillant à une meilleure allocation et utilisation optimale des ressources internes et externes disponibles pour la santé.

Ce Dossier d'investissement repose sur quatre principes de base :

- Le principe **d'équité** en ciblant en priorité les groupes et les zones les plus exposés et les moins couverts ;
- Le principe **d'efficience** dans le choix des interventions à haut impact et des stratégies les plus coûts/efficaces ;
- Le principe de **multisectorialité** permettant d'adresser aussi les déterminants « non-santé » de la SRMNIA-N;
- Le principe de capitalisation des avantages comparatifs des acteurs sur le terrain dans le cadre d'une coordination renforcée ;
- et la prise en compte de **l'environnement national et international**.

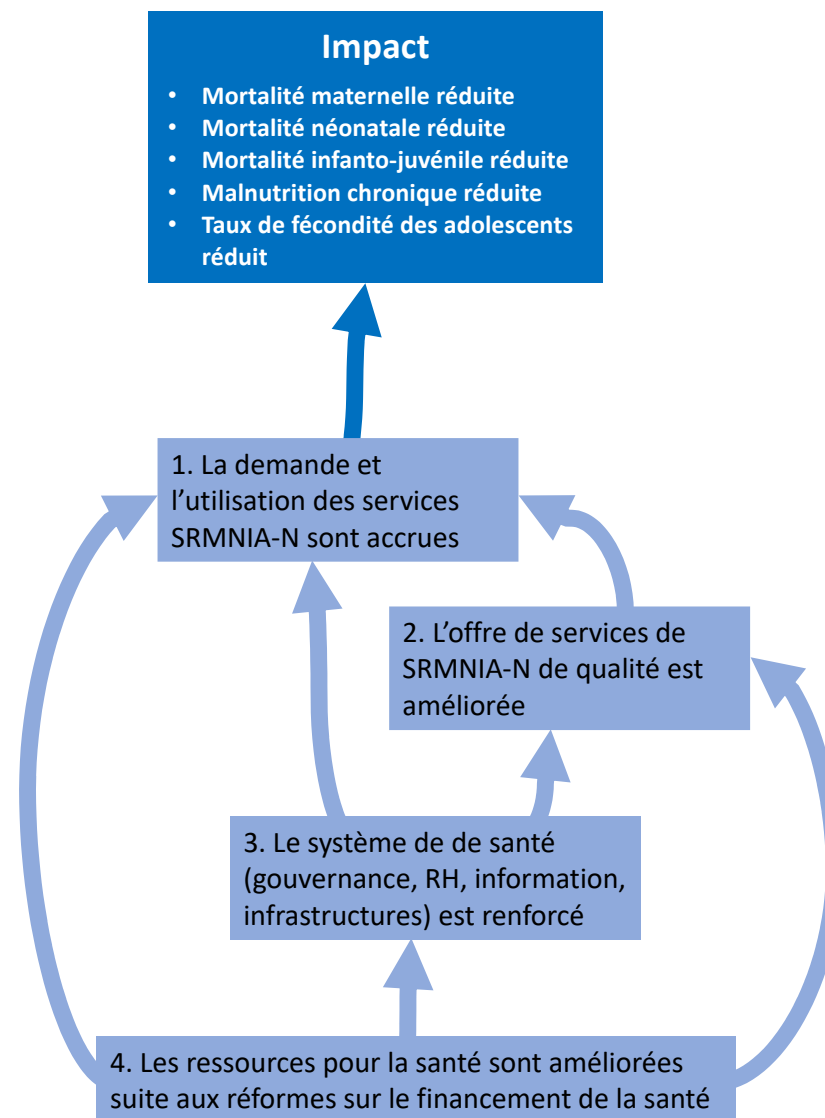
### 3.2. Théorie du changement

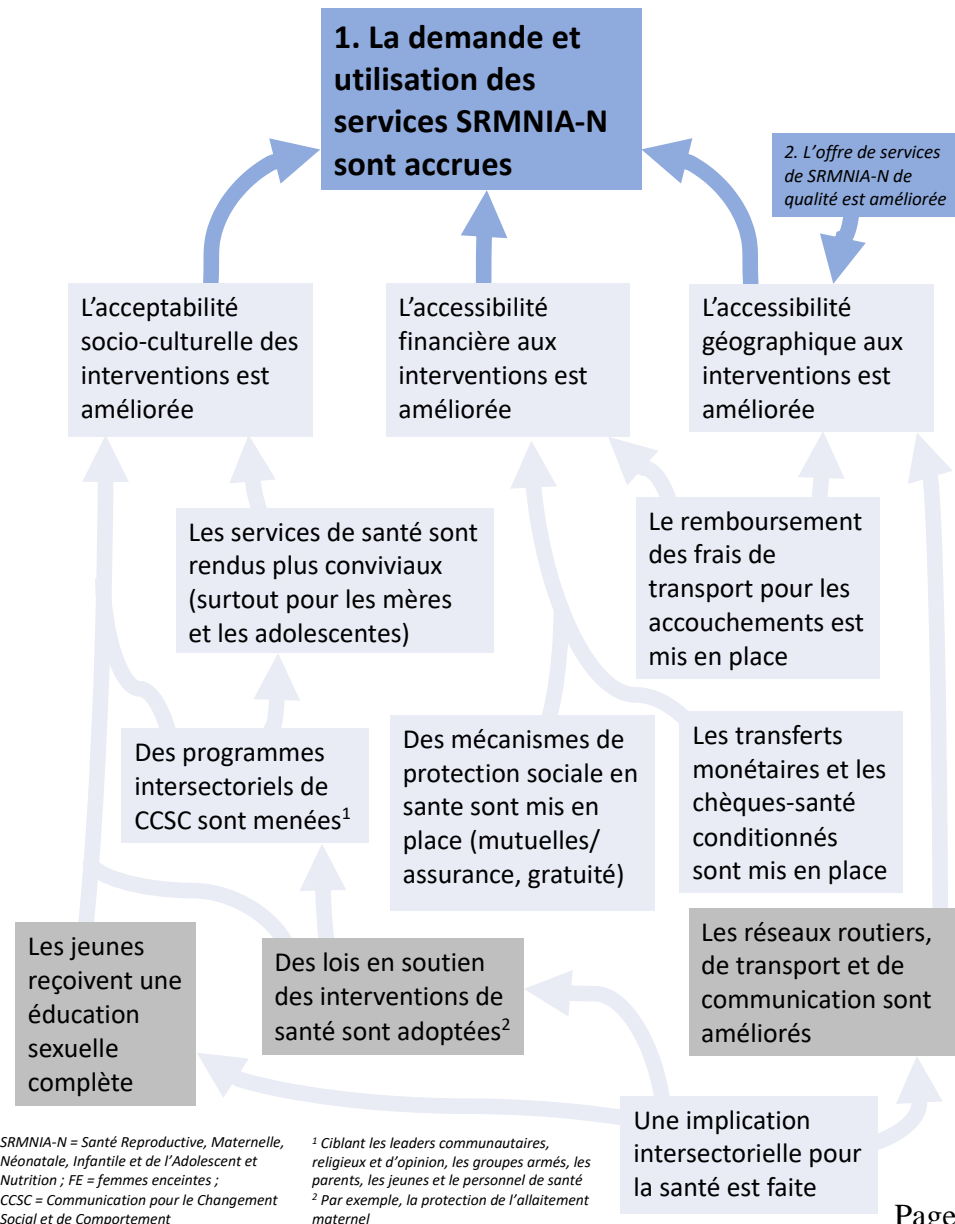
Ces trois pages permettent de présenter sous forme graphique la **Théorie du Changement** du Dossier D'investissement : comment les interventions et stratégies prioritaires formeront une chaîne de résultats qui produira l'impact attendu final.

Le diagramme à droite décrit la Théorie du Changement au niveau supérieur : les quatre principaux changements (effets) nécessaires pour atteindre l'impact du dossier d'investissement.

Les quatre diagrammes des pages suivantes détaillent pour chacun des quatre effets une théorie du changement spécifique, illustrant les changements individuels (Extrants) nécessaires à la réalisation de l'Effet.

Afin de permettre à toutes les parties prenantes de gérer efficacement la mise en œuvre du Dossier d'Investissement, le Cadre de Résultats sera fortement basé sur cette Théorie du Changement ; ce qui garantit le suivi complet des interventions elles-mêmes, mais aussi et surtout les stratégies sous-jacentes visant à renforcer les différents piliers du système de santé y compris les ressources matérielles et financières pour la santé.





## 2. L'offre de services de SRMNIA-N de qualité est améliorée

Les interventions essentielles de qualité sont mises à l'échelle via les formations sanitaires, les stratégies avancées et les cliniques mobiles

Les interventions essentielles de qualité sont livrées via les stratégies communautaires

Les intrants et les équipements essentiels (pour les FOSA et les relais communautaires) sont disponibles dans toutes les FOSA

Le mécanisme de référence et contre référence est assuré à tous les niveaux

Le personnel de santé et les relais communautaires ont reçu une formation complète sur les interventions essentielles et en gestion/logistique

*Effet 3 : Le renforcement de la chaîne logistique permet une meilleure gestion de l'approvisionnement*

Les équipements et moyens de transport sont disponibles dans tous les districts

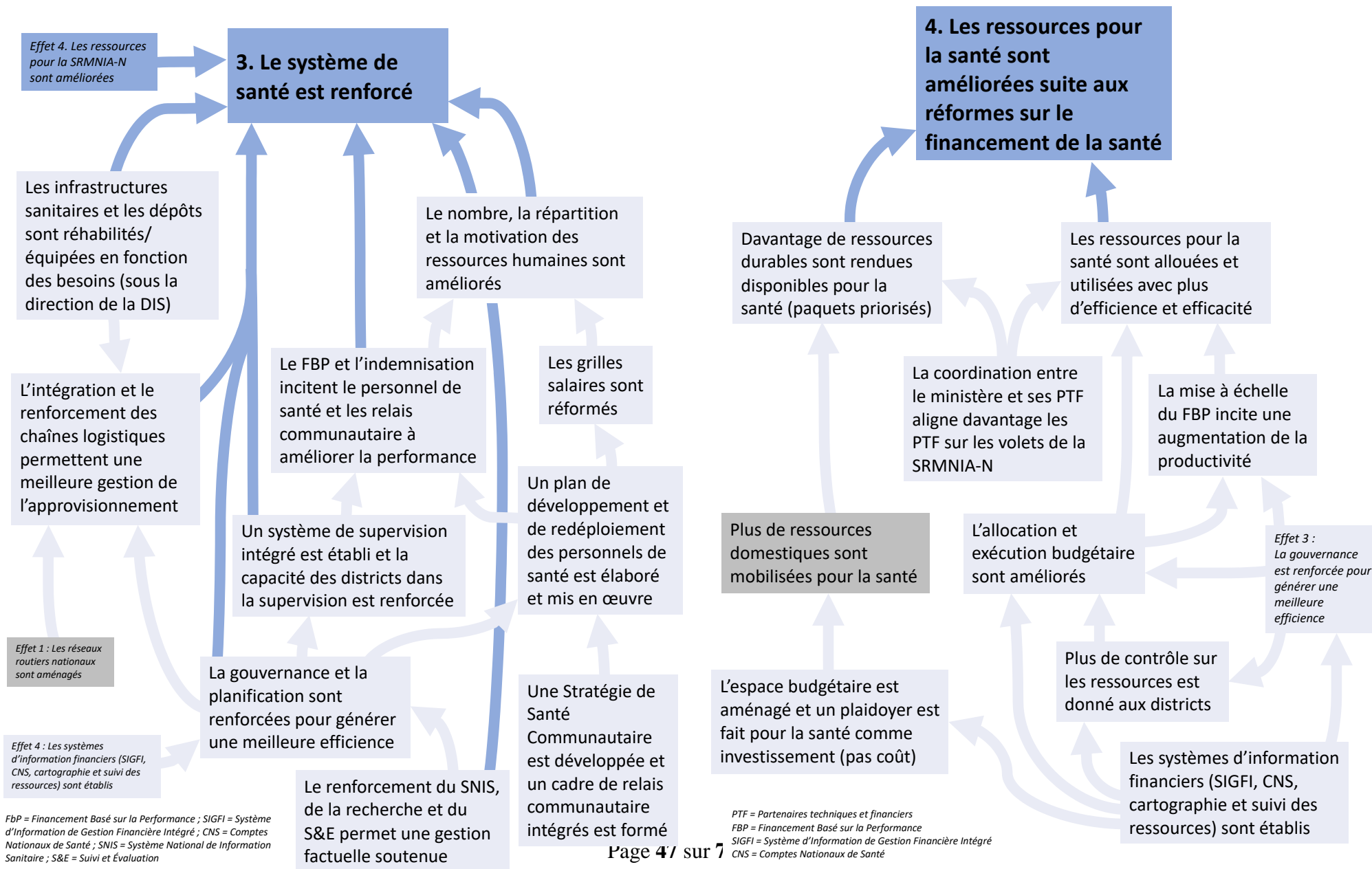
La supervision et l'assurance de qualité des services sont assurées dans tous les districts

*Effet 3 : Le nombre, la répartition et la motivation des ressources humaines sont améliorés*

*Effet 3 : Une Stratégie de Santé Communautaire est développée et un cadre de relais communautaires intégrés est formé*

*Effet 3 : Un système de supervision intégré est établi et la capacité des districts dans la supervision est renforcée*

SRMNIA-N = Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile et de l'Adolescent et Nutrition ; FOSA = Formations Sanitaires



### **3.3. Où investir : Domaines et Régions prioritaires et choix des scénarii**

#### **3.3.1. Les Populations Cibles**

Les cibles prioritaires **en matière de SRMNIA-N** retenues lors des concertations nationales<sup>31</sup> sont (i) les femmes en âge de reproduction (FAR de 15 à 49 ans), (ii) les femmes enceintes et allaitantes, (iii) les nouveau-nés, (iv) les enfants de 0 à 5 ans et (v) les adolescent(e)s et les jeunes.

#### **3.3.2. Les zones prioritaires**

Le choix des zones prioritaires permet de préparer le développement de scénarii progressifs en fonction du nombre de préfectures, et donc de districts de santé, qui seront couverts dans le cadre de chacun des scénarii. Dans le cadre de l'élaboration du présent DI, le choix des préfectures prioritaires s'est fait en 2 étapes en prenant en compte les données probantes ainsi que le consensus des principales parties prenantes. Une première étape où les critères de choix étaient exclusivement basés sur des indicateurs d'impact et d'effet liés aux cibles et désagrégés par région et par préfecture. Et en second lieu, suivant les recommandations de la partie nationale, la priorisation a intégré un critère additionnel à savoir la présence des partenaires dans chaque zone, en considérant le poids important des partenaires dans le financement de la santé en général et leur l'appui à la mise en œuvre des stratégies et interventions prévues dans le cadre du GFF. L'absence de données par district n'a pas permis de pousser cette désagrégation et donc cette priorisation jusqu'au niveau du district de santé.

L'analyse de la situation menée au début du processus – appuyée par le développement et l'exploitation d'une application EQUIST – avait permis de ressortir un paquet d'interventions prioritaires essentielles à la santé de la mère, du nouveau-né de l'enfant et de l'adolescent.

Le premier exercice de priorisation a permis de décomposer le pays en 3 zones selon le niveau de couverture et de dégager 3 scénarios de mise en œuvre du même paquet d'interventions prioritaires à haut impact retenu. Une description de ces scénarios de mise en œuvre sur une base essentiellement géographique ainsi que les résultats en termes d'effets, d'impacts et de coûts sont présentés en annexe du document.

Comme annoncé, en second lieu, les parties prenantes à la SRMNIA-N ont retenu un 4<sup>ième</sup> scénario qui constitue le choix et l'option qui sera soutenue au regard de la volonté et des ambitions du pays. L'encadré suivant présente le processus et les critères de sélection des zones prioritaires qui précède la définition du scénario.

---

<sup>31</sup> Concertations menées en novembre 2018 lors de l'exercice « EQUIST » et dont les conclusions ont confirmé en mars 2019 lors des concertations communautaires



### Consensus et critères de choix des zones prioritaires

Ce deuxième classement des préfectures repose en partie sur le premier, car de manière consensuelle les parties prenantes ont retenues ce qui suit :

- La zone 3 reste la zone la moins prioritaire dans la mise à échelle de l'ensemble du paquet et sera couverte en fin 2022 ce sont : **Bamingui-Bangoran ; Mbomou ; Haut Mbomou ; Nana-Gribizi et Sangha-Mbaéré.**
- Les Préfectures de **Bangui et de Ombela M'poko** ont été soustraites à la zone 2 (intermédiaire en termes de priorité de mise à échelle) et sont intégrées à la deuxième priorisation, les autres préfectures restant dans la zone 2 (**Haute-Kotto ; Kémo et Vakaga**)
- Ce sont les neuf préfectures ainsi obtenues : **Basse-Kotto ; Lobaye ; Mambéré-Kadéï ; Nana-Mambéré ; Ouaka ; Ouham et de Ouham-Pendé; Ombela M'poko et Bangui** qui ont fait l'objet de second priorisation

Pour ce deuxième classement des préfectures en fonction de leur niveau de priorité, trois indicateurs reflétant d'une part la mortalité infanto-juvénile et d'autres parts la présence des partenaires ont été retenus, à savoir : (1) le taux de mortalité infanto juvénile, (2) le nombre de décès infanto juvénile et (3) le nombre d'année d'interventions des partenaires au niveau de la localité.

Sur cette base il est proposé les éléments d'évaluation suivants:

- un score de 1 à 4 pour le nombre de décès infanto juvéniles exprimé en fonction de l'importance de ce nombre par rapport au nombre moyen de décès
- un score compris entre 1 et 4 pour le TMIJ exprimé en fonction de l'importance de ce taux par rapport au taux national
- Et un score de 1 à 3 pour la présence des partenaires proportionnel au nombre d'années d'intervention d'un ou de plusieurs partenaires

Enfin, la somme des scores enregistrées au niveau de chacune des 9 préfectures, a permis de les classer selon un ordre décroissant en 2 sous groupes : le premier groupe des plus prioritaires et le second groupe rejoignant les préfectures de **Haute-Kotto ; Kémo et Vakaga** dans l'ordre de priorité secondaire. Le tableau en annexe présente les détails du deuxième classement des 9 préfectures.

En définitive, les trois groupes de préfectures qui se dégagent en termes de priorité au niveau national sont :

- ✓ Le groupe le plus prioritaire constitué de 5 préfectures : **Ombella-M'Poko; Lobaye ; Mambéré-Kadéï; Ouham et la ville de Bangui.** Cette zone géographique enregistre la charge de mortalité la plus lourde soit un peu plus de 3/5 des décès infanto juvéniles. Ce groupe compte **15** des **35** districts sanitaires du pays et une population estimée à **2 682 750** habitants soit **51%** de la population totale. Cette sous population enregistre **35%** des cas de grossesses précoces et **18%** des personnes infectées par le VIH/SIDA chez les adolescents. Dans ce groupe de préfectures ce sont **976 489** des populations vivant dans les zones d'urgence qui seront couverts par les interventions.
- ✓ Le 2<sup>ème</sup> groupe est constitué de 7 préfectures de : **Nana Mambéré ; Ouham Pende ; Ouaka ; Basse Kotto ; Haute-Kotto ; Kémo et Vakaga:** Dans cette zone, ce sont 14 districts sanitaires du pays qui seront couverts pour **37%** de la population totale du pays. Ce

sous-groupe enregistre **24%** des décès chez les enfants de moins de 5 ans, **61%** des cas de grossesses précoces chez les adolescents. Cette zone regroupe **61%** des mères, enfants et adolescents vivant dans les zones d'urgence.

- ✓ Les préfectures de **Bamingui-Bangoran; Mbomou; Haut Mbomou; Nana-Gribizi et Sangha-Mbaéré** constituent le 3<sup>ème</sup> groupe. Ce sous-groupe est le moins peuplé avec **12%** de la population totale et seulement 6 districts sanitaires du pays. Cette zone géographique enregistre également la charge de mortalité la plus faible soit **13%** des décès infanto juvéniles et **7%** des populations vivant dans les zones d'urgence.

En plus de la dimension géographique, le développement du scénario adopté par le pays est basé sur la sélection de 2 paquets successifs d'interventions à couvrir à l'échéance 2022. Le premier est un paquet minimum ou paquet universel et le second, plus complet et intégrant le premier correspondant à l'ensemble des interventions essentielles retenues comme prioritaires. Ce paquet complet garantit le continuum de soins unanimement jugé nécessaire pour une efficacité de l'action de santé et pour une durabilité des acquis.

Le paquet universel est constitué d'une sélection d'interventions à haut impact du niveau communautaire, éducatif et préventif déjà mis en œuvre à l'échelon du district sanitaire. Pour le volet curatif, ce paquet universel intègre le sous paquet « accouchement assisté par un professionnel qualifié » incluant une prise en charge adéquat de la délivrance et les soins liés à l'avortement. Le scénario retenu prévoit un déploiement et une mise à l'échelle complète dans toutes les zones du paquet universel (ou paquet minimum) dès la première année. L'objectif visé est d'atteindre un bon niveau de consolidation et une couverture adéquate à l'échelle nationale au cours de la période de planification du GFF.

Quant au paquet complet, sa mise en œuvre sur le plan géographique sera progressive à partir de la première année de planification et suivant l'ordre établi ci-dessus. En effet, la mise à l'échelle de manière graduelle de ce paquet plus onéreux et exigeant en termes de capacité, pourra bénéficier des leçons apprises dans la zone prioritaire 1. Les 2 paquets d'interventions sont présentés dans le tableau ci-dessous.

*Tableau 23 : Les deux paquets d'interventions prévus dans le cadre du scénario adopté*

<b>Interventions du paquet « complet » du DI</b>	<b>Interventions du paquet minimum « universel »</b>
<b>1-Pratiques sanitaires familiales</b>	
<b>1-1-Eau Hygiène et Assainissement (WASH)</b>	
• Assainissement amélioré	✓
• Évacuation hygiénique des selles de l'enfant	✓
• Lavage des mains au savon	✓
<b>1-2-Prévention du Paludisme</b>	
• Utilisation des MILDA	✓
• Pulvérisation intra-domiciliaire d'insecticides	✓
<b>1-3-Alimentation et soins des nouveau-nés et des nourrissons</b>	✓
• Allaitement maternel précoce et exclusif jusqu'à 6 mois	✓
• Allaitement maternel continu jusqu'à 23 mois	✓
• Alimentation complémentaire, éducation nutritionnelle des mères	✓
• Supplémentation en micronutriments des moins de 5 ans	✓
• Soins de protection thermique	✓
• Pratiques communautaires pour soins postnatals propres	✓
<b>2-Services de prévention</b>	
<b>2-1-Vaccination, supplémentation et déparasitage (vaccination plus)</b>	
• Supplémentation en vitamine A	✓
• Déparasitage des enfants	✓
• Vaccin BCG;	✓
• Vaccin antipoliomyélitique	✓
• Vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC)	✓
• Vaccin contre l'Haemophilus influenzae B (Hib)	✓
• Vaccin contre l'hépatite B	✓
• Vaccin antipneumococcique	✓
• Vaccin contre la rougeole	✓
• Vaccin contre la fièvre jaune	✓
• Vaccin contre les rotavirus	
<b>2-2- Soins prénatals</b>	
• Vaccin antitétanique (anatoxine tétanique)	✓

• TPI - femmes enceintes protégées par un traitement préventif intermittent du paludisme ou dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII)	✓
• Supplémentation en fer et en acide folique	✓
• Dépistage et traitement de la syphilis	
• Prise en charge des cas d'hypertension	
• Prise en charge des cas de diabète	
• Prise en charge des cas de paludisme	
• MgSO4- prise en charge de la prééclampsie	
• RCIU - détection et prise en charge des cas de retard de croissance intra-utérin	
• PTME – Prévention de la transmission mère-enfant du VIH	
<b>2-3-Planification familiale</b>	
• Utilisation de contraceptifs	✓
• Fortification/supplémentation en fer et acide folique	
<b>3-Services curatifs</b>	
<b>3-1-Prise en charge intégrée des maladies néonatales et infantiles (PCIMIN)</b>	
• Utilisation des SRO en cas de diarrhée	✓
• Utilisation des antibiotiques oraux en cas d'infection du nouveau-né	
• Utilisation des antibiotiques injectables en cas de septicémie néonatale	
• Utilisation du zinc en cas de diarrhée	
• Utilisation des antibiotiques oraux en cas de pneumonie aiguë chez l'enfant	
• Utilisation de la vitamine A dans le traitement de la rougeole	
• Traitement du paludisme par des ACT	
• Alimentation thérapeutique en cas MAS	
• Traitement de la malnutrition aiguë modérée (MAM)	
• Traitement par les ARV des enfants séropositifs au VIH	
<b>3-2-Accouchement assisté par un professionnel qualifié</b>	
• Bonnes pratiques d'hygiène lors de l'accouchement	✓
• Soins essentiels et suivi en cas d'accouchement	✓
• Prise en charge active de la délivrance	✓
• Examen et stimulation immédiats du nouveau-né	✓
• Application de la méthode « mère kangourou » à la naissance et durant les premières heures	✓

<b>3-3-Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)</b>	
• Accès à un établissement offrant des services SONUB lors du travail et de l'accouchement	
• Accès à un établissement offrant des services SONUC lors du travail et de l'accouchement	
• Réanimation néonatale en cas de besoin	
• PEC sans risque de l'avortement	✓
• Prise en charge des cas de grossesse extra-utérine	
• Administration de corticostéroïdes prénatals lors d'un travail prématuré	
• Administration d'antibiotiques en cas de RPM	
• Prise en charge de l'éclampsie avec utilisation du Sulfate de Magnésium	
• Déclenchement du travail pour les grossesses de plus de 41 semaines	
• Prise en charge des cas de septicémie maternelle	
• Prise en charge de la prématurité	
• Prise en charge de la pneumonie et de la septicémie du nouveau-né	
<b>4-Santé des adolescents</b>	
• VAT en milieu scolaire	
• Supplémentation en fer acide folique	
• Education sexuelle et nutritionnelle pour les adolescents et leurs parents	
• Disponibilité et utilisation des méthodes modernes de contraception y compris le préservatif	
• Planification familiale (contraceptifs) pour les personnes non en union ou âgées de moins de 15 ans	
• Dépistage des IST/VIH chez les adolescents	
• Traitement des IST/VIH chez les adolescents	
• Soins aux victimes de violence conjugale: agression physique	
• Soins aux victimes de violence entre partenaires intimes: agression sexuelle	

En outre dans ce scénario, dès la première année, l'orientation stratégique des interventions comportera des actions au niveau national et des actions de renforcement du système de santé pour soutenir l'offre de service de la SRMNIA-N. Il s'agit entre autres du renforcement du système de gestion logistique pour un meilleur approvisionnement des intrants (médicaments, réactifs, vaccins) principalement au niveau opérationnel et du renforcement du système d'information sanitaire et des ressources humaines. Le tableau ci-dessous présente les modalités de déploiement des 2 paquets d'interventions en fonctions des zones de couverture durant la période de mise en œuvre du GFF.

**Tableau 24 : Paquets d'interventions et sa mise en échelle par zone géographique**

PAQUETS D'INTERVENTIONS & ZONES		2020	2021	2022
<b>Paquet (minimum)</b>	Zone P 1	x	x	x
	Zone P 2	x	x	x
	Zone P 3 (national)	x	x	x
<b>Paquet complet</b>	Zone P 1	x	x	x
	Zone P 2		x	x
	Zone P 3 (national)			x
<b>Renforcement Systèmes de Santé*</b>	Niveau national	x	x	x
<b>Renforcement du niveau national</b>	Niveau national	x	x	x

\*Infrastructures, Equipements, Ressources Humaines, de la mise en Gestion d'Approvisionnement des Stocks, Système d'Information de Santé, etcetera.

### 3.4. Impacts et résultats attendus sur la SRMNIA-N du scénario adopté

Jusqu'en 2022, les avantages escomptés de la mise en œuvre des interventions du scénario 4 sont importants. Une synthèse des résultats en termes d'impact, d'effets et de coût au niveau national est présentée ci-dessous.

#### 3.4.1. Impacts attendus en termes d'évolution des mortalités

*3.4.1.1. Evolution de la mortalité maternelle (décès maternels pour 100.000 naissances vivantes) et de la mortalité infanto-juvénile (décès des moins de 5 ans pour 1000 naissances vivantes) en case de mise en œuvre des orientations du DI*

**Tableau 25 : Taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile assumé en 2019 et estimé en 2022**

	Niveau de référence 2010-2015 assumé en 2019	Estimation mise en œuvre DI 2022
TMM	882/100,000 nv	593/100,000 nv
TMIJ	150/1,000 nv	90/1000 nv

Comme le montre le tableau ci-dessus, la mise en œuvre de ce scénario devrait permettre d'éviter de nombreux décès des mères, illustré par la réduction importante du ratio de mortalité maternelle passant de 882 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2019 à moins de 600 en 2022.

A partir du niveau de base 150 (p 1000) en 2019, la mise en œuvre du présent scénario permettra au Pays d'amorcer une évolution favorable de la MIJ vers l'atteinte de l'ODD en 2030 avec un taux de MIJ qui connaîtrait une réduction de 40% et atteindre 90 décès pour 1000 en 2022.

### 3.4.2. Impacts attendus en termes de nombre de vies sauvées

#### 3.4.2.1. Nombre de vies sauvées par cible

*Tableau 26 : Evolution du nombre attendu de vies sauvées à la faveur de la mise en œuvre du scénario adopté*

Nombre de vies additionnelles sauvées	2020	2021	2022
Néonatales	1 219	2 482	3 050
Post néonatal & infantiles	3 122	5 245	6 832
Maternelles	213	420	513
<b>Total vies additionnelles</b>	<b>4 554</b>	<b>8 147</b>	<b>10 395</b>

En trois années de mise en œuvre des orientations du DI, l'action gouvernementale appuyée par les autres acteurs nationaux et internationaux permettrait d'éviter le décès à 513 mères, à 3.050 nouveau-nés et à 6.832 enfants de moins de 5 ans dans les différentes préfectures du pays atteignant un total de plus de **10.395** vies sauvées d'ici à 2022.

#### 3.4.2.2. Nombre de vies sauvées par intervention

L'analyse des parts relatives des interventions retenues – tenant compte de leurs couvertures cibles après levée des goulots d'étranglement – en termes de nombre de vies sauvées permet de classer ces interventions par ordre d'efficacité dans la mise en œuvre du DI.

- **Nombre de vies maternelles sauvées par type d'intervention**

*Tableau 27 : Nombres de vies maternelles sauvées par type d'intervention*

Intervention	Proportion de vies maternelles sauvées	Nombre de vies maternelles sauvées en 2022
1-PEC du travail et accouchement propre	19%	97
2-Avortement sans risque et PEC post-avortement	17%	87
3- PEC de la prééclampsie avec Sulfate de Magnésium	12%	62
4-Supplémentation en fer et micronutriments aux FE	11%	56
5-PEC de l'infection maternelle	11%	56
6- PEC de la 3 <sup>e</sup> phase du travail	7%	36
7-Prise en charge de l'HTA au cours de la grossesse	5%	26
Autres, y inclus la planification familiale	18%	92
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>513</b>

Quatre cinquièmes (82%) des vies maternelles seraient sauvées grâce à la mise à échelle de ces sept interventions à haut impact.

Plus de la moitié des accouchements (53,8%) se font déjà avec l'assistance d'un personnel qualifié. Il s'agira d'améliorer la qualité de cette assistance à l'accouchement avec (i) recours aux outils de surveillance (ex : partogramme), en particulier lors du 3<sup>e</sup> stade (GAPTA), (ii) suppléments en sulfate de magnésium ou en fer et acide folique en prévention, respectivement, de l'éclampsie ou de l'anémie, et (iii) prise en charge des pathologies associées à la grossesse en particulier les infections et l'hypertension artérielle (HTA) gravidique.

- **Vies néonatales sauvées par type d'intervention**

*Tableau 28 : Nombres de vies néonatales sauvées par type d'intervention*

<b>Intervention</b>	<b>Proportion de vies néonatales sauvées</b>	<b>Nombre de vies néonatales sauvées en 2022</b>
1-PEC du travail et accouchement propre	25%	763
2-Soins essentiels du NNé	10%	305
3-Réanimation néonatale	7%	214
4-PEC de la prématurité	10%	305
5-PEC de l'infection et pneumonie néonatale	30%	915
Autres	18%	549
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>3050</b>

De même, quatre cinquièmes (82%) des vies néonatales sauvées le seraient grâce à la mise à échelle de ces cinq interventions à haut impact.

Grâce à un accouchement propre et une assistance efficace de l'accouchement, les morts néonatales peuvent être évitées grâce (i) à un suivi post-partum avec AME et soins propres, (ii) à une réanimation néonatale adaptée en cas de besoin, et (iii) à une prise en charge efficace des principales causes de cette mortalité que sont la prématurité et l'infection néonatale.



- **Vies infanto-juvéniles sauvées par type d'intervention**

*Tableau 29 : Nombres de vies infanto-juvéniles sauvées par type d'intervention*

<b>Intervention</b>	<b>Proportion de vies infanto-juvéniles sauvées</b>	<b>Nombre de vies infanto-juvéniles sauvées en 2022</b>
1- PEC des cas de paludisme	26%	1776
2-Vaccination	11%	752
3-PEC de l'infection et de la pneumonie néonatale	9%	615
4-PEC des IRA	9%	615
5-SRO en cas de diarrhée	6%	410
6-Zinc en préventif et curatif de la diarrhée	5%	342
7-PEC de la malnutrition aigue	5%	342
8-PEC de la prématurité	3%	205
9-Soins essentiels du NNé	3%	205
10-Lavage des mains	2%	137
11-Vitamine A en supplémentation	2%	137
Autres	19%	1298
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>6832</b>

Plus des deux tiers (71%) des vies infanto-juvéniles seraient sauvées grâce à la mise à échelle des sept premières interventions à haut impact dans le tableau ci-dessous. La mise à échelle des quatre autres interventions ramènerait ce taux à 81%.

Pour réduire efficacement la mortalité infanto-juvénile, il s'agira de mettre à échelle (i) la prise en charge des cas simples de paludisme grâce à un accès adapté aux ACT, y compris au niveau communautaire, mais aussi (ii) la vaccination des moins d'un an contre les maladies évitables par le PEV, (iii) la prise en charge efficace des IRA, particulièrement chez les NNé et les enfants en bas âge, (iv) la prise en charge des cas de diarrhée grâce à l'accès aux SRO et au zinc et (v) la prise en charge de la malnutrition en particulier la forme aigue sévère et les carences en micronutriments.

### **3.4.3. Résultats attendus en termes de cas de morbidité évités grâce à la mise en œuvre du DI**

- ✓ **Cas de malnutrition chronique évités chez les moins de 5 ans par an**

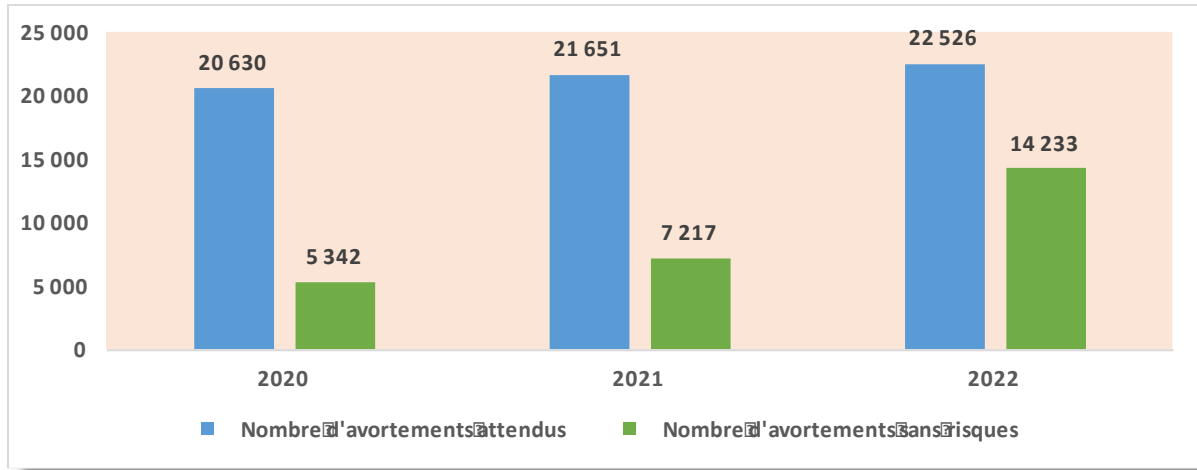
*Tableau 30 : Nombres de cas de malnutrition évités chez les moins de 5 ans*

	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
<b>Scenari adopté</b>	<b>5612</b>	<b>7 199</b>	<b>14 612</b>

Plus de 14.600 cas de malnutrition chronique seraient évités chez les moins de 5 ans si le paquet d'interventions à haut impact est mis en œuvre sur l'ensemble du territoire du Pays suivant les modalités du scenario adopté.

✓ **Evolution des avortements sans risque VS avortements dangereux du scenario adopté**

*Figure 22 : Nombres d'avortements attendus VS pris en charge*



Les grossesses précoces chez les adolescents sont plus exposées à des avortements spontanés ou provoqués que les grossesses chez les femmes au-delà de 18 ou 20 ans. L'action proposée d'assurer la prise en charge de ces avortements, ce qui participerait ainsi à sauver des vies maternelles. Le nombre d'avortements pris en charge est prévu pour augmenter proportionnellement avec la mise à échelle des actions prévues et le mode progressif du scenario 4 pour atteindre plus de 63% des cas d'avortement qui seraient pris en charge de manière adéquate.

### **3.5. Populations ciblées par le Dossier d'Investissement**

Le nombre de femmes, d'enfants ou d'adolescents et jeunes bénéficiant des différentes interventions à haut impact varie d'année en année. Les tableaux ci-dessous donnent, les populations cibles en 2019.

*Tableau 31 : Populations ciblées par le Dossier d'Investissement*

	Proportion	Nombre estimé en 2020	Nombre estimé en 2021	Nombre estimé en 2022	Source
Femmes en âge de procréer (15-49 ans)	0,245	1 313 276	1 338 923	1 364 790	RGPH2003 Projection à partir de Spectrum
Femmes enceintes	0,04	214 412	218 599	222 823	
Nouveau-nés	0,0304	162 953	166 135	169 345	
Enfants de moins de 5 ans	0,173	927 333	945 443	963 709	

Certaines de ces cibles seront intégrées aux cadres de résultat et de performance qui seront développés afin de faciliter l’opérationnalisation du DI en quantifiant les résultats attendus sous forme de nombres de femmes, d’enfantes ou d’adolescents et jeunes devant bénéficier de telle ou telle intervention.

### 3.6 Cadre de Résultats

La table ci-dessous présente les indicateurs d’impact et d’effet qui vont être utilisés pour le suivi de la théorie du changement et les résultats du Dossier d’Investissement. Les arrangements pour le suivi sont élaborés dans la section 4.5 ci-dessous.

*Les valeurs de base sont les données utilisées pour la modélisation quantitative (EQUIST/OHT) ; les valeurs en rouge vont être mises à jour dès que les résultats du MICS 2018/2019 seront disponibles.*

**Tableau 32 : Matrice des indicateurs d’impact**

	<b>Base</b>	<b>Cible 2022</b>
Mortalité maternelle (par 100 000 naissances)	<b>882</b> Estimation OMS 2015	<b>593</b>
Mortalité néo-natale (par 1000 naissances)	<b>46</b> IGME 2010	<b>29</b>
Mortalité infanto-juvénile (par 1000 naissances)	<b>150</b> IGME 2010	<b>90</b>
Malnutrition chronique (enfants de moins de 5 ans)	<b>40,7 %</b> MICS 2010	<b>31,0 %</b>
Taux de fécondité chez les adolescents (par 1000)	<b>229</b> MICS 2010	<b>120</b>

**Tableau 33 : Matrice des indicateurs d'effet**

<b>Effet 1 : La demande et l'utilisation des services SRMNIA-N sont accrues</b>	<b>Base</b>	<b>Cible 2022</b>
Utilisation des contraceptifs	<b>9,3 %</b> MICS 2010	<b>20,0 %</b>
Consultations prénatales (CPN4)	<b>38,1 %</b> MICS 2010	<b>70,0 %</b>
Femmes enceintes dormant sous MII	<b>59 %</b> ENIP 2016	<b>70,0 %</b>
Traitement préventif intermittent (TPI3) contre le paludisme durant la grossesse	<b>38 %</b> ENIP 2016	<b>80,0 %</b>
Accouchement assisté par personnel qualifié	<b>53,8 %</b> MICS 2010	<b>70,0 %</b>
Soins post avortements	<b>ND<sup>1</sup></b> SNIS	<b>45,0 %</b>
Allaitement maternel exclusif (jusqu'à 6 mois)	<b>36,3 %</b> SMART 2018	<b>45,0 %</b>
Supplémentation en vitamine A (6-59 mois)	<b>60,8 %</b> SMART 2018	<b>90,0 %</b>
Couverture en Penta3	<b>54,0 %</b> JRF 2017	<b>80,0 %</b>
SRO en cas de diarrhée	<b>15,6%</b> MICS 2010	<b>60,0 %</b>
Antibiotiques oraux en cas d'IRA	<b>31,3%</b> MICS 2010	<b>60,0 %</b>
Cas de paludisme simple ayant reçu un ACT	<b>24,9%</b> ENIP 2016	<b>60,0 %</b>
Utilisation des contraceptifs chez les adolescentes	<b>13,0%</b> MICS 2010	<b>20,0 %</b>
Dépistage des VIH chez les adolescents	<b>F : 22,5%</b> <b>H : 16,3%</b> MICS 2010	<b>90,0 %</b>

<b>Effet 2 : L'offre de services de SRMNIA-N de qualité est améliorée</b>	<b>Base</b>	<b>Cible 2022</b>
Disponibilité de SOUB	<b>64 %</b> (régions 1,2,7) SARA 2019	<b>90 %</b> (toutes les régions)
Capacité opérationnelle de SOUC	<b>48 %</b> (régions 1,2,7) SARA 2019	<b>80 %</b> (toutes les régions)
Capacité opérationnelle des formations sanitaires offrant la PCIMNE	<b>57 %</b> (régions 1,2,7) SARA 2019	<b>90 %</b> (toutes les régions)
Disponibilité des services de santé de l'adolescent (PF, VIH)	<b>53 %</b> (régions 1,2,7) SARA 2019	<b>90 %</b> (toutes les régions)
Disponibilité des médicaments prioritaires pour les enfants dans les formations sanitaires	<b>45 %</b> (régions 1,2,7) SARA 2019	<b>90 %</b> (toutes les régions)
Disponibilité des médicaments prioritaires pour les mères dans les formations sanitaires	<b>34 %</b> (régions 1,2,7) SARA 2019	<b>90 %</b> (toutes les régions)

<b>Effet 3 : Le système de de santé (gouvernance, RH, information, infrastructures) est renforcé</b>	<b>Base</b>	<b>Cible 2022</b>
Formations sanitaires qui sont fonctionnelles	<b>853</b> SARA/HeRAMS 2019	<b>1014</b>
Formations sanitaires avec au moins un professionnel de soins obstétricaux (sage-femme ou assistante coucheuse)	SARA/HeRAMS 2019	<b>95 %</b>
Disponibilité d'eau potable dans les formations sanitaires	<b>48 %</b> SARA/HeRAMS 2019	
Disponibilité d'une source d'énergie dans les formations sanitaires	<b>31 %</b> SARA/HeRAMS 2019	
Formations sanitaires avec un réfrigérateur à chaîne de froid fonctionnel	<b>65 %</b> (régions 1,2,7) SARA 2019	
Taux de complétude des rapports SNIS	<b>ND<sup>1</sup></b> SNIS	<b>90 %</b>
Taux de promptitude des rapports de surveillance épidémiologique	<b>48 %</b> Surveillance 2019	<b>80 %</b>

<b>Effet 4 : Les ressources pour la santé sont améliorées suite aux réformes sur le financement de la santé</b>	<b>Base</b>	<b>Cible 2022</b>
Dépenses de santé courantes par habitant	<b>\$ 16</b> CNS 2016	<b>\$ 46</b>
Part des paiements directs des ménages dans les dépenses de santé courantes	<b>43,1 %</b> CNS 2016	<b>24,0 %</b>
Dépenses de santé publiques financées par les ressources domestiques	<b>\$ 11,2 millions</b> CNS 2016	<b>\$ 62,6 millions</b>
Proportion des formations sanitaires couvertes par le programme de « FBR »	<b>47,1 %</b> Portail FBR 2019	<b>100 %</b>

<sup>1</sup> Une initiative de renforcement du SNIS est en cours et ces valeurs de base ne seront disponibles qu'en 2020.

CNS : Comptes Nationaux de la Santé

MICS : Multiple Indicator Cluster Survey

ENIP : Enquête Nationale sur les Indicateurs du Paludisme

SARA : Service Availability and Readiness Assessment

HeRAMS : Health Resources Availability Monitoring System

SMART : Enquête Nationale sur la Situation Nutritionnelle

IGME : UN Inter-agency Group for Mortality Estimation

SNIS : Système National d'Information Sanitaire

JRF: Joint Reporting Form (OMS PEV) couverture administrative

## **4. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE ET REFORMES NECESSAIRES**

### **4.1. Développement de l'offre de services**

#### **4.1.1. Infrastructures, équipements et logistique**

Afin de garantir un accès géographique aux populations les plus vulnérables, le projet de carte sanitaire sera révisé et validé, puis sera adopté sous forme de loi par le Parlement afin de lui donner la force juridique le protégeant des éventuels changements en cours de mise en œuvre.

Sa mise en œuvre passera par l'adoption d'un plan d'infrastructures et d'équipement des FOSA et une stratégie de maintenance des équipements existants ou à acquérir. Ces plans et stratégies seront élaborés en étroite collaboration avec les responsables des structures, les collectivités locales et les PTF engagés dans les zones concernées.

Dans ce cadre, un accent particulier sera accordé aux chaînes de froid aux différents niveaux garantissant une disponibilité de vaccins de qualité sur l'ensemble du Pays.

Parallèlement, la santé communautaire sera renforcée afin de compléter l'effort des FOSA, en particulier dans les zones difficiles d'accès soit de manière temporaire (insécurité) ou permanente (éloignées ne justifiant pas de services fixes). Dans ces deux cas de figure, les ASC mobilisés dans ces zones travailleront en étroite collaboration et sous la supervision des FOSA concernées afin d'améliorer le dépistage et la mobilisation des femmes, des enfants et des adolescents ciblés par les actions préventives ou les services curatifs.

Enfin, les moyens logistiques des FOSA (ambulances, motos) et des structures intermédiaires (véhicules et motos) seront renforcés afin de donner une place suffisante aux services portés dans la couverture des besoins d'offre de services essentiels de SRMNIA-N. Ces activités avancées et mobiles seront planifiées et mises en œuvre de manière intégrée couvrant des paquets de services par chaque sortie en fonction des besoins des populations visitées, et en concertation avec les ASC de la zone et ses acteurs communautaires.

#### **4.1.2. Intrants essentiels et gestion des approvisionnements et des stocks**

La gestion des approvisionnements et des stocks (GAS) étant au centre de la disponibilité des services de santé, elle revêt à ce titre une importance particulière. Pour cela, une stratégie nationale de renforcement de la GAS sera élaborée et mise en œuvre afin de répondre de manière efficiente et durable aux besoins des différents niveaux de la pyramide sanitaire.

La Centrale d'achats des médicaments et consommables essentiels (MCE) reste un objectif pour garantir une durabilité avec ses différentes antennes, et garantira l'approvisionnement et la distribution de ces produits essentiels jusqu'au niveau opérationnel (district de santé). Elle assurera un coût abordable à ces MCE grâce à des procédures de passation de marché souples, transparentes faisant jouer pleinement la concurrence.

En attendant la mise en œuvre effective de cette stratégie et de ses différents instruments, une plateforme Gouvernement-PTF facilitera la coordination, la complémentarité et le suivi des différentes acquisitions et distributions d'intrants essentiels à la SRMNIA-N. Cette plateforme aura des représentations régionales – et si nécessaire au niveau des districts – lui permettant de

veiller aux différentes acquisitions et distributions menées dans le cadre de projets locaux financés et appuyés par des intervenants nationaux ou internationaux.

Enfin, le Ministère de la santé, avec l'appui de ses PTF, mènera un plaidoyer soutenu visant à augmenter sensiblement l'allocation budgétaire pour l'acquisition de ces produits et pour un fonctionnement optimal des instances nationales en charge de la mise en œuvre de la stratégie GAS.

#### **4.1.3. Disponibilité des ressources humaines qualifiées**

Il s'agira d'abord de faire une situation exacte des ressources humaines existantes, de leur répartition et de leurs qualifications en matière de SRMNIA-N. Sur la base de ce recensement et de cette évaluation, un Plan stratégique de développement des RHS sera adopté et mis en œuvre avec ses différents volets :

- Production dans le cadre d'un plan de formation de base en étroite collaboration avec les structures publiques et privées de formation en santé, et avec la participation des principaux utilisateurs (responsables de FOSA et cadres du Ministère de la santé) avec l'appui des PTF et d'autres secteurs tels que celui de l'éducation ; à cette occasion, les curricula seront révisés pour les rendre plus pratiques et les adapter aux besoins prioritaires de l'action de SRMNIA-N évitant ainsi les séminaires et formations source d'absentéisme.
- Recrutement et affectation aux zones dans le besoin; une réforme profonde sera prise afin de garantir l'augmentation substantielle du nombre de personnels de santé répondant aux besoins du secteur, mais surtout leur répartition équitable avec priorité aux préfectures les plus défavorisées actuellement et les plus prioritaires pour le programme de SRMNIA-N; les contrats délocalisés seront une des voies explorées.
- Suivi et renforcement continu des capacités du personnel sur le terrain: un plan de formation continue sera mis en œuvre privilégiant (i) les recyclages périodiques intégrés couvrant l'ensemble des paquets prioritaires d'interventions à haut impact et organisé de manière à limiter au maximum les absences du personnel; (ii) les formations in-situ et les tutorats entre catégories permettant de renforcer les capacités de l'agent de santé sur son poste de travail; (iii) les supervisions formatives intégrées par niveau.
- Motivation sous toutes ses formes avec (i) révision de la grille salariale pour l'aligner au maximum aux grilles similaires dans la zone économique centrale de l'Afrique; (ii) développement des contrats de performance à travers une mise à échelle progressive et la plus rapide possible du FBR; (iii) priorité aux promotions internes dans les nominations de responsables de structures et administrations du secteur; (iv) mise en œuvre de plans de carrière par catégories en conformité avec les textes juridiques de la fonction publique.

## **4.2. Amélioration de la demande et de l'utilisation des services**

### **4.2.1. Amélioration de l'organisation des services de santé**

Les paquets de services seront organisés et livrés par niveau. Dans ce cadre, l'ensemble des textes et des expériences développées dans le Pays seront évalués afin de dégager des paquets minimum et complémentaires de soins en fonction du niveau de la FOSA et adaptés aux besoins des populations et à la situation du Pays.

Parallèlement, les différentes FOSA seront encouragées, chacune en ce qui la concerne et en concertation entre elles, de formaliser l'organisation propre de leurs services afin de faciliter leur utilisation par les groupes ciblés et en tenant compte de leurs spécificités et de leurs désirs. Par exemple instituer l'horaire de CPN ou de vaccination au moment d'une occupation importante des femmes (marché, champ, ...) serait proscrit dans ces mécanismes d'organisation des services.

Enfin, tous services pouvant être intégrés le seront dans une optique d'efficacité des prestations, de réduction de la mobilisation des femmes et de réduction des coûts des interventions. Plus particulièrement les sorties (avancées ou mobiles) et les supervisions seront systématiquement intégrées sur la base de directives nationales adaptées aux situations spécifiques.

### **4.2.2. Renforcement de l'acceptabilité socio-culturelle des services de santé**

L'acceptabilité socio-culturelle des interventions à haut impact sur la santé des femmes, des enfants, des adolescents et des jeunes sera renforcée à travers la mise en œuvre d'un plan de communication intégrée, impliquant l'ensemble des acteurs communautaires ayant les capacités et l'expérience requises, et visant un changement positif des comportements et des attitudes préalablement définis à travers des études CAP<sup>32</sup> ciblées et des enquêtes comportementales, en particulier chez les jeunes femmes, les adolescents et les jeunes.

Parallèlement les chèques-santé et autres appuis financiers (voir volet financement) seront conditionnés par des niveaux d'utilisation de services prioritaires, et des « cash-transferts » seront aussi développés dans ce sens.

Enfin, les interventions les plus exposées aux pressions extérieures (publicités, discrimination et stigmatisation, ...) seront protégées par des textes juridiques appropriés encourageant et facilitant leur utilisation. Dans ce cadre, (i) l'allaitement maternel sera protégé par une loi de protection organisation la distribution, la vente et la publicité autour du lait artificiel ; (ii) une loi « VIH/SIDA » protégera les personnes infectées et affectées et garantira leurs droits de santé de travail et de vie dans la communauté.

---

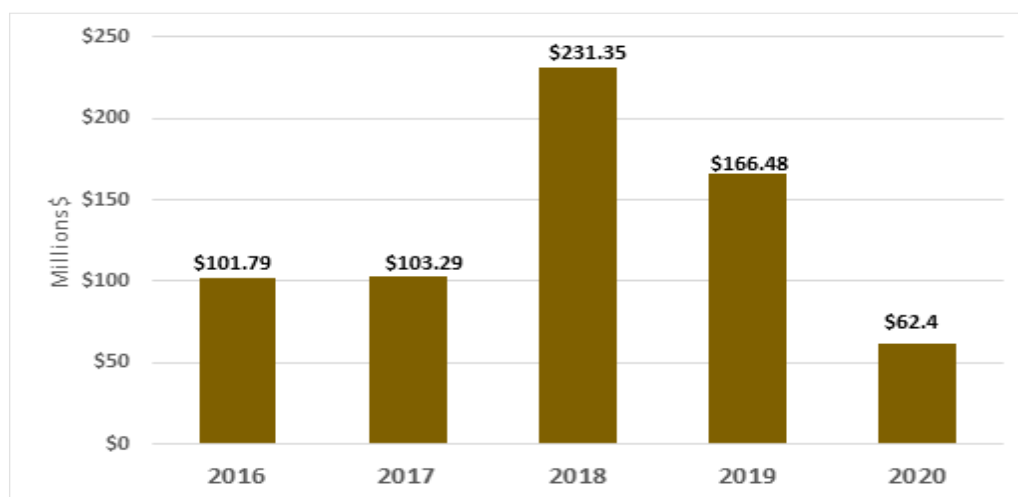
<sup>32</sup> Etude CAP : études des connaissances, attitudes et pratiques



### 4.3. Financement de la sante

#### 4.3.1. Aperçu sur le financement du secteur<sup>33</sup>

*Figure 23: L'évolution entre 2016 et 2020 des engagements financiers disponibles pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale, infanto-juvénile et des adolescents*



*Source cartographie des ressources, 2019.*

Cette forte fluctuation se reflète dans les mêmes proportions sur les engagements financiers par habitant qui a diminué de 29% passant de 45,03 USD par habitant en 2018, à 32,13 USD par habitant en 2019.

En termes réels, les ressources financières publiques ont augmenté de 10% entre 2017 et 2019, passant de 5,7 Millions USD en 2017 à 6,3 Millions USD en 2019. Toutefois, les ressources financières publiques par habitant n'ont augmenté en moyenne que de 1% sur ces 3 années, passant de 1,15 USD en 2017 à 1,18USD en 2019. Le ratio des ressources financières publiques (pour la SRMNIA-N) en pourcentage du PIB<sup>34</sup> est resté constante à 0,5% sur ces 3 dernières années (2017-2019).

La part des ressources financières publiques<sup>35</sup> par rapport à celle des bailleurs dans l'enveloppe totale des engagements est restée relativement constante mais extrêmement faible. En moyenne, 95% du total des engagements entre 2017 et 2019, provient des partenaires et 5% du gouvernement<sup>36</sup>. En 2018, la part du gouvernement représentait 1,19 USD par habitant, ce qui est extrêmement faible en comparaison avec les 42.82 USD par habitant couverts par les financements extérieurs.

<sup>33</sup> Un rapport sur la cartographie des ressources du secteur, menée en 2019, est accessible

<sup>34</sup> Données du FMI

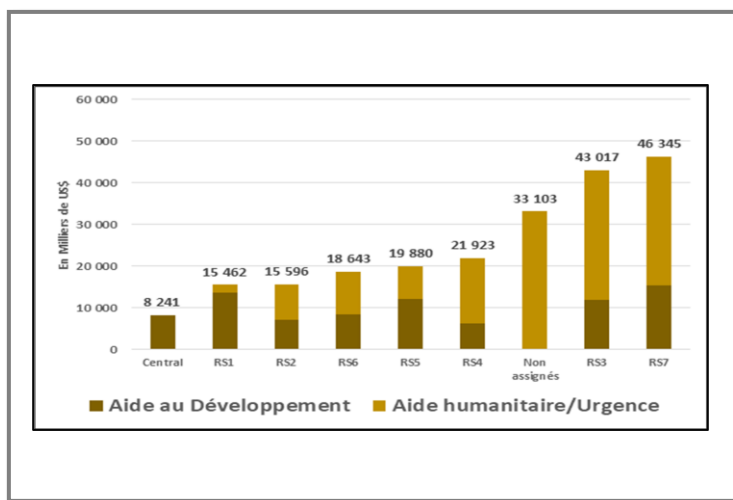
<sup>35</sup> Cartographie des ressources 2019

<sup>36</sup> Revue du PISS

Selon le PISS 2018-2019, « l'Etat n'est plus le financier principal de soins. Environ 5% des dépenses de santé sont assurées par le Gouvernement. Le pays reste fortement dépendant de l'aide extérieure. Par conséquent, le secteur de la santé a besoin d'autres ressources et de méthodes alternatives de financement. Il n'existe aucune forme de mutualisation des risques ou des ressources (autre que le Budget de l'État) pouvant assurer la protection ou la subvention croisée ».

La cartographie des ressources réalisée en 2019 confirme cette faible part du budget de l'Etat (3%) et montre l'importance du nombre de PTF appuyant le secteur sans les mécanismes efficaces de d'harmonisation et de redevabilité de ces financements extérieurs en faveur de la santé.

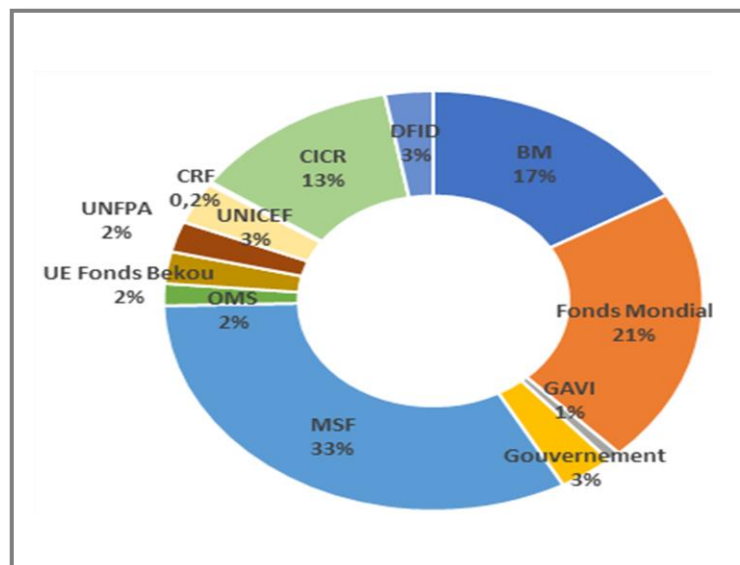
**Figure 24 : Répartition des engagements financiers en 2019 par source de financement, Cartographie des ressources, 2019**



Ces financements comprennent, à la fois, les financements des programmes de développement du secteur et les réponses aux urgences humanitaires.

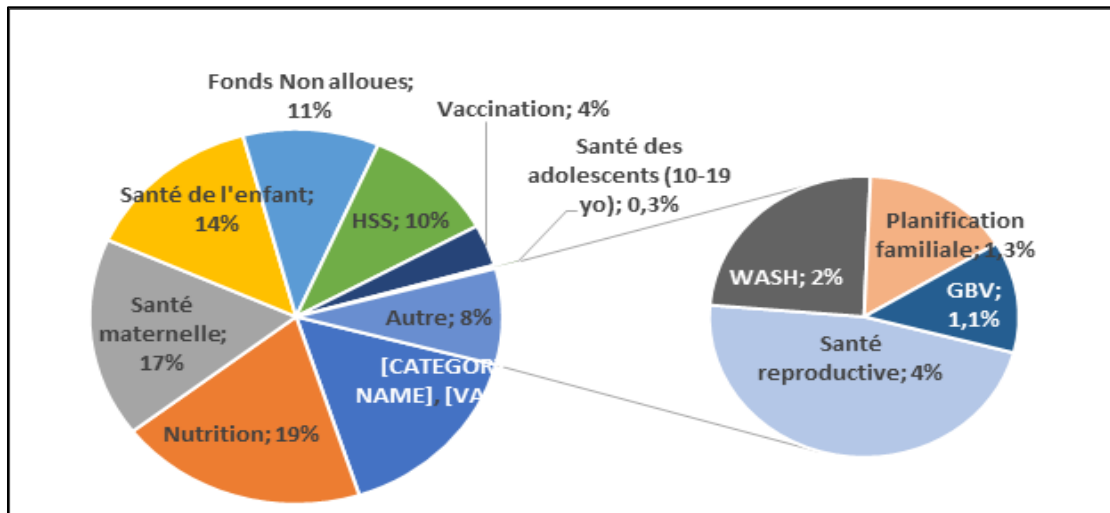
**Figure 25 : Répartition des financements extérieurs mobilisés en 2018 en fonction du type d'aide apportée et de la région sanitaire bénéficiaire**

La réponse humanitaire aux effets sanitaires des crises politico-sociales a représenté plus du tiers de l'ensemble des financements extérieurs en gagés en 2018 avec un ratio aide au développement sur aide humanitaire différent entre les régions en fonction de l'importance de ces troubles par région. Il n'a pas mis en évidence de mécanismes garantissant un passage efficace, et le plus rapide



possible, entre les programmes d'urgence et le développement garantissant ainsi une durabilité des acquis, en particulier pour les populations déplacées dont leur situation s'installe dans la durée.

**Figure 26 : Répartition des engagements financiers en 2018 en fonction de la thématique, cartographie des ressources, 2019**



La moitié des financements alloués à la SRMNIA-N ont bénéficié à quatre thématiques à savoir la nutrition (19%), la santé maternelle (17%), la santé de l'enfant (14%) et le renforcement du système de santé (10%). La santé des adolescents reste le parent pauvre avec 0,3% des financements.

#### 4.3.2. Pistes d'amélioration du financement du secteur

Au-delà des mesures qui seront prises visant plus de ressources durables au secteur et plus d'efficacité dans leur utilisation, d'autres stratégies et actions seront développées afin d'améliorer encore davantage le financement de la SRMNIA-N et au-delà la gouvernance du secteur. Dans ce cadre, une stratégie nationale de financement est en cours d'élaboration ; elle permettra de donner une vision claire et de faciliter l'harmonisation de l'ensemble des financements du secteur dans un objectif d'accès des populations, en particulier la mère et l'enfant, aux services essentiels de santé.

La politique de gratuité des soins aux enfants et à leurs mères sera évaluée et révisée afin de garantir son application effective et lutter efficacement contre les circuits parallèles, souvent illégaux et pesants fortement sur le revenu des plus pauvres. Dans ce cadre, l'enveloppe allouée pour couvrir les coûts de cette gratuité sera revue dans ce sens.

Parallèlement l'adoption et la mise en œuvre d'une stratégie de santé communautaire réduira sensiblement les coûts de santé – directes et surtout indirects – en particulier dans les districts les plus reculés et dans les zones d'insécurité où les femmes et les enfants sont obligés de parcourir des distances importantes à la recherche de soins simples pouvant être assurés par les ASC.

Enfin, la mise à l'échelle du FBP sera couplée à la mise en œuvre de la gratuité des soins pour la femme enceinte et allaitante, les enfants de moins de 5 ans et des victimes des VBG.

#### **4.3.3. Un financement au service de la CSU**

L'adoption d'une loi de protection permettra d'améliorer l'accès financier des populations aux services essentiels de santé.

En attendant la mise à échelle effective de cette loi de protection sociale, d'autres mécanismes temporaires et limités à des groupes de femmes et d'enfants seront développés afin de faciliter l'accès financier aux services essentiels de SRMNIA-N :

- les mutuelles de santé seront facilitées et accompagnées afin de couvrir des groupes organisés de personnes (fonctionnaires d'un secteur ou d'une institution, travailleurs d'un secteur informel assez bien organisés, ...), mais aussi des groupes communautaires structurés dans des villages ou des quartiers ou encore dans des associations ; ces mutuelles seront plus tard maintenues et intégrées dans la mise à échelle de l'assurance maladie en tant qu'instrument complémentaires couvrant certains paiements directs.
- Les forfaits ou chèques santé ciblant un service ou un groupe de services (ex: grossesse, accouchement et post-partum) partageant les coûts entre les adhérents et supportant ainsi les surcoûts des prestations les plus coûteuses.
- Les fonds de solidarité mobilisés au bénéfice de groupes très vulnérables préalablement recensés et supportant la quasi-entièreté des coûts moyennant un effort de sensibilisation, de changement de comportement ou d'utilisation de services spécifiques.
- Le Financement Basé sur la Performance (FBP) aidera à améliorer la disponibilité des entrants et la motivation des ressources humaines ainsi que l'efficience.

Davantage de précisions et de détails seront développés dans la stratégie de financement en cours d'élaboration.

#### **4.4. Modalité d'opérationnalisation du DI**

Le DI est un document stratégique de mobilisation des acteurs de la santé autour des priorités de SRMNIA-N. Son opérationnalisation passera nécessairement par des outils de planification opérationnelle à différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Ainsi, le cadre de résultats servira de base pour développer des cadres nationaux et régionaux de performance servant de base au consensus entre le Gouvernement, les PTF et les autres acteurs intervenant dans ladite région. Des Comités régionaux – impliquant ces différents acteurs – se chargeront d'assurer le suivi de la mise en œuvre du Programme régional et de l'atteinte des différents résultats. Les rapports trimestriels de supervision alimenteront les échanges au sein de ces comités régionaux et permettront à ces derniers de compléter l'analyse des indicateurs régionaux et des avancées dégagées. Les cadres régionaux de performance seront transformés en plans opérationnels par districts complétés et appuyés par un plan opérationnel de la région sanitaire. Ces différents plans de chaque région feront l'objet de validations parallèles pilotées et coordonnées par les structures centrales du Ministère de la santé afin de s'assurer de leur cohérence avec les engagements de la région.

## 4.5. Coordination, suivi et évaluation

### 4.5.1. Coordination de la mise en œuvre et du suivi du DI

Les organes et mécanismes de coordination essentiels au développement et suivi du DI étaient mis en place en 2018 à travers de deux arrêtés et un protocole d'accord. Ces mécanismes de coordination sont :

- **Le Comité Sectoriel de Santé** (arrêté promulgué par le Premier Ministre). Ce comité trimestriel a le mandat d'appuyer le ministère de la Santé et de la Population (MSP) dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des stratégies du secteur de la santé, en s'assurant de la cohérence et de l'alignement des projets et programmes, incluant l'efficacité de l'aide au développement pour la santé.
- **Le Comité de Pilotage des Projets et Programmes de Santé** (arrêté promulgué par le Ministre de la Santé et de la Population). Ce comité trimestriel de coordination opérationnelle a le mandat d'assurer l'alignement des interventions avec les politiques de santé et les normes internationales, de créer des synergies entre les financements et les interventions, et d'assurer un suivi conjoint du secteur de la santé.
- **Le Comité Ad-hoc** du Dossier d'Investissement (note de service du Ministre de la Santé et de la Population). Ce groupe est chargé du développement et de l'opérationnalisation du Dossier d'Investissement.

### 4.5.2. Le Suivi et l'évaluation périodique de la mise en œuvre du DI

Afin d'assurer la mise en œuvre du DI, de détecter les insuffisances et d'engager à temps les actions correctrices, les suivi et les évaluations périodiques seront réalisés au plusieurs niveaux :

- Trimestriellement, le Comité Ad-hoc fera un suivi détaillé du DI, basé sur une sou-collecte des indicateurs de routine d'effets et d'extrants du Cadre de Résultats et sur le suivi du décaissement des ressources engagés. L'objectif est d'identifier les actions et initiatives nécessaires pour assurer la réussite de la mise en œuvre du DI.
- Annuellement, la mise en œuvre du DI sera évaluée par le Comité de Pilotage à travers d'une étude spécifique, engagée à cet effet, et reposant essentiellement sur la cartographie et suivi des ressources et sur les principaux indicateurs d'effet du Cadre de Résultats. C'est à ce niveau que, si nécessaire, des changements au DI lui-même peuvent être proposé pour assurer la réalisation des résultats attendus.
- A la fin de la période de mise en œuvre du DI, une évaluation générale sera conduite à la suite d'enquêtes nationales (MICS et/ou EDS) permettant de donner la situation sanitaire des femmes, des enfants, des adolescents et des jeunes à travers une mesure des indicateurs d'impact du Cadre de Résultats. Cette évaluation sera supervisée par le Comité de Pilotage pour présentation au Comité Sectoriel de Santé / la Primature.

### 4.5.3. Suivi de la Performance et renforcement du SNIS et de la recherche

Le Cadre de Résultats présenté ci-dessus sera la base du suivi des résultats du DI. Ce cadre, tout en précisant la situation de référence et les cibles attendues pour les principaux indicateurs de suivi, sera la base pour le développement des tableaux de bord pour chaque niveau de suivi, en vue de détecter les insuffisances et d'engager à temps les actions correctrices.

Les principales sources de données pour le suivi de la mise en œuvre du DI sont :

- **Le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) :** l'élaboration d'une feuille de route pour le renforcement de ce SNIS – et sa mise en œuvre à travers le DI – devra lui permettre, dès la fin de la première année (2020), de produire les indicateurs de suivi retenus aux différents niveaux de la pyramide sanitaire dans une action intégrant profitant à l'ensemble de l'action du secteur. Ce renforcement du SNIS, notamment à travers un programme d'assurance-qualité des données et un déploiement du DHIS2, améliorera ce suivi régulier de la situation. Dans cet élan de redynamisation du SNIS, la santé des adolescents sera pleinement intégrée à travers des indicateurs spécifiques, pertinents et mesurables.
- **Les enquêtes rapides, annuelles ou biannuelles,** au sein des FOSA e des communautés, permettront de renseigner les indicateurs sur l'offre et le renforcement du système de santé qui ne pouvant être produits par la routine. En attendant le renforcement du SNIS, des enquêtes spécifiques (par exemple, SARA et HeRAMS) vont être menée annuellement au lieu de bi-annuellement, afin de permettre un suivi détaillé des initiatives du DI sur renforcement du système de santé.
- **La cartographie thématique et géographique des ressources,** réalisée cette année à la base de ce processus, sera répétée annuellement ainsi que le suivi des décaissements effectifs des contributions des principaux bailleurs du Programme (Gouvernement, PTF, autres partenaires) afin de suivre le respect des différents engagements en matière de financement de la SMNIA.
- Les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) seront élaborés chaque année et permettront l'analyse de l'amélioration du financement du secteur de la santé.

Pour renforcer la redevabilité dans la mise en œuvre du Programme et garantir l'adéquation de l'utilisation des ressources au regard des performances, des mécanismes de contrôle et d'audit seront systématisés – tant au niveau central qu'au niveau intermédiaire – en y impliquant les collectivités locales et des représentants des communautés. Des directives nationales seront développées et validées dans un atelier national impliquant le maximum d'acteurs et de bénéficiaires du secteur et largement diffusées.

Parallèlement, la mise à échelle du FBR comprendra des indicateurs de qualité et de satisfaction des usagers qui permettront de capter les perceptions des communautés sur les services qui leurs sont offerts.

#### **4.5.4. Supervisions intégrées par niveau**

Des directives nationales de supervision formative par niveaux seront développées, validées par les différentes parties prenantes et mises en œuvre aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Les ressources nécessaires seront mobilisées conjointement par le Gouvernement et ses PTF.

L'orientation qui guidera ces directives repose sur :

- Une supervision semestrielle du niveau régional par le niveau central, de manière exhaustive pour les services régionaux et sur un échantillon des districts et des FOSA;
- Une supervision trimestrielle du niveau district de santé par le niveau régional, de manière exhaustive pour les services des districts de santé et sur un échantillon des FOSA;
- Une supervision trimestrielle exhaustive des FOSA par les ECD<sup>37</sup>, menée mensuellement et par groupe de FOSA.

Des outils harmonisés de supervision par niveau seront annexés aux directives nationales ci-dessus, en particulier les modèles de fiche de collecte et de rapports de supervisions facilitant ainsi les synthèses par niveau.

#### **4.6. Partenariat pour la mise en œuvre du DI impliquant les PTF, les OSC et le secteur privé**

Ce Dossier d'Investissement viendra faciliter les efforts des PTF pour s'aligner sur les priorités nationales grâce au consensus qui sera obtenu autour de ces priorités, et au financement conjoint de ce DI par le Gouvernement, ses PTF et les autres acteurs nationaux et internationaux.

Ainsi, le Comité de Pilotage et le Comité Ad-hoc, qui comprennent les PTF du secteur, (CP) veilleront au financement, à la mise en œuvre et au suivi de ce DI. Le Comité de Pilotage sera l'organe délibérant qui valide les éventuels changements à apporter aux choix stratégiques retenus, et assurant la mobilisation des ressources financières nécessaires et leur répartition géographique et thématique. Un plan d'assistance technique sera élaboré à la fin de chaque année par le Comité Ad-hoc et validé par le Comité de Pilotage, permettant d'harmoniser les différentes assistances techniques du secteur de la santé.

---

<sup>37</sup> ECD : Equipe cadre de district

## 5. BUDGET DU DOSSIER D'INVESTISSEMENT

### 5.1. Les besoins financiers du DI

Figure 27 : Graphique 1: Coûts additionnels nécessaires par année pour la mise en œuvre du DI

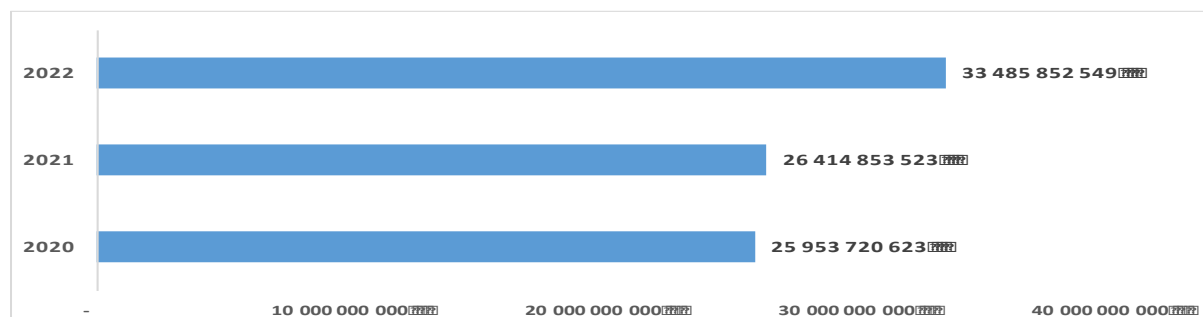


Tableau 34 : Budget additionnel du DI par tête d'habitant et par an

	2020	2021	2022	TOTAL	MOYENNE / AN
Coûts additionnels (en milliard de CFA)	25,95	26,41	33,48	<b>85,85</b>	<b>28,62</b>
Coûts additionnels (en million \$)(**)	45,53	46,34	58,75	<b>150,62</b>	<b>50,21</b>
Coûts additionnels en FCA par tête d'habitant*	4 937	5 025	6 370	<b>16 333</b>	<b>5 444</b>
Coûts additionnels en USD par tête d'habitant (**)	8,7	8,8	11,2	<b>28,7</b>	<b>9,6</b>
Coûts additionnels en USD par vie sauvée (**)	9 999	5 688	5 651	-	-

\* Référence : année 2021

\*\* 1 USD = 570FCFA

Les ressources additionnelles nécessaires à la réalisation du DI augmentent avec l'élargissement du paquet d'interventions et la couverture en zones géographiques du pays pour atteindre 85.854.426.695 F CFA, soit 150.621.801 \$ US pour les 3 années du DI. En moyenne, il s'agit d'un investissement supplémentaire annuel de plus de 28 milliards de F CFA (50 millions \$ US) qui sont requis pour atteindre les objectifs escomptés (voir tableau 8). La décomposition des besoins par catégories de dépenses (voir en annexe) montre que la plus grande partie concerne les médicaments et la gestion logistique, suivi par le financement de la santé incluant le financement basé sur la performance et enfin les infrastructures et équipement qui occupent respectivement : 41%, 24% et 16% des ressources nécessaires.

L'analyse montre qu'une dépense moyenne par tête d'habitant comprise entre 8,7 et 11 \$ US est nécessaire pour le financement du DI soit en moyenne 9,6 \$ US chaque année.

Les gains sur le plan économique se feront sentir au fur et à mesure, car le coût par vie sauvée est élevé en première année (9.999 \$US) à cause des investissements en premier lieu conjugué avec un résultat faible. Mais déjà à partir de la deuxième année, on enregistre une baisse importante du coût par vie qui se maintient en troisième année autour de 5.600 \$ US, soit 40% de moins que la première année.



## 5.2. Ressources potentiellement disponibles : Analyse de l'espace budgétaire et du gap financier

*Tableau 35 : Projections des disponibilités financières des différentes sources de financement*

Sources de financement	Montant disponible pour 2020-2022 (en USD)	%
Gouvernement	8,020,668	9%
UE Fonds Bekou	31,860,400	34%
Banque Mondiale / GFF	18,527,880	20%
GAVI	11,390,551	12%
UNICEF	10,261,952	11%
OMS	8,288,836	9%
UNFPA	6,163,081	7%
<b>Total mobilisable 2020</b>	<b>94,513,367</b>	<b>100%</b>

*Source : Cartographie des ressources*

Après exploitation des documents macro-économiques nationaux, et selon les déclarations des principaux Partenaires techniques et financiers rencontrés lors de l'exercice de cartographie des ressources, il ressort que le Pays pourrait disposer, pour les trois prochaines années d'environ 94,5 millions d'USD. Au regard des besoins dégagés pour la mise en œuvre du DI, ce montant ne pourrait pas couvrir les besoins du scénario 4 retenu dans le présent DI (150 millions d'USD).

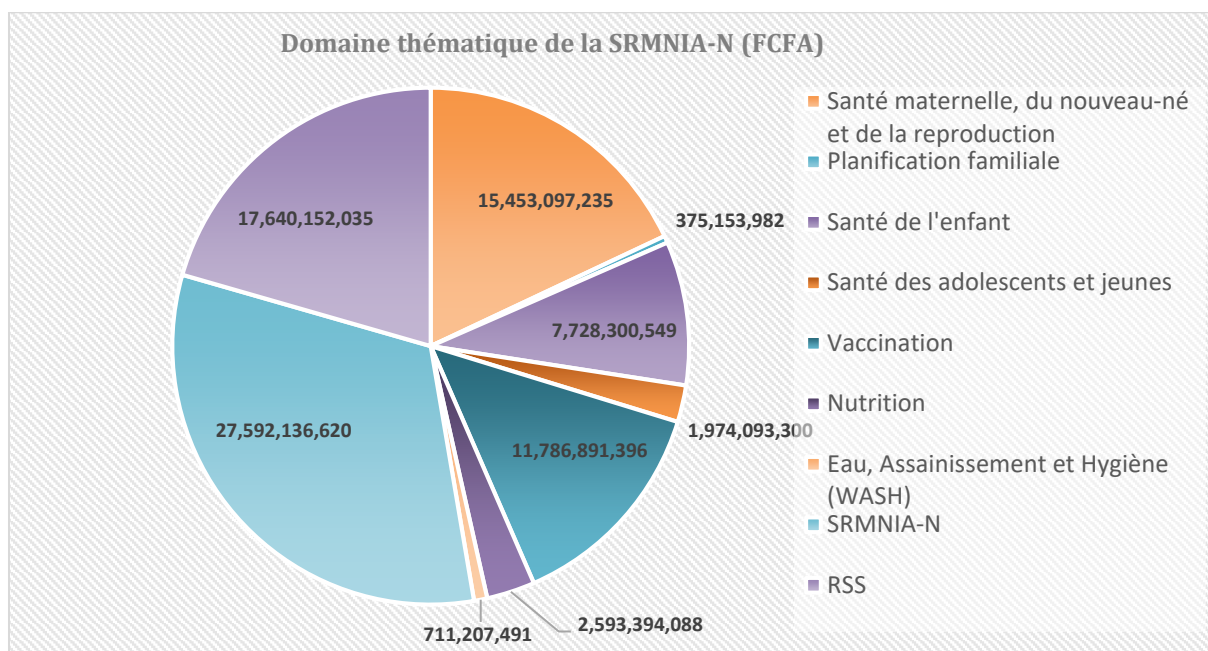
Détaillé par année (voir tableau ci-dessous), les besoins financiers ne seront pas couverts dès la première année, générant ainsi un GAP financier de 16 millions \$US en première année à plus de 25 millions \$US en 3<sup>ème</sup> année pour un montant global de 56 millions \$US à rechercher.

*Tableau 36 : Gap financier par année et par le scénario adopté*

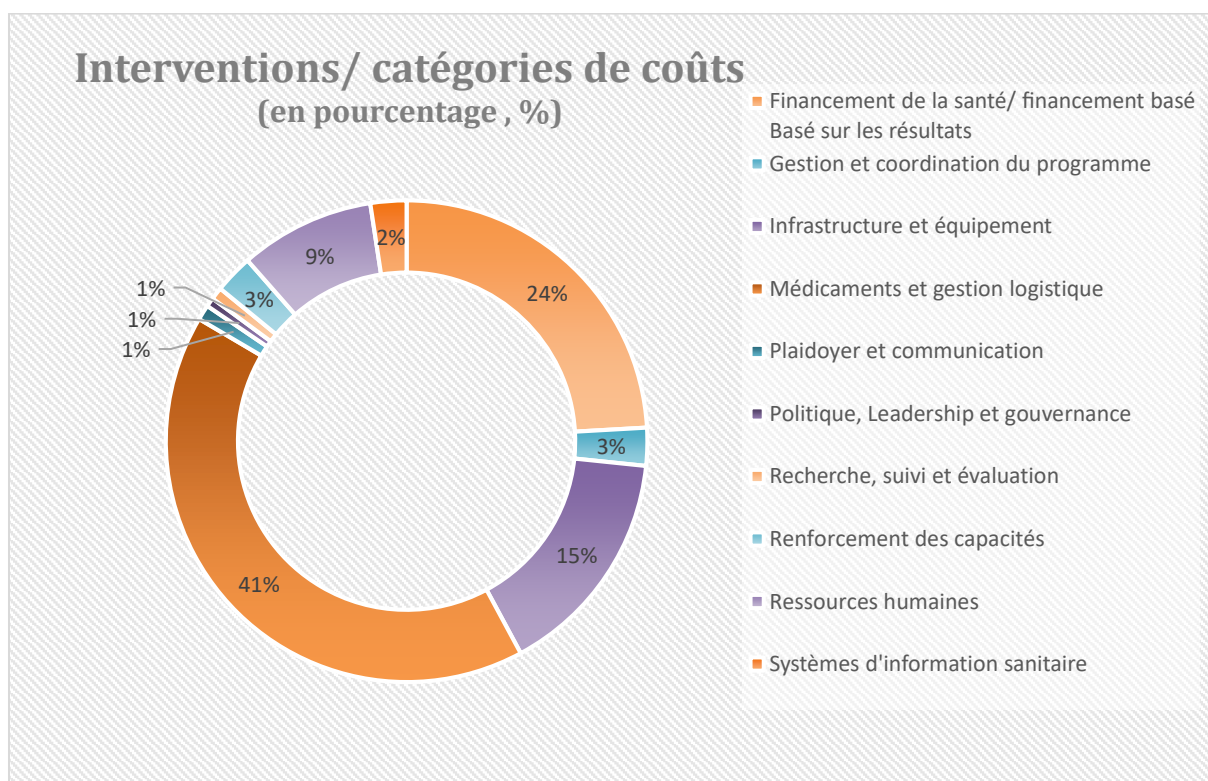
<b>Projections de disponibilités (en USD)</b>				
<b>Source de financement</b>	<b>Engagement 2020</b>	<b>Engagement 2021</b>	<b>Engagement 2022</b>	<b>Engagement 2020 à 2022</b>
Gouvernement	2,673,556	2,673,556	2,673,556	8,020,668
UE Fonds Bekou	10,620,133	10,620,133	10,620,133	31,860,400
BM	7,041,465	5,743,208	5,743,208	18,527,880
GAVI	3,796,850	3,796,850	3,796,850	11,390,551
UNICEF	1,208,568	4,526,692	4,526,692	10,261,952
OMS	2,762,945	2,762,945	2,762,945	8,288,836
UNFPA	739,000	2,712,040	2,712,040	6,163,081
<b>Total</b>	<b>28,842,517</b>	<b>32,835,425</b>	<b>32,835,425</b>	<b>94,513,367</b>
<b>Besoins financiers</b>	<b>2,020</b>	<b>2,021</b>	<b>2,022</b>	<b>2020 à 2022</b>
<b>Scénario adopté</b>	45,532,843	46,341,848	58,747,110	150,621,801
<b>Gaps financiers*</b>	<b>2,020</b>	<b>2,021</b>	<b>2,022</b>	<b>2020 à 2022</b>
<b>Scénario adopté</b>	-16,690,326	13,506,423	25,911,685	56,108,434

\* Gap financier : disponible moins besoin

**Figure 28 : Répartition du budget par domaine thématique pour la mise en œuvre du Dossier d'Investissement**



**Figure 29 : Répartition du budget pour le renforcement du système de santé ou la mise en œuvre du Dossier d'Investissement**



## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ministère de la sante publique, de la population et de lutte contre le sida; standards des services adaptés aux adolescents et jeunes en RCA; 2010
2. Ministère de la sante publique, de la population et de la lutte contre le VIH/sida; dépistage précoce des enfants par la PCR, manuel du participant 2013
3. Ministère de la santé et de la population; protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe; 2014
4. Normes et procédures cliniques des services de santé de la reproduction de la mère du nouveau ne de l'enfant et de l'adolescent en république centrafricaine, 2016
5. Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la population; normes et procédures cliniques des services de santé de la reproduction de la mère du nouveau ne de l'enfant et de l'adolescent en république centrafricaine, 2016
6. Ministère de la santé et de la population; guide national pour la prise en charge holistique des survivantes de viol en république centrafricaine 2017
7. Ministère de la santé et de la population; directives nationales sur l'utilisation des antirétroviraux pour la prévention et le traitement de l'infection à VIH en république centrafricaine, 2018
8. Ministère de la santé et de la population; manuel d'exécution du financement base sur la performance (FBP) en république centrafricaine, 2018
9. Ministère de la santé et de la population; prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement dans le contexte de la prévention de la transmission parents/enfants du VIH (PCIGA/PTPE) manuel du participant, 2018
10. Enquête sur la disponibilité des services et des produits de la sante de la reproduction en république centrafricaine, 2016
11. Ministère de la santé et de la population; rapport consultation des acteurs clés sur les causes et les déterminants de la mortalité maternelle, néonatale et infantile et des adolescent, juin 2019
12. Ministère de la santé et de la population; enquête rapide sur l'estimation des besoins de santé des populations affectées par la crise en république centrafricaine en 2015, Herams république centrafricaine rapport final, mars 2016
13. Ministère de la santé et de la population; carte sanitaire de la république centrafricaine 2018
14. Ministère de la santé et de la population, arrêté n\*043 MSP/DIR-cab/CMAJC 017. Portant création des districts sanitaires au niveau des régions sanitaires de la république centrafricaine, 18 octobre 2017
15. Ministère de la santé et de la population, Rapport HERAMS 2016
16. Ministère de la santé et de la population, note de service n\*242 MSP/DIR-cab/DGPES/DSFP 2018. Portant mise en place au sein du ministère d'un groupe technique de travail dénommé groupe thématique santé de la reproduction. 19 mai 2018
17. Ministère de la Santé et de la population, Enquête nationale sur les Indicateurs du Paludisme, Rapport final 2016.
18. Ministère de la Santé et de la population, Enquête SMART, Rapport final 2015

19. Présidence de la république, décret n\*19 037. Portant gratuité ciblée des soins dans les formations sanitaires en république centrafricaine, 15 février 2019
20. Ministère du plan; plan national de relèvement et consolidation de la paix (RCPCA) 2017-2021
21. Plan national de relèvement et de consolidation de la paix 2017 - 2021 (RCPCA) & cadre d'engagement mutuel (CEM - RCA) ; rapport annuel 2018
22. République centrafricaine; enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) 2010 rapports 2012
23. Ministère de la santé et de la population; plan intérimaire du secteur sante de la république centrafricaine (2018-2019)
24. Ministère de la santé et de la population; plan d'urgence de l'initiative conjointe (2018-2020) pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile en république centrafricain
25. Ministère de la santé et de la population; carte sanitaire 2018
26. République centrafricaine, ministère de la santé et de la population; cartographie des ressources financières pour la sante reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et des adolescents et nutrition (SRMNEA-N) 2019
27. BM, rapport analyse de l'espace budgétaire pour le secteur de la sante 2019