

RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE, DU PLAN ET DE LA
COOPÉRATION INTERNATIONALE

Direction Générale de la Statistique,
des Études Économiques et Sociales

Bureau Central du Recensement

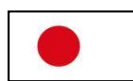
TROISIÈME RECENSEMENT GÉNÉRAL DE LA POPULATION ET DE L'HABITATION DE 2003



FÉCONDITÉ ET STÉRILITÉ EN RCA

RAPPORT D'ANALYSE THÉMATIQUE

Avec l'appui financier et technique de



Bangui, 30 juin 2005

**TROISIÈME RECENSEMENT GÉNÉRAL DE LA
POPULATION ET DE L'HABITATION DE 2003**

FÉCONDITÉ ET STÉRILITÉ
EN RCA

RAPPORT D'ANALYSE THÉMATIQUE

M. Félix Moloua
Démographe

PRÉFACE

Les données sociodémographiques disponibles en Centrafrique sont soit insuffisantes soit anciennes. Les résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2003 (RGPH 2003), prescrit par décret 01.272 en date du 02 octobre 2001, qui nous sont livrés comblent, à la grande satisfaction du Gouvernement et de tous les acteurs de développement de notre pays, ce besoin urgent en données actualisées et diversifiées sur les caractéristiques de l'ensemble de la population centrafricaine. Cette grande opération qui a été menée dans un contexte difficile marqué par une crise sociale profonde, a été un succès indéniable. Elle est la troisième du genre depuis l'indépendance de la République centrafricaine, après celles de 1975 et 1988.

La publication des résultats définitifs du RGPH 2003, 18 mois après le dénombrement, et moins d'un mois après l'installation du nouveau gouvernement que dirige son Excellence Monsieur le Premier Ministre Elie Doté, témoigne de la volonté du Gouvernement de fonder son action sur des réalités mieux cernées statistiquement dans divers domaines de la vie sociale, économique et culturelle de la Nation. Les 17 rapports d'analyse thématique mis à notre disposition représentent une mine de connaissances inestimables. Les domaines couverts sont variés, avec une particularité, la cartographie de la pauvreté d'existence des ménages de qualité peu répandue en Afrique au sud du Sahara, qui présente des données fortement désagrégées au niveau spatial.

Cette performance record n'est pas le fruit de la seule volonté politique du Gouvernement de transition de réussir cette opération malgré le contexte d'insécurité généralisée dans lequel le pays était plongé. Il est aussi le résultat de la forte mobilisation de toutes les Centrafricaines et de tous les Centrafricains qui ont reçu un appui inestimable de la part de la Communauté Internationale.

Pour l'assistance technique et financière reçue du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et de l'Union Européenne, je tiens à exprimer à ces partenaires, au nom de tout le Gouvernement et de mon Département ministériel, mes très vifs remerciements. Leurs contributions à la réussite de cette opération sont à la mesure de leurs engagements pour la cause du développement de notre pays. Je tiens également à remercier le Gouvernement du Japon dont la contribution dans le cadre du 4^{ème} Programme de coopération RCA/UNFPA a été d'un apport déterminant pour la cartographie du RGPH 2003. Mes remerciements s'adressent tout aussi bien et avec la même intensité au Gouvernement de la Chine, à l'Organisation des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et au Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), qui ont apporté une contribution toute aussi efficace dans la réussite de cette opération de collaboration inter-institutionnelle. Les Forces Armées Centrafricaines (FACA) et les Forces de la CEMAC (FOMUC) trouveront ici l'expression de toute ma gratitude et des remerciements du Gouvernement pour avoir apporté leur pierre à cet édifice, à travers la sécurisation et le déploiement de toute la logistique de l'ensemble des opérations censitaires. Pour terminer, je voudrais rendre un hommage appuyé à tous les analystes et membres des commissions nationales de validation des différents rapports d'analyse thématique.

Sylvain Maliko

*Ministre de l'Économie, du Plan
et de la Coopération internationale*

AVANT-PROPOS

Au moment où il est de plus en plus question de réduire la pauvreté et les inégalités, il est plus qu'urgent et indispensable de disposer de données et d'informations fiables sur les caractéristiques de la population et les conditions de vie de celle-ci pour l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques, programmes et projets de développement globaux et sectoriels. La République Centrafricaine vient dans ce sens de relever un important défi en bouclant, en juin 2005, les analyses thématiques de son troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH), à 18 mois seulement après la réalisation du dénombrement en décembre 2003. Cette performance, réalisée à ce jour par seulement trois pays africains (Bénin, Tchad et Cap-Vert), est d'autant plus remarquable que le dénombrement a eu lieu dans un contexte d'insécurité généralisée qu'aucun des trois pays cités n'a connu. En effet, les crises militaro-politiques répétées de 1996, 1997, mai 2001, octobre 2002 et mars 2003 ont non seulement donné lieu à des destructions des biens publics et privés, des pertes en vie humaine, mais ont également plongé plusieurs préfectures du pays dans un climat d'insécurité et entraîné d'importants mouvements internes et transfrontaliers des populations.

Le succès sans précédent de cette opération n'aurait pu être possible sans une forte mobilisation nationale, la participation active de nombreux centrafricains et centrafricaines, la volonté et la détermination des cadres nationaux, et en particulier ceux du Bureau Central du Recensement (BCR). C'est aussi et surtout le fruit du ferme engagement du Gouvernement et de l'appui technique et financier conséquent de multiples partenaires au développement de la RCA, dont les plus importants dans le cadre du RGPH 2003 sont, dans l'ordre, l'UNFPA, l'Union Européenne (UE), le Gouvernement du Japon, l'Organisation des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Gouvernement de Chine.

Le processus du troisième RGPH s'est traduit par la mise en œuvre de quatre projets qui ont coûté au Trésor public centrafricain et aux partenaires au développement de la RCA environ 4.966.401 de dollars US. Malgré son coût élevé, cette opération de collecte reste et s'avère d'un coût-efficacité remarquable compte tenu de la richesse des données, informations et connaissances qu'elle a générées et des multiples usages que l'on peut en faire pour le développement. Au total, dix sept (17) thèmes ont pu être analysés au terme de la première phase d'analyse des données du RGPH 2003. Outre les thèmes classiques tels que le volume et la répartition spatiale de la population, la fécondité et les migrations, certaines des analyses thématiques permettent par exemple de mettre en évidence les inégalités parfois criantes entre les hommes et les femmes et de faire ressortir la pauvreté d'existence du ménage centrafricain, aux niveaux à la fois macro- et méso- et micro-économique de la réalité. Ce que jamais une enquête, si représentative ou d'envergure nationale soit-elle, ne permet de réaliser. En plus de la mise en place sous peu d'une base de données multisectorielles autrement capitale pour le suivi et l'évaluation des OMD et des résultats du Plan Cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement en RCA (UNDAF), un volume séparé consacré aux projections et perspectives démographiques de la RCA à l'horizon 2015¹ est en cours de préparation, de même que des analyses approfondies sur des thèmes d'intérêt programmatique pour le gouvernement et ses partenaires au développement qui sont envisagées.

¹ La nécessité de prendre en compte l'impact de la pandémie du VIH/SIDA est ce qui nous fait prendre du recul pour mieux étudier le contexte et affiner les hypothèses de travail pour mieux asseoir les projections et perspectives à établir.

Le présent rapport fait partie de la série des dix-sept rapports d'analyse thématique issue des premières analyses des données du RGPH 2003 et dont la publication s'inscrit dans le cadre des efforts du gouvernement visant à réaliser le diagnostic de la situation de la pauvreté de la population en vue de finaliser l'élaboration du Document de Stratégies de Réduction de la Pauvreté (DSRP) dans le but, à juste titre, de bénéficier des ressources de l'initiative des Pays Pauvres Très Endettés (PPTE).

Le partenariat dynamique entretenu avec l'Union Européenne qui a assuré, à hauteur de 1,5 millions d'euros, en partie le financement des opérations de dénombrement et d'analyse des données du RGPH 2003, l'Institut de Formation et de Recherche Démographique (IFORD) de Yaoundé, l'Institut National de Statistiques et d'Analyse Économique (INSAE) du Bénin, le Bureau Central du Recensement du Gabon et, enfin mais non moins important, l'Équipe d'Appui Technique de l'UNFPA à Dakar qui ont assuré, à divers degrés, l'encadrement technique des cadres nationaux constitue une belle expérience de coopération Sud-Sud, de collaboration et de coordination entre bailleurs de fonds, qui a permis d'améliorer, comme jamais auparavant, la connaissance des conditions de vie des Centrafricains et des Centrafricaines.

Au nom de l'UNFPA, je saisis cette occasion pour remercier tous les partenaires au développement qui ont contribué de près ou de loin à la réussite du Troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation de la RCA ». Je voudrais citer en particulier l'Union Européenne, le Gouvernement du Japon, l'UNICEF, le PNUD, le Gouvernement de Chine, ainsi que tous les experts internationaux impliqués tout au long du processus, et surtout tous les cadres nationaux dont les compétences acquises, à travers cet exercice réussi, seront sans doute utilisées ailleurs dans le cadre de la coopération Sud-Sud. Je m'emploierai à le favoriser pendant mon mandat en RCA et au-delà.

Enfin, qu'il me soit permis de réaffirmer la volonté et la détermination de l'UNFPA à continuer à appuyer le Gouvernement centrafricain et à encourager tous les partenaires au développement de la RCA, les organisations de la société civile, les ONG et les partenaires du secteur privé, les organisations à assise communautaire, les chercheurs, les planificateurs, etc. à faire plein usage de cette mine quasi-inépuisable de données et d'informations que nous offre le RGPH 2003 pour la promotion du développement économique et social durable en RCA.

New York, le 30 juin 2005

Basile O. TAMBASHE, Ph.D
Représentant de l'UNFPA en Centrafrique

CADRE ORGANISATIONNEL DU RECENSEMENT

Le Recensement Général de la Population et de l'Habitation est une opération consistant à recueillir, à grouper, à évaluer, à analyser, à publier et à diffuser des données démographiques, économiques et sociales se rapportant, à un moment donné, à tous les habitants d'un pays.

La présente note technique présente le cadre institutionnel du troisième recensement, rappelle les objectifs globaux et spécifiques et donne les différentes phases de son exécution.

Cadre institutionnel

Le Troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation en République Centrafricaine (RGPH03) a été institué le 02 octobre 1995 par Décret N° 95.274. Compte tenu du retard observé dans la réalisation de la cartographie censitaire d'une part, et de la difficulté pour mobiliser les ressources, un second Décret N° 01.272 a été pris le 02 octobre 2001 pour prescrire à nouveau le Troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2003. Enfin le Décret N°03.200 du 12 août 2002 a fixé le dénombrement de la population sur tout le territoire national du 08 au 22 décembre 2003.

Le troisième recensement fait suite à ceux de 1975 et de 1988 dont les données étaient devenues obsolètes. En application du second Décret, un Arrêté N° 008/MEPCI/DSEES du 31 juillet 2002 porte organisation et fonctionnement du Bureau Central du Recensement (BCR), organe de la Division des Statistiques, des Études Économiques et Sociales du Ministère de l'Économie, du Plan et de la Coopération Internationale, chargé de l'exécution technique, de la gestion et du traitement informatique des données de l'opération.

Objectifs du RGPH03

Objectifs généraux

Le but visé par le troisième recensement était de disposer de données fiables permettant d'une part, d'évaluer les progrès réalisés après le recensement de 1988 sur le plan économique, social et du développement humain et d'autre part, d'élaborer des plans et programmes de développement viables. Ces données devraient permettre non seulement d'asseoir la politique de régionalisation et de décentralisation, mais également de mieux suivre les actions menées dans le cadre de la lutte contre la pauvreté et la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), notamment l'amélioration des conditions d'habitation des ménages centrafricains et la réduction des inégalités en matière de genre.

Objectifs spécifiques

Le décret N° 01.272 du 02 octobre 2001 prescrivant le recensement général de la population et de l'habitation et son organisation sur toute l'étendue du territoire national a fixé sept objectifs :

1. Connaître l'effectif de la population centrafricaine, sa répartition par région, préfecture, sous-préfecture, commune, village et quartier ;
2. Déterminer les caractéristiques démographiques, économiques et socioculturelles de la population ;
3. Déterminer les différents niveaux de natalité, de fécondité, de stérilité, de mortalité et de migration ainsi que l'accroissement naturel et global de la population centrafricaine ;
4. Permettre d'étudier les conditions d'habitation des ménages ;
5. Constituer une base de données socio-économiques complètes sur les collectivités territoriales en vue d'accompagner le processus de mise en place par le Gouvernement de la politique de décentralisation et de régionalisation ;
6. Aider à l'établissement des projections démographiques sur une base scientifique et à la constitution d'une base de sondage complète et mise à jour avec des cartes par commune pour la réalisation des futures enquêtes nationales auprès des ménages ;
7. Renforcer les capacités nationales dans la planification, l'exécution, le traitement, l'analyse, la publication et la dissémination des résultats des opérations de collecte des données.

Les différentes phases du RGPH03

Outre la phase préparatoire (1995-1997), le RGPH03 comprend au total dix étapes : 1) la cartographie censitaire ; 2) le recensement pilote ; 3) le dénombrement ; 4) la publication des résultats provisoires ; 5) l'Enquête Post-Censitaire (EPC) ; 6) le traitement (codification, saisie, apurement) des données ; 7) l'analyse des données ; 8) la publication des résultats ; 9) la dissémination des résultats ; et 10) la création et vulgarisation d'une base de données multisectorielles.

La **cartographie** s'est déroulée de 1999 à 2000. Elle a consisté à répertorier et à localiser tous les sites habitables et à découper le territoire en de petites portions appelées Aires de Dénombrement (AD) dont la taille varie selon le milieu de résidence entre 800 et 1.200 personnes en milieu urbain et entre 600 et 800 personnes en milieu rural. Au total, l'opération a permis de subdiviser le territoire national en 3.426 AD. En plus de ce résultat, les travaux cartographiques ont permis de collecter des données socio-économiques sur les collectivités locales au niveau des villages et quartiers.

Le **recensement pilote**, réalisé en mars 2002, a donné l'occasion de tester les questionnaires, les programmes de saisie informatique, de tabulation et le dispositif organisationnel sur le terrain.

Le **dénombrement** s'est effectué sur toute l'étendue du territoire national du 08 au 22 décembre 2003, conformément au décret 03.200 du 12 août 2003. Pour garantir le succès de l'opération, le Gouvernement, grâce à l'appui financier et matériel des bailleurs de fonds (UNFPA, Union Européenne, Unicef, Japon, PNUD, Chine) a mobilisé l'armée nationale et la Force Multinationale de la CEMAC (FOMUC) pour veiller à la sécurité du personnel de terrain, le ramassage du matériel et le convoyage des fonds nécessaires pour le paiement des agents de terrain.

L'*Enquête Post-Censitaire* a été réalisée en mars 2004 dans une trentaine d'AD urbaines et rurales et a permis de déterminer le taux de couverture du dénombrement (81,5 %) et le coefficient d'ajustement des résultats provisoires pour fournir les effectifs de population publiés aujourd'hui sous forme de résultats définitifs. Ce taux de couverture est plus faible que celui du recensement de 1988 du fait du contexte de crises militaro-politiques dans lequel a eu lieu le dénombrement de décembre 2003. Beaucoup de ménages et de personnes qui s'étaient réfugiés dans les pays voisins ou s'étaient déplacés dans les champs ou vers d'autres localités du pays du fait de l'insécurité avaient probablement regagné leur domicile à la faveur de l'accalmie qui a précédé l'EPC de mars. Ce retour expliquerait que l'EPC ait dénombré 18,5 % de plus de personnes que le dénombrement de décembre 2003.

Le *traitement des données* a été organisé en deux phases. La première, l'exploitation manuelle, a abouti à la production des résultats provisoires en mars 2004. La seconde a permis de disposer du fichier informatisé de données sur les caractéristiques démographiques et socioéconomiques individuelles de la population et des ménages.

L'*analyse des données* a été effectuée par des cadres nationaux, avec l'assistance technique de l'*Équipe d'Appui Technique* de l'UNFPA (EAT-UNFPA) de Dakar et de consultants internationaux mobilisés à cet effet. Cette stratégie a permis de disposer en dix-huit mois, après l'opération de dénombrement, des résultats définitifs sous forme de 17 rapports thématiques. Un dix-huitième rapport sur les projections démographiques 2003-2028 est en cours d'élaboration et devrait être disponible durant la première quinzaine du mois de novembre 2005.

Le présent rapport est l'aboutissement de l'analyse des données et des étapes antérieures (étapes 1 à 7). Il s'inscrit dans le cadre de la publication et de la dissémination (nationale et régionale) des résultats du RGPH03 (étapes 8 et 9). Ces deux volets constituent la première phase des efforts envisagés pour la publication, la dissémination et la promotion de l'utilisation de ces données en vue du ciblage des actions pour le développement durable en RCA.

RÉSUMÉ

La Fécondité constitue avec la Mortalité et la Migration, les éléments de la dynamique d'une population. L'établissement d'un équilibre entre l'accroissement démographique et la croissance économique nécessite la disponibilité des données fiables et mises à jour pour chacun de ces éléments.

En République Centrafricaine, les données disponibles sur la fécondité sont vieilles de plus de dix ans. Ainsi pour faciliter l'intégration des variables démographiques dans les plans et programmes de développement du pays, le Gouvernement a décidé de réaliser le 3^e Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2003. L'objectif fixé pour la fécondité est de « déterminer les différents niveaux de natalité, de fécondité et de stérilité de la population centrafricaine ». L'analyse des résultats ont permis de tirer les renseignements suivants :

- Le niveau de fécondité s'est stabilisé au niveau national au cours des dix dernières années. Cependant, une baisse plus perceptible en milieu urbain est observée;
- La fécondité est très précoce et tardive dans le pays. Les adolescentes du milieu rural sont encore plus exposées que leurs sœurs du milieu urbain. En outre, la précocité de la fécondité est plus accentuée dans les préfectures de la Sangha-Mbaéré et de la Haute-Kotto ;
- La stérilité est en baisse dans toutes les préfectures du pays. Cependant, le niveau reste préoccupant dans la préfecture du Haut-Mbomou et élevé dans les préfectures de : Mbomou, Kémo, Bamingui-Bangoran, Vakaga et Basse-Kotto. Les femmes du milieu rural sont les plus exposées.

Ces renseignements interpellent des actions urgentes du Gouvernement avec l'appui des partenaires au développement.

SOMMAIRE

PRÉFACE	I
AVANT-PROPOS	II
CADRE ORGANISATIONNEL DU RECENSEMENT	IV
CADRE INSTITUTIONNEL	IV
OBJECTIFS DU RGPH03.....	IV
LES DIFFERENTES PHASES DU RGPH03	V
RÉSUMÉ	VII
LISTE DES TABLEAUX	X
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I : CONTEXTE, JUSTIFICATION ET OBJECTIFS DE L'ETUDE	2
1.1 CONTEXTE POLITIQUE, SOCIO-ECONOMIQUE ET CULTUREL	2
1.2 OBJECTIFS GENERAL ET SPECIFIQUES	4
1.2.1 Objectif global	4
1.2.2 Objectif spécifiques.....	4
CHAPITRE II : METHODOLOGIE	6
2.1 SOURCES DE DONNEES.....	6
2.2 POPULATIONS CIBLES ET NIVEAUX D'ANALYSE	6
2.3 EXAMEN CRITIQUE ET EVALUATION DES DONNEES.....	7
2.4 DEFINITIONS DES CONCEPTS ET INDICATEURS	9
CHAPITRE III : PRESENTATION DES RESULTATS	12
<i>Le traitement des données collectées ont permis de produire les indicateurs sur les niveaux et tendances de la natalité, de la fécondité, de l'infécondité et de la stérilité.</i>	12
3.1 NATALITE EN RCA	12
3.1.1 NIVEAU ACTUEL ET TENDANCE DE LA NATALITE.....	12
3.1.1.1 Niveau actuel de la natalité.....	12
3.1.1.2 Tendance de la natalité	13
3.1.2 NATALITE DIFFERENTIELLE	13
3.1.2.1 Natalité différentielle selon les régions administratives	13
3.1.2.2 Natalité différentielle selon les préfectures.....	14
3.2 FECONDITE EN RCA	15
3.2.1 NIVEAU, TENDANCE ET STRUCTURE DE LA FECONDITE.....	15
3.2.1.1 Niveau et tendance de la fécondité.....	15
3.2.1.2 Structure par groupe d'âge.....	16
3.2.1.3 Contribution relative des groupes d'âge à la descendance du moment.....	16
3.2.2 FECONDITE DIFFERENTIELLE.....	17
3.2.2.1 Fécondité différentielle selon le milieu de résidence	17
3.2.2.2 Fécondité différentielle selon les régions administratives	18
3.2.2.3 Fécondité différentielle selon les préfectures.....	19
3.2.2.4 Fécondité différentielle selon le niveau d'instruction	20
3.2.2.5 Fécondité différentielle selon la situation dans l'activité.....	21
3.2.2.6 Fécondité différentielle selon la situation matrimoniale.....	21
3.2.3 TENDANCE DE LA FECONDITE DU MOMENT.....	22
3.2.3.1 Tendance de la fécondité au niveau national et par milieu de résidence.....	22
3.2.3.2 Tendance de la fécondité selon les préfectures	23
3.3 FECONDITE DES PERSONNES A RISQUE	24
3.3.1 NIVEAU DE LA FECONDITE DES PERSONNES A RISQUE AU NIVEAU NATIONAL ET PAR MILIEU DE	24
3.3.1.1 Fécondité différentielle des personnes à risque selon les régions administratives.....	25
3.3.1.2 Fécondité différentielle des personnes à risque selon les préfectures	26
3.3.1.3 Fécondité différentielle des personnes à risque selon la situation matrimoniale	27
3.3.1.4 Fécondité différentielle des personnes à risque selon le niveau d'instruction.....	27
3.4 INFECNDITE ET STERILITE.....	28
3.4.1 Infécondité	28
3.4.2 Stérilité.....	31

CHAPITRE IV : IMPLICATIONS DES RÉSULTATS ET RECOMMANDATIONS	34
4.1 IMPLICATIONS DES RESULTATS	35
4.2 RECOMMANDATIONS	36
CONCLUSION	38
BIBLIOGRAPHIE	39
ANNEXE 1 : LISTE DES CADRES AYANT PARTICIPE A L'ATELIER DE VALIDATION DES RAPPORTS D'ANALYSE THEMATIQUE DU RGPH03.....	40
ANNEXE 2 : LISTE DU PERSONNEL DU BUREAU CENTRAL DE RECENSEMENT QUI A PARTICIPE AU RGPH03.....	42
ANNEXE 3 : LISTE DES SUPERVISEURS ET ZONES DE SUPERVISION DU RGPH03.....	43
ANNEXE 4 : LISTE DU PERSONNEL DE L'UNFPA, DES AUTRES BAILLEURS ET DES CONSULTANTS INTERNATIONAUX QUI ONT APPORTE LEUR APPUI TECHNIQUE RGPH03	44

LISTE DES TABLEAUX

Tableau FEC01 : Taux Brut de Natalité selon le milieu de résidence	12
Tableau FEC02 : Évolution du Taux Brut de Natalité en RCA.....	13
Tableau FEC03 : Taux Brut de Natalité selon les régions administratives	13
Tableau FEC04 : Taux Brut de Natalité selon les préfectures	14
Tableau FEC05 : Indicateurs de la fécondité au niveau national.....	15
Tableau FEC06 : Structure par âge de la fécondité	16
Tableau FEC07 : Contribution relative des groupes d'âge à la fécondité du moment	17
Tableau FEC08 : Indicateurs de la fécondité selon le milieu de résidence	17
Tableau FEC09 : Indicateurs de la fécondité selon les régions	18
Tableau FEC10 : Indicateurs de la fécondité selon les préfectures	19
Tableau FEC11 : Niveau d'instruction et fécondité	20
Tableau FEC12 : Situation d'activité et fécondité.....	21
Tableau FEC13 : Situation matrimoniale et fécondité.....	22
Tableau FEC 14 :Évolution de la fécondité en RCA.....	23
Tableau FEC15 : Évolution de la fécondité selon les préfectures	24
Tableau FEC16 : Indicateurs de fécondité des personnes à risque selon le milieu de résidence .	25
Tableau FEC17: Indicateurs de fécondité des personnes âgées selon les régions administratives	25
Tableau FEC18 : Indicateurs de fécondité des personnes à risque selon les préfectures	26
Tableau FEC19 : Indicateurs de fécondité des personnes âgées selon la situation matrimoniale	27
Tableau FEC20 : Indicateurs de fécondité des personnes âgées selon le niveau d'instruction	28
Tableau FEC21 : Infécondité au niveau national.....	29
Tableau FEC22 : Infécondité selon le milieu de résidence.....	29
Tableau FEC23 : Infécondité selon les régions administratives.....	30
Tableau FEC24 : Taux d'infécondité primaire selon les préfectures	31
Tableau FEC25 : Indice de stérilité selon le milieu de résidence	31
Tableau FEC26 : Indice de stérilité selon les régions.....	32
Tableau FEC27 : Indice de stérilité selon les préfectures	33

LISTE DES CARTES THÉMATIQUES

Carte FEC01 : Indice de stérilité.....	33
--	----

LISTE DES ABBRÉVIATIONS

AMM	: Age Moyen à la Maternité
AD	: Aire de Dénombrement
BCR	: Bureau Central du Recensement
CIPD	: Conférence Internationale sur la Population et le Développement
DSRP	: Document de Stratégies de Réduction de la Pauvreté
EAT-UNFPA	: Équipe d'Appui Technique de l'UNFPA
EDS-RCA94/95	: Enquête Démographique et de Santé de 1994/95
EPC	: Enquête Post-Censitaire
FACA	: Forces Armées Centrafricaines
FOMUC	: Force Multinationale de la CEMAC
ICN	: Indice Comparatif de Natalité
IFORD	: Institut de Formation et de Recherche Démographiques
INSAE	: Institut National de Statistiques et d'Analyse Économique
ISF	: Indice Synthétique de Fécondité Nations Unies en RCA
NEPAD	: Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
NEPAD	: Le Nouveau Partenariat pour le Développement en Afrique
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementales
PA-CIPD	: Programme d'Action de la CIPD
PNDE	: Programme National de Développement Environnemental
PND	: Programme National de Développement Sanitaire
PDPF	: Politique Nationale de la Promotion de la Femme
PNSR	: Politique Nationale de la Santé de la Reproduction,
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PPT	: Initiative des Pays Pauvres Très Endettés
RCA	: République Centrafricaine
RGP88	: Recensement Général de la Population de 1988
RGP	: Recensement Général de la Population et de l'Habitation
RGP2003	: Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2003
SIG	: Système d'Information Géographique
TBN	: Taux Brut de Natalité
TBR	: Taux Brut de Reproduction
TGFG	: Taux Global de Fécondité Général
UE	: Union Européenne
UNDAF	: Plan Cadre Global d'Assistance au Développement des Agences du Système des
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'enfance

INTRODUCTION

L'étude sur la fécondité et la stérilité en RCA revêt un intérêt capital dans la mesure où la disponibilité des indicateurs de ce phénomène permettent la mise à jour et le suivi des politiques, des programmes et projets de développement. Ces indicateurs sont également utiles pour la planification dans les secteurs sociaux.

Plusieurs opérations statistiques réalisées dans le pays ces quinze dernières années, notamment le Recensement Général de la Population de 1988 (RGP88) et l'Enquête Démographique et de Santé de 1994/95 (EDS94/95) ont abordé la fécondité et la stérilité. A ce jour, ces données sont devenues obsolètes et nécessitent que d'autres indicateurs pertinents et fiables soient produits.

Le troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2003 (RGPH2003) offre l'opportunité de saisir la fécondité et la stérilité dans tous ses aspects, à savoir : la natalité, la fécondité en général, la fécondité des personnes à risque, l'infécondité et la stérilité. L'avantage comparatif de cette opération d'envergure nationale par rapport aux enquêtes par sondage (telle que l'EDS), est de disposer les données désagrégées sur ce phénomène à un niveau administratif plus fin (village/quartier). L'étude met aussi un accent particulier sur la fécondité des adolescentes et des femmes âgées qui n'est amplement abordée dans les études antérieures.

La présente étude comprend six grandes parties. Dans la première sont abordées les considérations méthodologiques et les quatre suivantes sont consacrées à la natalité, la fécondité en général, la fécondité des personnes à risque, l'infécondité et stérilité. La dernière partie présente les implications, c'est-à-dire, des renseignements tirés des principaux résultats qui nécessitent des actions d'urgence et les recommandations formulées à cet effet. L'étude est bouclée par une conclusion.

CHAPITRE I

CONTEXTE, JUSTIFICATION ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

1.1 Contexte politique, socio-économique et culturel

Les victimes les plus vulnérables de la pauvreté dans les pays en développement sont les femmes qui assurent la fonction de procréation et les enfants. La dynamique démographique entretient des relations étroites avec le développement socio-économique d'un pays de telle manière qu'on se pose les questions suivantes : comment s'organiser de telle manière que les ressources économiques rares puissent permettre de répondre au mieux aux besoins d'une population en augmentation ? Comment prévoir le nombre de vaccins, le nombre de personnel de santé à former pour réduire la mortalité infanto-juvénile ? Comment prévoir les infrastructures scolaires, le nombre de personnel enseignant à former pour encadrer les enfants pour un avenir meilleur ? Les réponses à ces interrogations nécessitent une meilleure connaissance de la fécondité dans le pays.

La fécondité constitue, avec la mortalité et les migrations, l'une des trois composantes de la dynamique de la population. Au cours de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) de 1994 au Caire (Égypte), les problèmes de population et de santé de la reproduction ont été abordés dans une vaste perspective de développement en mettant l'accent sur une meilleure santé en matière de reproduction pour une lutte efficace contre la pauvreté (CIPD94, 1995). Ces mêmes préoccupations ont été exprimées au cours de plusieurs conférences internationales, notamment:

- Le Sommet Mondial sur le Développement du Millénaire tenu à New York en l'an 2000 où l'amélioration de la santé maternelle figure parmi les Objectifs du Millénaire pour le Développement;
- Le Nouveau Partenariat pour le Développement en Afrique (NEPAD), qui prévoit de réduire de trois quarts la mortalité maternelle entre 1990 et 2015.

Par ailleurs, une meilleure connaissance de la fécondité constitue un gage pour une bonne planification du développement du pays. Elle facilite une meilleure répartition des ressources disponibles.

Considérée comme la pièce maîtresse de la transition démographique, la fécondité demeure encore élevée dans la plupart des pays en développement en général et plus particulièrement dans les pays africains au sud du Sahara. La non maîtrise de ce phénomène peut constituer un obstacle à un développement économique harmonieux.

La fonction de procréation et de reproduction de l'espèce humaine donne une place prépondérante à la femme dans la société centrafricaine. Une femme qui a beaucoup d'enfants est respectée et considérée contrairement à celle qui est stérile. L'enfant est considéré comme un investissement vieillesse pour la famille. A ce titre, il représente une valeur fondamentale pour le mariage. La maîtrise de la fécondité en République Centrafricaine (RCA) figure en bonne place parmi les préoccupations de l'heure. Ce pays a souscrit à une politique nataliste faisant du planning familial un instrument de sauvegarde de la santé de la mère et de l'enfant sans option de limiter les naissances. Le Gouvernement centrafricain s'est doté depuis 1998, d'un document de Politique Nationale de Population dans lequel figure des préoccupations relatives à la fécondité, notamment la réduction des

maternités précoce et tardive et la lutte contre les grossesses non désirées. Le programme de mise en œuvre de cette Politique est appuyé par le Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population (UNFPA). En outre, pour garantir la maternité sans risque, le Gouvernement a également élaboré un document de Politique Nationale de Santé de la Reproduction (2003). Ce document prend en compte les aspects relatifs à la fécondité précoce, son niveau et sa tendance depuis l'indépendance à ce jour. On y note aussi la nécessité d'une prévention et d'une prise en charge de l'infertilité ainsi que la promotion d'un développement sexuel sain à partir de la préadolescence.

Les personnes à risque de décès maternel deviennent une préoccupation de santé publique. Elles sont constituées des groupes cibles dont le risque de mourir pendant les grossesses, au cours et après l'accouchement. Il s'agit des adolescentes de 12-19 ans et des femmes âgées de 35 ans et plus.

Le groupe des adolescentes est considéré à risque de décès maternel parce que les filles de la tranche d'âge 12-19 ans sont en pleine croissance physique au cours de laquelle se développe leur bassin. Cette catégorie atteint l'âge de puberté qui lui fait découvrir tous ses sens au cours de cette croissance favorisant la tentation d'avoir le premier rapport sexuel. Les conséquences néfastes des rapports sexuels précoces sont essentiellement les grossesses non désirées et précoces ayant pour corollaires entre autres :

- l'abandon scolaire ;
- l'avortement provoqué ;
- le mariage précoce etc.

L'adolescente qui subit ce phénomène créé dans conditions propices à la pauvreté car étant sortie du système scolaire, elle rompt sa chance d'avoir un emploi pour être indépendante de son conjoint. L'avortement provoqué réalisé dans des conditions peu aseptiques peut compromettre son avenir génésique ou occasionner son décès.

La deuxième catégorie des personnes à risque de décès maternel est celle des femmes âgées de 35 ans ou plus qui poursuivent leur fécondité ou qui démarrent leur vie féconde. Les femmes de cette tranche d'âges ont dépassé largement l'âge moyen à la maternité. Elles constituent une catégorie à moindre risque de décès maternel si elles sont de parité comprise entre 1 et 3. Ayant au moins quatre enfants, elles sont à cet âge de plus en plus abandonnées par les réflexes des femmes en période de pleine fécondité. Aussi, les femmes nullipares qui entrent dans la vie féconde à 35 ans ou plus courent beaucoup plus le risque de maternité difficile pour des raisons d'inexpériences. De manière général, les femmes mères âgées de 35 ans ou plus ont plus de préoccupations d'autres domestiques, de la charge des petits enfants, etc. qui les perturbent dans le respect du calendrier des soins prénatals.

L'une des particularités relevée dans la fécondité en RCA, est le comportement procréatif tardif. En effet, il ressort des données collectées que les femmes en Centrafrique poursuivent leur fécondité au delà de 50 ans (sauf erreur de déclaration des âges). Tout ceci concourt à les prédisposer à une maternité à haut risque de décès des suites de couche.

La déclaration préliminaire du Gouvernement sur la stratégie de réduction de la pauvreté et les politiques économiques à moyen terme a mis, dans son volet bien-être socio-économique de la population, un accent sur la réduction de la mortalité maternelle. De son côté, le document de Politique Nationale de Promotion de la Femme s'est fixée, entre autres

objectifs, de réduire le taux de mortalité maternelle de 948 décès pour 100.000 naissances vivantes à 600 décès pour 100.000 naissances vivantes d'ici l'an 2009.

Les Agences des Nations Unies en Centrafrique telles que l'UNFPA, l'OMS et l'UNICEF, à travers leurs programmes d'assistance au Gouvernement appuient les efforts des autorités dans la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé de la Reproduction. Les Organisations Non Gouvernementales (ONG) nationales telles que l'Association Centrafricaine pour le Bien-Être Familial (ACABEF) mènent des actions dans le sens de l'amélioration de la santé de la femme en Centrafrique.

Le suivi et l'évaluation de ces politiques, programmes et projets en faveur de la fécondité à moindre risque nécessitent la disponibilité d'indicateurs à jour et à un niveau géographique désagrégé le plus fin possible. Le recensement général de la population est et demeure la seule source des données exhaustives qui permet d'obtenir ces indicateurs.

Le troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation en RCA de 2003 s'est fixé, pour ce qui concerne la fécondité, un certain nombre d'objectifs ci-après.

1.2 OBJECTIFS GENERAL ET SPECIFIQUES

1.2.1 Objectif global

L'objectif global du présent rapport d'analyse thématique est de déterminer les différents niveaux de natalité, de fécondité et de stérilité de la population centrafricaine.

1.2.2 Objectif spécifiques

- Analyser les niveaux et tendances de la natalité ;
- Analyser les niveaux et tendances de la fécondité ;
- Analyser les niveaux et tendances de la stérilité ;
- Mesurer la prévalence de l'infécondité/stérilité ;
- Analyser les niveaux et tendances de la fécondité des adolescentes ;
- Analyser les niveaux et tendances de la fécondité des femmes âgées ;
- Élaborer la carte de fécondité des adolescentes ;
- Élaborer les cartes de fécondité des femmes âgées ;
- Élaborer la carte des poches de stérilité.

Les indicateurs qui seront obtenus à un niveau désagrégé (national, régional, préfectoral) pourront permettre :

- d'actualiser, de suivre et d'évaluer les programmes de mise en œuvre de la Politique Nationale en matière de Santé de la Reproduction du Gouvernement, des ONG et des partenaires ;
- de suivre et d'évaluer le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP);
- de suivre et d'évaluer le Plan Cadre global d'Assistance au développement des Agences des Nations Unies en RCA (UNDAF) ;
- de suivre et d'évaluer les objectifs en rapport avec la fécondité des grandes conférences telles que la promotion d'une meilleure santé en matière de reproduction pour une lutte efficace contre la pauvreté (PA/CIPD) et

l'amélioration de la santé maternelle (Sommet Mondial sur le Développement du Millénaire (OMD)) ;

- de mettre à jour la base de données multidimensionnelles "DEV-INFO" utile pour le suivi et l'évaluation des programmes sectoriels du Gouvernement et des Plans d'Action entre la RCA et les Partenaires au développement;
- d'élaborer des cartes de fécondité précoce et tardive pour le suivi et l'évaluation des programmes de Maternité à moindre risque;
- d'élaborer une carte de poche de stérilité définitive pour le suivi et l'évaluation des programmes de mise en œuvre de la Politique Nationale de la Santé de la Reproduction.

CHAPITRE II

METHODOLOGIE

Le chapitre sur la méthodologie traite des sources de données, des populations cibles et les niveaux d'analyse, de l'examen critique et l'évaluation des données, de la définition des concepts et indicateurs.

2.1 SOURCES DE DONNEES

Le présent rapport d'analyse sur les niveaux, tendances et différentielles de la fécondité et de la stérilité en RCA sera basé principalement sur les données du RGPH 2003. Les questions sur la fécondité posées lors de ce recensement concernent le nombre total des enfants nés vivants, les survivants et les naissances des 12 derniers mois. Ces questions sont formulées de la manière suivante : " Combien d'enfants nés vivants au total avez-vous mis au monde" ? "Parmi tous les enfants nés vivants que vous avez mis au monde, combien sont encore en vie" ? " Depuis décembre 2002, avez-vous eu d'enfant ou des enfants nés vivants "?

Plusieurs autres opérations de collecte des de données organisées en RCA ont fourni des indicateurs sur ces aspects de la fécondité et de la stérilité. Il s'agit :

- du Recensement Général de la Population de 1975 ;
- du Recensement Général de la Population de 1988 ; et
- de l'Enquête Démographique et de Santé de 1994-95.

Ces différentes sources de données seront utilisées aux fins de comparaison.

2.2 POPULATIONS CIBLES ET NIVEAUX D'ANALYSE

Les populations cibles retenues dans le cadre de l'étude de la fécondité sont les suivantes :

- les femmes résidentes âgées de 12-54 ans des ménages ordinaires ;
- les naissances vivantes par groupe d'âge des femmes résidentes des ménages ordinaires ;
- les naissances des 12 derniers mois par groupe d'âge des femmes des ménages ordinaires ;
- les femmes résidentes âgées de 50 ans et plus.

L'analyse de la fécondité et de la stérilité est faite selon les niveaux d'analyse ci-après :

- National désagrégué en urbain et rural ;
- Région désagrégué en urbain et rural (il existe au total sept régions administratives, numérotées de 1 à 7, la dernière région correspondant à Bangui, la capitale du pays);
- Préfecture (au total 16 préfectures + Bangui).

2.3 EXAMEN CRITIQUE ET EVALUATION DES DONNEES

2.3.1 Examen critique des données

L'examen critique des données du RGPH 2003 qui est proposé ici porte sur l'évaluation de la complétude de la déclaration des données sur les naissances vivantes, sur la qualité et la complétude de la déclaration de l'âge (pour une évaluation plus exhaustive des données voir : Rapport sur l'évaluation des données du RGPH2003). Cet examen critique concernera la natalité, la fécondité et la stérilité. Cependant, l'évaluation des données sera relative à la natalité et fécondité.

Les concepts utilisés pour saisir la fécondité lors des opérations de collecte précédentes (RGP 1975, 1988 et EDS 1994/95) n'ont pas évolué d'une enquête à l'autre. Cependant on note de légère modification dans les populations cibles.

a) Natalité

La question utilisée pour collecter les informations relatives à la natalité dans les recensements concerne les naissances vivantes des 12 derniers mois. Ces informations ont été collectées auprès de toutes les femmes résidentes âgées de 12 ans et plus et devraient permettre de mesurer la fréquence des naissances au sein de la population résidente.

La période du dénombrement en Centrafrique fixée du 08 au 12 décembre pour les recensements de 1975, 1988 et 2003 a un double intérêt. D'abord, se situant à une semaine après la fête nationale du 1^{er} décembre, cette période constitue une meilleure référence. Les biais dus à l'effet de mémoire sont considérablement réduits compte tenu de l'importance de cette fête. Ensuite, la comparaison des indicateurs dans le temps devient plus aisée.

En ce qui concerne l'enquête EDS-RCA 95/95, seules les femmes résidentes âgées de 15-49 ans avaient fourni des informations sur les naissances vivantes.

b) Fécondité

En ce qui concerne les recensements précédents (1975 et 1988), le niveau de fécondité a été saisi à partir des informations issues des femmes résidentes âgées de 12-49 ans compte tenu du caractère précoce de la fécondité en RCA. Pour des raisons de comparaison internationale, les indicateurs de la fécondité avaient été calculés pour les femmes âgées de 15-49 ans.

Les investigations menées auprès des spécialistes en matière de santé génésique (gynécologues) ont révélé que certaines femmes en Centrafrique continuent de procréer au delà de 50 ans. Pour tenir compte de cette particularité, la fécondité dans le cadre du RGPH 2003 sera saisie à partir des déclarations des femmes résidentes âgées de 12-54 ans.

Dans le cas des enquêtes, les questions relatives à la fécondité sont beaucoup plus détaillées. Au cours de l'EDS-RCA 94/95, les informations ont été collectées sur l'histoire génésique des femmes âgées de 15-49 ans en enregistrant chaque naissance et en tenant compte du type de naissance (simple ou multiple), du sexe, de la date de naissance et de la survie de l'enfant.

L'évaluation faite sur les données de natalité et fécondité du 3^{ème} Recensement Général de la Population et de l'Habitation a révélé que plus d'une femme de 12-54 ans sur cinq (22,5%) n'a pas déclaré sa parité au moment du dénombrement (Rapport d'évaluation des données de natalité et de fécondité, 2005). Si ces femmes ont eu quelques enfants, leur inclusion au dénominateur, alors que leurs enfants sont exclus du numérateur, entache la parité d'une erreur systématique qui la réduit d'autant. La confrontation de la proportion des femmes n'ayant pas déclaré leurs naissances à celle ayant déclaré la parité nulle, on obtient une courbe non linéaire. Par conséquent, le calcul de la parité moyenne par la suite se fera par rapport à l'ensemble des femmes de chaque groupe (y compris celle n'ayant pas déclaré leur parité).

c) Stérilité

Les renseignements collectés sur le nombre total d'enfants nés vivants des femmes en âge de procréer permettent de mesurer la stérilité. La stérilité totale ou définitive était estimée au cours des recensements de 1975 et 1988 à partir des femmes âgées de 50 ans et plus non soumises à la contraception et qui ont déclaré n'avoir aucune naissance vivante. L'Enquête Démographique et de Santé de 1994 /95, ayant ciblé les femmes en âge de procréer (15-49 ans), a estimé le niveau dudit phénomène à partir de la proportion des femmes âgées de 40-49 ans qui ont déclaré ne pas avoir une naissance vivante.

Pour ce qui concerne le RGPH 2003, le niveau de ce phénomène sera saisi grâce aux informations relatives à la fécondité des femmes âgées de 50 ans et plus.

2.3.2 Evaluation des données

L'évaluation de la qualité de la déclaration des âges des femmes est faite à l'aide de la courbe des effectifs des femmes par âge. Cette courbe présente des pics très remarquables aux âges ronds (âges terminés par 0 et 5). Ce qui est un indicateur de l'existence d'erreur de déclaration d'âges par les femmes. L'allure de la courbe décroissante irrégulière indique une manifestation de phénomènes de vieillissement ou de rajeunissement d'âges par les femmes. (Pour une discussion plus approfondie sur l'évaluation de la qualité des données, voir document : Rapport sur l'évaluation des données du RGPH2003).

La concordance entre les données sur le nombre de naissances vivantes des 12 derniers mois (N), le nombre de décès de moins d'un an au cours des 12 derniers mois (D), et l'effectif recensé de la population de moins d'un an (O) n'est pas vérifiée ($N \neq O+D$). Ce qui laisse entrevoir une mauvaise déclaration des âges, soit pour les naissances vivantes, soit pour les décès tant aux niveaux global, régional et du milieu de résidence.

Les courbes des parités moyennes (fécondité passée) tant du niveau national, du milieu urbain que rural présentent l'allure normale croissante des schémas classiques de la fécondité rétrospective avec une forte impulsion dans les trois premiers groupes (15-19 ; 20-24 ; 25-29 ans), suivi d'une croissance lente qui tend à se stabiliser dans le reste des groupes d'âges. La distribution graphique montre que tous les rapports de masculinité ne répondent pas à la fourchette indiquée par Brass quels que soient les groupes d'âges (rapport de masculinité varie entre 1,02 et 1,07). Ce qui signifie qu'il y a omission d'enfants nés vivants.

Les courbes de fécondité cumulée et de parité moyenne sont confondues jusqu'à 20-24 ans. Au delà de ce groupe d'âge, elles s'écartent progressivement l'une de l'autre dans les autres groupes d'âge jusqu'à ce que la courbe de la fécondité cumulée soit au-dessous de celle de la parité moyenne. Ce qui signifie que les naissances des 12 derniers mois des femmes de 15-24 ans ne sont pas significativement biaisées. Par contre à partir de 25 ans jusqu'à 49 ans, et considérant la déviation notable des écarts, nous pouvons conclure que les naissances des 12 derniers mois ont été sous-estimées et l'ampleur des omissions augmente avec l'âge.

Il convient de retenir que si les données relatives au nombre d'enfants nés vivants sont globalement de bonne qualité, il en est autrement de celles relatives aux naissances des 12 derniers mois. Il convient alors d'ajuster les données des naissances récentes. Tous ces éléments conduisent au choix de la méthode d'ARRIAGA pour ajuster le niveau de fécondité. En effet, les taux de fécondité par groupe d'âges enregistrés sous-estiment souvent le niveau vrai de la fécondité à cause des omissions de naissances vivantes dues à une mauvaise appréciation de la période de référence dans les enquêtes/recensements. Arriaga (1983) a modifié et généralisée la méthode de Brass au cas où la fécondité change avec le temps. Cette méthode, généralement connue sous le nom de méthode de P/F cherche à ajuster le niveau des taux observés de fécondité par groupe d'âges, supposés représenter le schéma exact de cette fécondité, de façon qu'il corresponde au niveau de fécondité indiqué par les parités moyennes de femmes appartenant à des groupes âgés de moins de 30 ans ou 35 ans, réputés exactes.

2.4 DEFINITIONS DES CONCEPTS ET INDICATEURS

Naissance vivante. Est considérée comme une naissance vivante, tout enfant ayant présenté un signe quelconque (cris, battement de cœur...) de vie à la naissance.

Taux brut de natalité (TBN). Il est obtenu en rapportant l'effectif des naissances des 12 derniers mois à la population moyenne de l'année le tout multiplié par un facteur conventionnel de 1000. Le TBN mesure le nombre de naissances annuelles pour 1000 habitants

Taux global de fécondité générale. Il se définit comme le nombre annuel moyen de naissances vivantes pour 1000 femmes en âge de procréer (15-49 ans) en milieu de période. Dans le cadre de cette étude, il sera obtenu en rapportant les naissances vivantes des douze derniers mois à l'effectif moyen des femmes âgées de 15-49 ans sur la période annuelle précédant la collecte des données.

Taux spécifique de fécondité. Encore appelé taux de fécondité générale par âge, il se calcule pour un groupe d'âge donné en rapportant les naissances vivantes enregistrées par ce groupe au cours des douze derniers mois à l'effectif du même groupe en milieu de période.

Indice Comparatif de Natalité (Taux comparatif de natalité). Utilisé en lieu et place du taux brut de natalité pour les comparaisons dans l'espace, le taux comparatif de natalité ou l'Indice Comparatif de Natalité est la moyenne arithmétique pondérée des taux de fécondité générale par âge, les coefficients de pondération étant la structure par âge d'une population retenue comme population type. Dans le cadre de cette étude, la population type sera celle de la RCA.

Somme des naissances réduites. Appelée souvent Indice Synthétique de Fécondité (ISF) ou encore descendance du moment, elle est égale à la somme du produit des taux de fécondité par groupe d'âge et des amplitudes correspondantes. C'est un indicateur de mesure de la fécondité du moment encore appelée fécondité actuelle.

Lorsque les groupes d'âge sont d'amplitude égale, la somme des naissances réduites est égale à la somme des taux de fécondité générale par groupe d'âge multipliée par l'amplitude des groupes d'âges.

Taux Brut de Reproduction du moment (TBR). Il désigne le nombre de filles nées vivantes par femme susceptibles de remplacer leurs mères. C'est donc l'Indice Synthétique de Fécondité réduit aux filles. Il est obtenu en multipliant l'Indice Synthétique de Fécondité par l'indice de féminité des naissances estimé à 0.488 (Il naît en général 105 garçons pour 100 filles d'où la proportion des filles de $100/205=0.488$).

Parité moyenne. Elle est calculée pour un groupe donné de femmes et s'obtient en rapportant le nombre total de naissances vivantes de ces femmes à leur effectif. Elle permet de mesurer la fécondité passée.

Lorsque les femmes considérées sont en fin de vie féconde, c'est-à-dire âgées de 55 ans ou plus, on parle de descendance finale.

Probabilité d'agrandissement. La probabilité d'agrandissement de n à $(n+1)$ enfants notée a_n est obtenue en rapportant le nombre de femmes ayant eu exactement $(n+1)$ enfants nés vivants au nombre de femmes ayant exactement n enfants nés vivants. En d'autres termes, c'est la chance pour une femme d'avoir un enfant supplémentaire.

Stérilité-Infécondité. La stérilité est l'incapacité pour une femme, un homme ou un couple d'avoir une naissance vivante. Compte tenu des difficultés à appréhender ce concept à travers les enquêtes et recensements, on utilise en démographie le concept d'infécondité. L'infécondité est définie comme l'absence de naissance vivante chez une femme, un homme ou un couple au cours d'une période donnée.

L'infécondité peut être une conséquence de la stérilité ou bien une infécondité volontaire résultant du recours à la contraception, à l'avortement, voire à l'abstinence.

L'infécondité est mesurée par le taux d'infécondité, c'est à dire le complément à l'unité de la probabilité pour une femme de passer de 0 à un enfant.

Infécondité primaire. Elle concerne les femmes en âge de procréer (15-49 ans) qui n'ont pas encore eu leur première naissance vivante. Elle est mesurée par la proportion des femmes en âge de procréer sans enfant.

Infécondité secondaire. Elle dépend du rang de parité et s'applique aux femmes en âge de procréer. Ainsi, une femme qui a eu un seul enfant né vivant et qui au cours d'une période donnée n'a pas eu un second enfant est inféconde de rang 1.

Stérilité secondaire. Elle dépend du rang de parité et s'applique aux femmes ayant atteint la fin de leur vie génésique. Ainsi, une femme qui, à la fin de sa vie féconde n'a eu qu'un seul enfant né vivant, sera dite de stérilité de rang 1.

Stérilité totale/définitive. Elle s'applique aux femmes ayant atteint la fin de leur vie génésique et qui n'ont pu avoir une naissance vivante.

Indice de stérilité totale/définitive. La stérilité peut être définie comme la situation d'une femme ou d'un homme incapable de procréer. Dans le cas d'espèce, seule la stérilité féminine sera considérée. Cette stérilité peut être primaire (aucune grossesse) ou acquise (la stérilité survient après une ou plusieurs grossesses).

Le pourcentage de femmes n'ayant eu aucune naissance vivante à 50 ans ou plus servira à mesurer le niveau de stérilité. Cet indicateur est biaisé dans la mesure où il prend aussi en compte les femmes ayant donné jour à des enfants morts-nés.

CHAPITRE III.

PRESENTATION DES RESULTATS

Le traitement des données collectées ont permis de produire les indicateurs sur les niveaux et tendances de la natalité, de la fécondité, de l'infécondité et de la stérilité.

3. 1 Natalité en RCA

La natalité permet de mesurer la fréquence des naissances au sein de la population résidente. Pour des raisons de comparabilité avec les résultats des recensements et enquêtes antérieurs, seules les naissances issues des femmes âgées de 15-49 ans seront prises en compte.

L'étude sur la natalité concerne le niveau et la tendance de la natalité, la différentielle de la natalité selon le milieu de résidence, les régions administratives et les préfectures.

3.1.1 Niveau actuel et tendance de la natalité

3.1.1.1. Niveau actuel de la natalité

Le Taux Brut de Natalité en RCA est estimé en 2003 à 39,1 ‰. Ce niveau est de 38,2 ‰ en milieu urbain contre 39,3 ‰ en milieu rural (tableau Fec01).

Le TBN est influencé par la structure par âge de la population. Il est obtenu en tenant compte au dénominateur de toute la population (y compris des individus non concernés) par ce phénomène. Il apparaît à cet effet comme un mauvais indicateur de comparabilité. Pour contourner cette difficulté, il est fait usage de l'Indice Comparatif de Natalité (ICN), indicateur mieux indiqué pour des comparaisons en lieu et place du Taux Brut de Natalité. L'ICN est calculé en considérant comme structure type, la structure de la population de l'ensemble de la RCA.

Les résultats du tableau Fec01 indiquent que l'ICN est plus élevé en milieu rural (40,6‰) qu'en milieu urbain (36,3‰). L'écart observé est de 4,3 points entre les deux milieux de résidence. Les naissances des 12 derniers mois précédant le recensement sont donc plus fréquentes en milieu rural qu'en milieu urbain.

Tableau FEC01 : Taux Brut de Natalité selon le milieu de résidence

Milieu de résidence	Indice Comparatif de Natalité (ICN)	Taux Brut de Natalité (TBN)
Urbain	36,3	38,2
Rural	40,6	39,3
Ensemble	39,1	39,1

3.1.1.2 Tendances de la natalité

L'Indice Comparatif de Natalité présenté dans le tableau Fec02 montre que le niveau de natalité sur le plan national n'a pas changé au cours de la période 1975-1988 (45,7‰ en 1975 et 45,9‰ en 1988). Ce niveau a ensuite baissé au cours des quinze dernières années pour se stabiliser autour de 39,0‰ en 1994 (39,8‰) et 2003 (39,1‰). Cette tendance à la baisse apparaît clairement en milieu urbain et en milieu rural. Le TBN en milieu urbain est passé de 45,9‰ en 1988 à 38,6‰ en 1995, puis en 36,3‰. En milieu rural, il est estimé à 45,6‰ en 1988, à 41,4‰ en 1995 et 40,6‰ en 2003. Ce recul observé du niveau de natalité augure une orientation vers la transition démographique en RCA.

Tableau FEC02 : Évolution du Taux Brut de Natalité en RCA

Année	Indice Comparatif de Natalité (ICN)			Taux Brut de Natalité (TBN)			Sources
	Milieu de résidence			Milieu de résidence			
	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble	
1975	-	-	45,7	-	-	43,0	RGP
1988	45,9	45,6	45,9	42,4	40,3	41,1	RGP
1995	38,6	41,4	39,8	37,9	37,9	38,0	EDS-RCA
2003	36,3	40,6	39,1	38,2	39,4	39,1	RGPH

3.1.2 Natalité différentielle

3.1.2.1 Natalité différentielle selon les régions administratives

La natalité présente des variabilités selon les régions administratives. Les niveaux différentiels de la natalité au niveau régional seront analysés à partir des ICN obtenus dans les régions administratives.

Il ressort du tableau Fec03 que le nombre des naissances des 12 derniers mois précédents le recensement issues des femmes de 15-49 ans est en dessous de la moyenne nationale (39,1‰) dans la région 2 et à Bangui (région 7). En effet, l'Indice Comparatif de Natalité y est de 38,6‰ et de 33,5‰ respectivement. Le niveau le moins élevé de l'ICN observé dans les régions 2 et 7 (Bangui) pourrait être expliqué en partie par le coût de vie élevé qui amènerait les couples à retarder leurs naissances. A cela, il faut ajouter la scolarisation des filles, les campagnes médiatiques de sensibilisation sur la planification familiale, etc.

Tableau FEC03 : Taux Brut de Natalité selon les régions administratives

Région Administrative	Indice Comparatif de Natalité (ICN)	Taux Brut de Natalité TBN
Région1	41,1	40,0
Région2	38,6	38,5
Région3	40,7	39,6
Région4	39,3	37,7
Région5	42,4	42,4
Région6	40,4	39,6
Région7	33,5	37,3
Ensemble	39,1	39,1

3.1.2.2 Natalité différentielle selon les préfectures

Les Taux Brut de Natalité estimés dans les préfectures sont consignés dans le tableau Fec04. Les niveaux différentiels de la natalité dans les préfectures seront analysés à partir de l'Indice Comparatif de Natalité en considérant comme structure type celle de l'ensemble de la population. Selon les résultats, des variations du niveau de natalité sont enregistrées lorsqu'on passe d'une préfecture à une autre.

Il ressort du tableau Fec04 que l'ICN oscille entre 33,5% à Bangui à 46,0% dans la Bamingui-Bangoran. Par ailleurs, le nombre des naissances annuelles pour 1000 habitants est en dessous de la moyenne nationale (39,1‰) dans six préfectures. Il s'agit des préfectures du Haut-Mbomou (31,5‰), de la Mambéré-Kadéï (36,8‰), de la Nana-Gribizi (37,1‰), de la Ouaka (38,4‰), de la Kémo (38,4‰) et de la Nana-Mambéré (38,5‰).

Tableau FEC04 : Taux Brut de Natalité selon les préfectures

Préfecture	Indice Comparatif de Natalité (ICN)	Taux Brut de Natalité (TBN)
Ombella M'Poko	40,9	40,4
Lobaye	41,5	39,6
Sangha-Mbaéré	44,6	42,9
Mambéré-Kadéï	36,8	36,9
Nana-Mambéré	38,5	38,8
Ouham	40,9	40,0
Ouham-Pendé	40,5	39,2
Ouaka	38,4	36,5
Kémo	38,4	37,0
Nana-Gribizi	37,1	36,3
Bamingui-Bangoran	46,0	44,7
Haute-Kotto	39,7	39,4
Vakaga	43,3	45,1
Basse-Kotto	41,1	40,1
Mbomou	42,1	40,2
Haut-Mbomou	31,5	34,3
Bangui	33,5	37,3
Ensemble	39,1	39,1

3.2 FECONDITE EN RCA

Contrairement à la natalité, l'analyse de la fécondité consiste à étudier les naissances parmi les femmes en âge de procréer (15-49 ans) uniquement. Elle permet ainsi d'apprécier le niveau de procréation de ces femmes à partir d'indicateurs non influencés par la structure par âge de la population et qui tiennent compte des individus spécifiquement concernés par le phénomène.

3.2.1 Niveau, tendance et structure de la fécondité

3.2.1.1 Niveau et tendance de la fécondité

Le niveau global de fécondité est mesuré par le nombre annuel moyen de naissances vivantes pour 1000 femmes en âge de procréer appelé Taux Global de Fécondité Général (TGFG). Il ressort du tableau Fec05 que le niveau global de fécondité est de 161,9‰.

Le niveau de fécondité actuelle est mesuré par le cumul des taux de fécondité par âge appelé Indice Synthétique de Fécondité (ISF) ou la somme des naissances réduites. L'ISF représente le nombre moyen d'enfants nés vivants qu'une femme âgée de 49 ans aurait, au terme de sa vie féconde, si elle avait à chaque âge, le niveau actuel de fécondité observée. Dans cette hypothèse, les femmes centrafricaines en 2003 ont en moyenne 5.1 enfants selon les résultats du tableau Fec05.

Tableau FEC05 : Indicateurs de la fécondité au niveau national

Indicateurs	TGFG	ISF	TBR	AMM
	161,9	5,1	2,5	26,9

L'âge moyen à la maternité ou l'âge moyen des mères lors des naissances vivantes est l'un des indices résumés de la distribution des taux de fécondité par âge. Il est obtenu en faisant le rapport du cumul des âges pondérés par les taux de fécondité correspondant aux âges sur le cumul des taux de fécondité. Estimé au recensement de 2003 à 26,9 ans, l'âge moyen à la maternité a connu une légère baisse comparativement au recensement de 1988 dont la valeur était estimée à 29,7 ans. Cette valeur encore assez élevée dans un pays caractérisé par une entrée très précoce dans la vie procréative illustre sans doute l'étalement de la fécondité sur toute la vie génésique.

La poursuite de la reproduction pour assurer le remplacement des générations dépend du nombre de naissances vivantes féminines issues des femmes en âge de procréer. Le nombre de filles nées vivantes par femme pouvant assurer la reproduction est mesuré par le taux brut de reproduction. Selon les résultats du tableau Fec05, la survie de la population centrafricaine est garantie car une centrafricaine en âge de procréer se fait remplacer par 2,5 filles nées vivantes. Ce taux brut de reproduction est inférieur à celui observé au précédent recensement de 1988 (Taux brut de reproduction de 3,1 filles par femme).

3.2.1.2 Structure par groupe d'âge

Les taux de fécondité par groupe d'âge indiqués dans le tableau Fec05 constituent les éléments d'appréciation de la structure de la fécondité. Il ressort de cette série de taux que le mode de fécondité des femmes se situe avant 29 ans. Ce mode se situait avant 24 ans au dernier recensement de 1988. Par ailleurs, on note qu'il n'y a presque pas de différence de niveaux de fécondité entre les groupes d'âges 20-24 ans et 25-29 ans. Ces deux informations précédentes corroborent la thèse selon laquelle les femmes retarderaient de plus en plus le début de vie féconde d'où le vieillissement probable du calendrier (distribution de la série des taux de fécondité) de la fécondité dans les années à venir.

Les résultats du tableau Fec06 révèlent le caractère à la fois précoce et tardif de la fécondité en RCA. En effet, sur 1000 femmes âgées de 15-19 ans au recensement de 2003, environ 133 ont eu une naissance vivante au cours des 12 derniers, soit une adolescente sur 10. On note également que les femmes en RCA continuent leur fécondité au delà de 40 ans jusqu'à la fin de la vie procréative. Les données indiquent ainsi que les femmes âgées de 40-49 ans contribuent à plus de 11% dans la fécondité du moment.

Tableau FEC06 : Structure par âge de la fécondité

Groupe d'âges	Taux de fécondité par groupe d'âge
15-19	0,1329
20-24	0,2203
25-29	0,2212
30-34	0,1906
35-39	0,1445
40-44	0,0796
45-49	0,0406

L'allure de la courbe des taux de fécondité illustrée dans le graphique Fec01, reflète le schéma classique de la fécondité généralement observé dans les pays à forte fécondité. Elle fait ressortir une entrée très précoce dans la vie féconde des femmes de 15-19 ans avec un niveau élevé (133,0‰). Ce niveau augmente très rapidement dans la tranche 20-24 ans (220,3‰) et atteint son maximum à 25-29 ans (221,2‰). On enregistre ensuite un renversement de la tendance du niveau à 30-34 ans (190,6‰) qui se poursuit sensiblement à 35-39 ans (144,5‰). Au delà de 40 ans, la baisse du niveau de fécondité devient plus prononcée atteignant 79,6‰ à 40-44 ans, puis son minimum de 40,6‰ à la fin de la vie génésique (45-49 ans).

3.2.1.3 Contribution relative des groupes d'âge à la descendance du moment

Les résultats du tableau Fec07 montrent que les femmes situées dans la tranche d'âge 20-34 ans contribuent à plus de la moitié à la descendance du moment (61,4 %). La contribution à la descendance du moment des femmes de grossesse à risque, c'est-à-dire les adolescentes (15-19 ans) et les femmes âgées (35-49 ans) est respectivement de 12,9 % et 25,7 %.

Tableau FEC07 : Contribution relative des groupes d'âge à la fécondité du moment

Groupe d'âges	Somme des naissances réduites	Contribution relative %
15-19	0,7	12,9
20-24	1,1	21,4
25-29	1,1	21,5
30-34	0,9	18,5
35-39	0,7	14,0
40-44	0,4	7,7
45-49	0,2	3,9

3.2.2 Fécondité différentielle

Les caractéristiques socio-économiques et culturelles telles que le milieu de résidence, la région, la préfecture, le niveau d'instruction, la situation matrimoniale, la situation dans l'activité, etc. constituent des variables de différenciation de la fécondité. L'étude de la fécondité différentielle permet d'apprécier les variations de la fécondité selon ces caractéristiques.

3.2.2.1 Fécondité différentielle selon le milieu de résidence

Il apparaît dans le tableau Fec08 que le Taux Global de Fécondité Général (TGFG) est de 166,6 ‰ en milieu rural et de 152,7 ‰ en urbain.

Tableau FEC08 : Indicateurs de la fécondité selon le milieu de résidence

Groupe d'âges	Urbain	Rural	Ensemble
	Taux fécondité/groupe d'âge	Taux fécondité/groupe d'âge	Taux fécondité/groupe d'âges
15-19	0,1260	0,1379	0,1329
20-24	0,2105	0,2270	0,2203
25-29	0,2040	0,2303	0,2212
30-34	0,1727	0,1985	0,1906
35-39	0,1298	0,1504	0,1445
40-44	0,0686	0,0840	0,0796
45-49	0,0337	0,0434	0,0406
ISF	4,7	5,4	5,1
TBR	2,3	2,6	2,5
TGFG	152,7	166,6	161,9
TBN	38,2	39,4	39,1
AMM	26,41	27,32	26,9

Les données du tableau Fec08 font également apparaître des différences de fécondité du moment selon le milieu de résidence. Le niveau de fécondité est légèrement plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain. Une femme en milieu rural a en moyenne, à la fin de sa vie féconde, 5,4 enfants contre 4,7 enfants pour une femme du milieu urbain. En d'autres termes, une femme du milieu rural a en moyenne, à la fin de sa vie procréative, un enfant de plus que celle du milieu urbain. L'ISF en milieu rural (5,4 enfants par femme) est au dessus de la moyenne nationale (5,1 enfants par femme).

L'examen des structures de fécondité par âge des deux milieux de résidence met en évidence des différences de fécondité entre ces milieux à tous les âges. La fécondité précoce est légèrement plus prononcée en milieu rural (137,9 ‰ à 15-19 ans) qu'en milieu urbain (126,0 ‰ à 15-19 ans). Il en est de même pour la fécondité tardive : le niveau de fécondité des femmes de 35 ans ou plus illustré par les taux de fécondité par âge est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain.

L'âge moyen des femmes à la maternité est estimé respectivement à 27,3 ans et 26,4 ans en milieux rural et urbain. La fécondité est légèrement plus étalée en milieu rural qu'en milieu urbain (tableau Fec08).

3.2.2.2 Fécondité différentielle selon les régions administratives

Le tableau Fec09 montre des différenciations de la fécondité d'une région administrative à une autre. Le TGFG oscille entre 144,0 ‰ à 177,1 ‰ dans les régions. Il ressort de ce tableau que dans presque toutes les régions administratives, l'ISF est légèrement au dessus de la moyenne nationale (5,1 enfants par femme). Il s'agit des régions 1, région 3 et région 5 (5,4 enfants par femme), région 6 (5,3 enfants par femme) et de la région 4 (5,2 enfants par femme). Le niveau de fécondité est presque identique à la moyenne nationale dans la région 2 (5,1 enfants par femme). C'est dans la région 7 que cet indicateur est nettement moins élevé (4,3 enfants par femme).

Tableau FEC09 : Indicateurs de la fécondité selon les régions

Région		Indice Synthétique de Fécondité	Taux Global de Fécondité (‰)	Age moyen à la maternité (ans)
Région1	Urbain	5,2	161,4	26,7
	Rural	5,5	171,3	27,4
	Ensemble	5,4	168,7	27,1
Région2	Urbain	5,1	162,3	26,5
	Rural	5,1	161,0	27,2
	Ensemble	5,1	161,4	27,0
Région3	Urbain	5,0	159,1	26,6
	Rural	5,5	171,6	27,4
	Ensemble	5,4	166,7	27,3
Région4	Urbain	5,0	155,5	26,6
	Rural	5,2	161,0	27,6
	Ensemble	5,2	159,7	27,3
Région5	Urbain	4,8	161,0	25,9
	Rural	5,7	183,5	26,7
	Ensemble	5,4	177,1	26,5
Région6	Urbain	4,9	152,5	26,9
	Rural	5,3	166,1	27,3
	Ensemble	5,3	164,0	27,2
Région7		4,3	144,0	25,6
Ensemble		5,1	161,9	26,9

La même tendance du niveau de fécondité selon le milieu de résidence s'observe à l'intérieur d'une région. En effet, en considérant chaque région administrative, l'ISF est élevé en milieu rural qu'en milieu urbain. C'est seulement dans la région 2 que le niveau de fécondité est le même dans les deux milieux (5,1 enfants par femme en milieu urbain et rural). Cette situation pourrait être due en partie aux nombreux campements miniers et sylvicoles en milieu rural de ces préfectures ayant drainé des citadins dont le comportement en matière de fécondité aurait influencé celui du milieu rural.

L'âge moyen à la maternité ne varie pas sensiblement d'une région à l'autre. Elle est donc influencée par des facteurs non spécifiques aux régions. L'âge moyen des femmes à la maternité est presque identique dans les régions 1, 2, 3, 4 et 6 sauf à Bangui (25,6 ans). Cet âge est le moins élevé à Bangui (25,6 ans). L'âge moyen à la maternité varie selon le milieu de résidence à l'intérieur de la région administrative. En effet, dans toutes les régions administratives, sauf la région 2, l'âge moyen à la maternité est légèrement supérieur en milieu rural qu'en milieu urbain. C'est le cas inverse qui est observé dans la région 2. Les tentatives d'explication avancées ci-dessus pourraient concerner cette situation.

3.2.2.3 Fécondité différentielle selon les préfectures

Les résultats indiquent des différenciations du niveau de fécondité selon les préfectures. Le niveau global de fécondité (TGFG) dans les préfectures varie de 144,0 ‰ à Bangui à 191,6 ‰ dans la Bamingui-Bangoran.

Tableau FEC10 : Indicateurs de la fécondité selon les préfectures

Préfecture	Indice Synthétique de Fécondité	Taux Global de Fécondité (‰)	Age moyen à la maternité (ans)
Ombella M'Poko	5,4	168,0	26,9
Lobaye	5,5	169,9	27,4
Sangha-Mbaéré	5,7	186,0	27,0
Mambéré-Kadéï	4,8	154,4	26,9
Nana-Mambéré	5,2	159,9	27,4
Ouham	5,4	167,3	27,2
Ouham-Pendé	5,4	166,2	27,4
Ouaka	5,0	156,5	27,1
Kémo	4,9	154,9	26,7
Nana-Gribizi	5,1	151,1	28,6
Bamingui-Bangoran	5,8	191,6	26,2
Haute-Kotto	5,1	164,9	26,8
Vakaga	5,6	184,1	26,7
Basse-Kotto	5,4	167,3	27,1
Mbomou	5,6	170,5	27,6
Haut-Mbomou	3,9	125,9	26,3
Bangui	4,3	144,0	25,6
Ensemble	5,1	161,9	26,9

Les différentielles de la fécondité selon les préfectures indiquées dans le tableau Fec10 révèlent que le niveau de fécondité du moment reste encore élevé dans la majorité des préfectures. Dans une dizaine de préfectures, l'ISF est au dessus de la moyenne nationale (5,1 enfants par femme). Le niveau de fécondité du moment est sensiblement le même que le niveau national dans les préfectures de la Nana-Gribizi (5,1 enfants par femme) et de la Haute-Kotto (5,1 enfants par femme).

Cependant, on a enregistré un niveau de fécondité inférieur au niveau national dans les préfectures de la Ouaka (5,0 enfants par femme), de la Mambéré-Kadéï (4,8 enfants par femme) et à Bangui (4,3 enfants par femme). Ces faibles niveaux de la fécondité s'expliqueraient par le coût de vie est élevé, les infrastructures sanitaires fonctionnelles, le risque de contracter les Infections Sexuellement Transmissibles et la prise de conscience face au risque de VIH/SIDA. Cependant, le faible niveau de l'ISF du Haut-Mbomou s'expliquerait beaucoup plus par la présence de cette préfecture dans la ceinture d'infécondité.

L'âge moyen à la maternité est sensiblement le même dans toutes les préfectures avec des extrêmes de 25,6 ans à Bangui et 28,6 ans dans la Nana-Gribizi.

3.2.2.4 Fécondité différentielle selon le niveau d'instruction

Plus le niveau d'instruction des femmes est élevé, moins elles procréent. Le niveau global de fécondité (TGFG) varie de 115,8 ‰ chez les femmes de niveau supérieur à 175,4 ‰ chez celles du niveau primaire.

Tableau FEC11 : Niveau d'instruction et fécondité

Niveau d'instruction	Indice Synthétique de Fécondité	Taux Global de Fécondité (‰)	Age moyen à la maternité (ans)
Sans instruction	5,2	160,6	27,6
Primaire	5,4	175,4	25,7
Secondaire & technique	4,6	153,4	25,9
Supérieur	3,4	115,8	29,9
Ensemble	5,1	161,9	26,9

Le niveau d'instruction est une variable de différenciation de la fécondité. Une femme de niveau d'instruction élevé maîtrise sa fécondité.

Les résultats consignés dans le tableau Fec10 montrent que les femmes en Centrafrique n'échappent pas à cette règle. En effet, les femmes de niveau supérieur ont en moyenne à la fin de leur vie féconde moins d'enfants nés vivants (3,4 enfants par femme) que celles du niveau secondaire et technique (4,6 enfants par femme). Il en est de même pour les femmes de niveau primaire qui ont une fécondité supérieure (5,4 enfants par femme) à celle des femmes du niveau secondaire et technique (4,6 enfants par femme).

Cependant, l'écart observé entre le niveau de fécondité des femmes n'ayant jamais été à l'école (sans niveau d'instruction) et celui des femmes de niveau primaire n'est pas significatif. L'ISF des femmes sans niveau d'instruction est estimé à 5,2 enfants par femme contre 5,4 enfants par femme pour celles de niveau primaire. Les femmes sans niveau d'instruction et celles ayant atteint le niveau primaire semblent donc avoir un comportement similaire en matière de fécondité. Ce résultat pourrait s'expliquer en grande partie par les problèmes de santé de la reproduction auxquels ce groupe est plus exposé, notamment l'entrée très précoce dans la vie féconde, les grossesses rapprochées, les MST mal traitées, etc.

L'âge moyen à la maternité observé selon le niveau d'instruction des femmes renforce bien les arguments développés ci-dessus. On remarque que les femmes du niveau supérieur retardent leur fécondité pour des raisons de scolarisation. Ainsi, l'âge moyen à la maternité de ce groupe de femmes est estimé à 29,9 ans. Cet âge est supérieur à celui des femmes de niveau secondaire et technique (25,9 ans) et des femmes du niveau primaire (25,7 ans). Par contre, les femmes sans niveau d'instruction étant confrontées aux problèmes de santé de la reproduction semblent étalées leur procréation d'où leur âge moyen à la maternité estimé à 27,6 ans.

3.2.2.5 Fécondité différentielle selon la situation dans l'activité

La décision pour une femme de procréer peut être influencée par sa situation d'activité. Exerçant une activité économique qui lui absorbe énormément du temps bien que celle-ci lui procure des ressources financières, l'amène à adopter un comportement différentiel vis-à-vis de sa progéniture comparativement à celle qui n'exerce pas d'emploi.

La situation d'activité des femmes apparaît comme une variable discriminante de la fécondité. Le niveau global de fécondité (TGFG) selon la situation dans l'activité varie de 107,5 ‰ chez les femmes n'ayant jamais travaillé à 162,4 ‰ chez celles qui sont en activité.

Tableau FEC12 : Situation d'activité et fécondité

Situation d'activité	Indice Synthétique de Fécondité	Taux Global de Fécondité (‰)	Age moyen à la maternité (ans)
Occupée	5,2	162,4	27,6
Chômeur ayant déjà travaillé	4,1	123,8	27,7
Chômeur n'ayant jamais travaillé	3,5	107,5	24,1
Ensemble	5,1	161,9	26,9

Le niveau de fécondité du moment des femmes occupées (5,2 enfants par femme) est presque identique à celui observé au niveau national (5,1 enfants par femme). Par contre, les femmes chômeurs n'ayant jamais travaillé et celles ayant jamais travaillé au moment du recensement ont respectivement un ISF de 3,5 et 4,1 enfants par femme. Ces femmes préoccupées par la recherche d'emploi semblent retarder leur procréation.

L'âge moyen à la maternité le plus bas est enregistré chez les femmes n'ayant jamais travaillé (24,1 ans). Par contre pour celles qui sont en activité, cet âge est identique à celui des femmes ayant déjà exercé un emploi.

3.2.2.6 Fécondité différentielle selon la situation matrimoniale

Le statut matrimonial d'une femme influe sur son exposition au risque d'avoir des rapports sexuels et par conséquent sur son exposition au risque de grossesse. Les femmes en union sont généralement plus exposées aux rapports sexuels contribuent pour une part importante dans le niveau de fécondité d'un pays. À cela il faut ajouter le type d'union (monogamie, bigamie, trigamie) qui peut introduire une différentielle en matière de fécondité.

Tableau FEC13 : Situation matrimoniale et fécondité

Situation matrimoniale	Indice Synthétique de Fécondité	Taux Global de Fécondité (‰)	Age moyen à la maternité (ans)
Célibataire	3,3	82,4	24,9
Monogame	5,3	173,6	26,8
Bigame	5,4	168,5	28,2
Trigame	5,3	151,0	30,1
Veuve	4,7	89,2	34,1
Séparée	3,9	108,4	27,0
Divorcée	4,0	98,9	28,7
Ensemble	5,1	161,9	26,9

Selon les données du tableau Fec13, le niveau global de fécondité (TGFG) varie de 82,4 ‰ chez les célibataires à 173,6 ‰ chez les monogames.

Les niveaux de fécondité du moment présentés dans ce tableau indiquent que c'est parmi les femmes en union que l'on enregistre les valeurs les plus élevées de l'ISF. Ces valeurs sont presque identiques quel que soit le type d'union. En effet, le nombre moyen d'enfants qu'une femme a, à la fin de sa vie féconde, est estimé à 5,4 chez les femmes bigames, à 5,3 respectivement chez les femmes monogames et trigames. En somme, ce sont les femmes en union en Centrafrique qui contribuent pour la grande part dans la fécondité du moment.

L'âge moyen à la maternité varie selon la situation matrimoniale de la femme. Cette variation est également observée selon le type d'union. Ces résultats montrent que l'âge moyen à la maternité est plus tardive chez les femmes en union trigame (30,1 ans) et bigame (28,2 ans) que chez les femmes en union monogamique (26,8 ans). La répartition du nombre de jours entre les femmes des ménages polygames expliquerait ces variations. L'âge moyen à la maternité le plus élevé estimé à 34,1 ans est enregistré chez les femmes déclarées veuves au moment du recensement.

3.2.3 Tendance de la fécondité du moment

Les tendances actuelles de la fécondité sont étudiées à partir des ISF obtenus au cours des opérations statistiques d'envergure nationale réalisées dans le pays. L'évolution de la fécondité est analysée au niveau national et milieu de résidence, et préfectoral.

3.2.3.1 Tendance de la fécondité au niveau national et par milieu de résidence

Le niveau de fécondité actuelle n'a pas significativement changé au cours des 28 dernières années. Estimé à 5,9 enfants par femme au cours du recensement de 1975 (RGP75), l'ISF est passé à 6,1 enfants par femme au recensement de 1988 (RGP88) soit une légère hausse de 0,2 points. Cet indicateur a connu une baisse au cours de l'Enquête Démographique et de Santé de 1995 en atteignant 5,1 enfants par femme pour se stabiliser au même niveau au cours du Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2003.

Ces résultats sont renforcés par le fait que la structure de la population féminine en âge de procréer est restée quasi-stable au cours de cette période. En effet, les proportions par groupe d'âge des femmes en âge de procréer obtenues au cours de ces opérations statistiques n'ont pas beaucoup changé. Les variations apparues dans l'ISF au cours de la période expliquent

effectivement la tendance dégagée ci-haut. Tout porte à croire que la Centrafrique est sur la voie pour entamer la transition démographique¹.

La tendance à la baisse au niveau national est plus marquée en milieu urbain : l'ISF est passé de 6,1 enfants par femme en 1988 (RGP88) à 4,9 en 1995 (EDS-RCA 94/95) puis à 4,7 en 2003 (RGPH2003).

Tableau FEC 14 : Évolution de la fécondité en RCA

Année	Indice Synthétique de Fécondité (ISF)		
	Milieu de résidence		
	Urbain	Rural	Ensemble
1975	-	-	5,9
1988	6,1	6,1	6,1
1995	4,9	5,2	5,1
2003	4,7	5,4	5,1

3.2.3.2 Tendance de la fécondité selon les préfectures

La tendance de la fécondité s'observe à l'intérieur des préfectures comme indiquée dans le tableau Fec15. Même si au cours des recensements de 1988 et 2003, le niveau de fécondité est resté identique au niveau national (ISF=5,1 enfants par femme), ce niveau a cependant baissé dans presque toutes les préfectures sauf les préfectures de Nana-Gribizi, du M'bomou et du Haut-M'bomou où la tendance inverse est observée : l'ISF est passé de 5,0 enfants par femme en 1988 à 5,1 enfants par femme en 2003 dans la Nana-Gribizi, de 4,3 enfants par femme en 1988 à 5,6 enfants par femme en 2003 dans le M'bomou et de 3,6 enfants par femme en 1988 à 3,9 enfants par femme en 2003 dans le Haut-M'bomou. Pourrions-nous penser à un début de changement de comportement des femmes en matière de fécondité dans le Haut-Mbomou?

¹ Transition démographique : c'est lorsque par la maîtrise de la fécondité, le niveau baisse et grâce aux progrès de la médecine ainsi que l'amélioration des conditions de vie, le niveau de la mortalité baisse entraînant un accroissement lent de la population.

Tableau FEC15 : Évolution de la fécondité selon les préfectures

Préfecture	Indice Synthétique de Fécondité en 1988	Indice Synthétique de Fécondité en 2003	Ecart
Ombella M'Poko	6,1	5,4	-0,7
Lobaye	6,6	5,5	-1,1
Sangha-Mbaéré	7,1	5,7	-1,4
Mambéré-Kadéï	6,6	4,8	-1,8
Nana-Mambéré	5,9	5,2	-0,7
Ouham	5,4	5,4	0,0
Ouham-Péndé	6,5	5,4	-1,1
Ouaka	5,7	5,0	-0,7
Kémo	6,3	4,9	-1,4
Nana-Grébizi	5,0	5,1	+0,1
Bamin-Bangoran	5,9	5,8	-0,1
Haute-Kotto	5,8	5,1	-0,7
Vakaga	7,2	5,6	-1,6
Basse-Kotto	6,0	5,4	-0,6
Mbomou	4,3	5,6	+1,3
Haut-Mbomou	3,6	3,9	+0,3
Bangui	6,2	4,3	-1,9
Ensemble	6,1	5,1	-1,0

3.3 FECONDITE DES PERSONNES A RISQUE

3.3.1 Niveau de la fécondité des personnes à risque au niveau national et par milieu de résidence

Le comportement en matière de fécondité des adolescentes et des femmes âgées (35 ans ou plus) peut varier selon le milieu de résidence, les régions administratives, les préfectures, l'état matrimonial, le niveau d'instruction.

Selon les résultats du tableau Fec16, le niveau de fécondité global est respectivement estimé à 85,4‰ et 96,5‰ chez les adolescentes (12-19 ans) et les femmes âgées de 35-49 ans. Ce niveau de fécondité global est de 85,1‰ lorsqu'on considère les femmes âgées de 35-54 ans.

On note par ailleurs qu'une fille âgée de 12-19 ans donne le jour à environ un enfant né vivant à la fin de sa vie d'adolescence (ISF estimé à 0,7 enfants par femme). L'âge moyen à la maternité de ces adolescentes est de 17,4 ans. De même, une femme de 35-49 ans poursuivant sa vie féconde donne en moyenne au moins une naissance vivante à la fin de sa vie génésique : l'ISF étant estimé pour cette catégorie de femmes à 1,3 enfants par femme. Cet indicateur prend la valeur de 1,5 enfants par femme lorsqu'on tient des femmes de 50-54 ans.

L'Indice Synthétique de Fécondité pour l'ensemble du pays est de 5,1 enfants par femme (ISF des femmes de 15-49 ans). Cet indicateur passe à 5,3 enfants pour les femmes âgées de 12-54 ans. Dans cette situation, les adolescentes contribuent pour 12,8% dans la fécondité du moment contre 27,6% chez les femmes âgées de 35-54 ans. La contribution des femmes de 50-54 ans est de 2,7% dans cette fécondité.

Tableau FEC16 : Indicateurs de fécondité des personnes à risque selon le milieu de résidence

Milieu	Indicateurs de fécondité des personnes à risque				
	AMM (12-19 ans)	ISF (12-19 ans)	TGFG (12-19 ans)	TGFG (35-49 ans)	ISF (35-49 ans)
Urbain	17,3	0,7	83,2	85,6	1,2
Rural	17,4	0,7	88,6	100,8	1,4
Ensemble	17,4	0,7	85,4	96,5	1,3

Les données montrent que le niveau de fécondité des adolescentes ne varie pas selon le milieu de résidence. En effet, l'ISF des filles âgées de 12-19 ans est le même en milieu rural qu'en milieu urbain (0,7 enfants par femme). Cependant, le niveau de fécondité des femmes âgées varie d'un milieu de résidence à un autre. L'ISF de ces femmes est élevé en milieu rural (1,4 enfants par femme) qu'en milieu urbain (1,2 enfants par femme).

En considérant la fécondité des femmes âgées de 12-54 ans, les adolescentes du milieu rural contribuent à la descendance finale pour 14,4% contre 13,5% pour celles du milieu urbain. On note qu'il n'y a presque pas de différence entre l'âge moyen à la maternité des adolescentes des milieux rural (17,4 ans) et urbain (17,3 ans).

Les femmes âgées de 35-54 ans du milieu rural contribuent plus pour la descendance finale (31,5%) que celles du milieu urbain (26,3%). La contribution à la descendance finale des femmes âgées de 50-54 ans est plus élevée en milieu rural (3,0%) qu'en milieu urbain (2,5%).

3.3.1.1 Fécondité différentielle des personnes à risque selon les régions administratives

Les niveaux différentiels de fécondité des adolescentes et des femmes âgées selon les régions administratives sont présentés dans le tableau Fec17. En effet, en dehors de Bangui où l'ISF des adolescentes est sensiblement en dessous du niveau national (0,7 enfants par femme), cet indicateur est relativement élevé ou est le même dans toutes les autres régions administratives. On remarque que l'âge moyen à la maternité des adolescentes ne varie pas d'une région administrative à une autre (17,4 ans).

Tableau FEC17: Indicateurs de fécondité des personnes âgées selon les régions administratives

Régions	Indicateurs de fécondité des personnes à risque			
	AMM (12-19 ans)	ISF (12-19 ans)	ISF (35-49 ans)	TGFG (35-49 ans)
Région1	17,4	0,7	1,4	98,7
Région2	17,4	0,7	1,4	100,6
Région3	17,4	0,7	1,4	103,6
Région4	17,4	0,7	1,3	97,3
Région5	17,4	0,8	1,2	91,6
Région6	17,4	0,7	1,3	99,5
Région7	17,5	0,6	1,0	73,2
Ensemble	17,4	0,7	1,3	96,5

La contribution des adolescentes dans la descendance finale varie selon les régions administratives. C'est dans les régions 5, 6 et 7 (Bangui) que cette contribution est très élevée. Celle-ci est respectivement de 14,4%, 13,2% et 13,7% dans la descendance finale. La contribution des adolescentes dans la descendance finale est moins élevée dans la Région 1 (11,9%).

L'ISF des personnes âgées (35-49 ans) varie relativement peu d'une région administrative à une autre. Ce sont les régions 5 et 7 (Bangui) qui présentent un niveau de fécondité du moment des femmes âgées relativement moins élevés : l'ISF des personnes âgées est estimé à 1,0 enfants par femme et 1,2 enfants par femme respectivement à Bangui et dans la région 5. L'ISF le plus élevé est enregistré dans la région 3 où la valeur est de 1,4 enfants par femme.

Les femmes âgées de 35 ans ou plus en Centrafrique poursuivent leur fécondité au delà de 50 ans. Les résultats révèlent des différences selon les régions administratives en matière de contribution de ces femmes dans la descendance finale. Ainsi, dans les régions 6, 1 et à Bangui où le niveau de contribution des personnes âgées dans la descendance finale est inférieur au niveau national (27,6%), les femmes âgées contribuent respectivement de 23,7%, 27,2% et 24,9%. Les femmes âgées contribuent plus dans la descendance finale dans la région 3 où le niveau de contribution est estimé à 29,0%.

3.3.1.2 Fécondité différentielle des personnes à risque selon les préfectures

Les comportements en matière de fécondité des adolescentes et des femmes âgées observés au niveau des régions administratives cachent des disparités au niveau des préfectures. Les niveaux de fécondité indiqués dans le tableau Fec18 montrent que l'ISF des filles âgées de 12-19 ans est sensiblement le même dans la majorité des préfectures. En effet, cet indicateur est relativement élevé dans les préfectures de la Sangha-Mbaéré et de la Haute-Kotto (0,9 enfants par femme). On note par ailleurs que l'âge moyen à la maternité des adolescentes est le même d'une préfecture à une autre.

Tableau FEC18 : Indicateurs de fécondité des personnes à risque selon les préfectures

Préfectures	Indicateurs de fécondité des personnes à risque			
	AMM (12-19 ans)	ISF (12-19 ans)	ISF (35-49 ans)	TGFG (35-49 ans)
Ombella M'Poko	17,4	0,7	1,3	97,4
Lobaye	17,4	0,7	1,4	101,3
Sangha-Mbaéré	17,4	0,9	1,4	106,6
Mambéré-Kadéï	17,4	0,7	1,3	93,6
Nana-Mambéré	17,4	0,6	1,5	106,9
Ouham	17,4	0,7	1,4	101,6
Ouham-Pendé	17,4	0,7	1,5	105,3
Ouaka	17,4	0,7	1,2	91,9
Kémo	17,4	0,7	1,1	78,5
Nana-Gribizi	17,4	0,7	1,7	116,4
Bamingui-Bangoran	17,4	0,8	1,2	94,4
Haute-Kotto	17,4	0,9	1,2	90,0
Vakaga	17,4	0,7	1,2	90,6
Basse-Kotto	17,4	0,8	1,4	103,0
Mbomou	17,4	0,7	1,5	107,2
Haut-Mbomou	17,5	0,7	0,8	58,2
Bangui	17,5	0,6	1,0	73,2
Ensemble	17,4	0,7	1,3	96,5

Les contributions des adolescentes dans la descendance finale des femmes âgées de 12-54 ans font apparaître des différenciations selon les préfectures. Le niveau de contribution des adolescentes dans la descendance finale est au dessus du niveau national (12,8%) dans les préfectures du Haut-Mbomou (17,3%), de la Sangha-Mbaéré (15,7%), de la Bamingui-Bangoran (15,3%), de la Haute-Kotto (14,7%), de la Kémo (14,2%), de la Basse-Kotto

(13,7%), de la Mambéré-Kadéï (13,2%) et de la Ouaka (13,0%). La contribution la moins élevée des adolescentes dans la descendance finale est enregistrée dans la préfecture de la Nana-Gribizi (11,4%).

Dans toutes les préfectures, les femmes âgées de 35 ans et plus continuent de procréer. Selon les résultats, ces femmes ont en moyenne au moins un enfant né vivant à la fin de leur vie génésique. Ainsi l'ISF varie de 0,8 enfants par femme dans le Haut-Mbomou à 1,7 dans la Nana-Gribizi.

La contribution des femmes âgées de 35 ans ou plus dans la descendance finale des femmes de 12-54 ans est effective dans toutes les préfectures. Cependant le niveau de contribution diffère d'une préfecture à une autre. Il varie de 20,1% dans la préfecture du Haut-Mbomou à 35,3% dans celle de la Nana-Gribizi.

3.3.1.3 Fécondité différentielle des personnes à risque selon la situation matrimoniale

La situation matrimoniale est une variable discriminante de la fécondité des personnes à risque. Il ressort des résultats obtenus que le niveau de fécondité des adolescentes (ISF) en union ou en rupture d'union est plus élevé que celui des adolescentes célibataires. Les valeurs sont respectivement de 1,6 enfants chez les adolescentes monogames, bigames et séparées contre 0,3 chez les célibataires.

Tableau FEC19 : Indicateurs de fécondité des personnes âgées selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Indicateurs de fécondité des personnes à risque			
	AMM(12-19 ans)	ISF(12-19 ans)	ISF(35-49 ans)	TGFG (35-49 ans)
Célibataire	17,4	0,3	1,1	79,4
Monogame	17,4	1,6	1,2	93,3
Bigame	17,4	1,6	1,2	93,6
Trigame	17,5	1,1	1,2	88,7
Veuve	17,4	1,2	0,9	55,0
Séparée	17,3	1,6	0,7	47,9
Divorcée	17,4	1,5	0,7	44,4

Les adolescentes ayant déjà eu des rapports sexuels contribuent plus dans la descendance finale. Ce niveau de contribution est plus important chez les adolescentes en union (23,9% chez les monogames) celles en rupture d'union (40,0% chez les séparées),

L'ISF des femmes âgées est identique chez celles en union (1,2 enfants par femme) et plus élevé que celui des femmes âgées en rupture d'union (0,7 enfants par femme).

3.3.1.4 Fécondité différentielle des personnes à risque selon le niveau d'instruction

Le comportement des personnes à risque en matière de fécondité est influencé par le niveau d'instruction. Plus le niveau d'instruction de ces femmes est élevé moins elles procréent. Il ressort du tableau Fec20 que l'ISF est identique chez les adolescentes quelque soit le niveau d'instruction. Il en va de même que l'âge moyen à la maternité.

Tableau FEC20 : Indicateurs de fécondité des personnes âgées selon le niveau d’instruction

Niveau d’instruction	Indicateurs de fécondité des personnes à risque			
	AMM (12-19 ans)	ISF (12-19 ans)	ISF (35-49 ans)	TGFG (35-49 ans)
Sans niveau	17,4	0,7	1,3	95,0
Primaire	17,4	0,7	1,3	100,3
Secondaire, Technique	17,5	0,6	1,2	96,6
Supérieur	-	-	1,1	79,3

Ce comportement différentiel en matière de fécondité s’observe dans la contribution des adolescentes à la descendance finale des femmes de 12-54 ans. Les adolescentes n’ayant aucun niveau d’instruction contribuent pour 13,6% à la descendance finale contre 12,6% pour celles du niveau primaire et 11,7% du niveau secondaire.

Cependant, l’ISF décroît avec le niveau d’instruction des femmes âgées bien qu’il n’y ait pas d’écart entre les femmes sans niveau d’instruction et celles du niveau primaire. La contribution des femmes âgées à la descendance finale augmente avec le niveau d’instruction. Elle est de 27,4%, 26,1%, 28,1% et 32,2% respectivement chez les femmes sans niveau, niveaux primaire, secondaire et supérieur.

3.4 INFECONDITE ET STERILITE

3.4.1 Infécondité

L’ampleur de l’infécondité en Centrafrique est appréhendée à partir du taux d’infécondité obtenu en calculant le complément à l’unité de la probabilité d’agrandissement de la descendance. La probabilité d’agrandissement de la descendance est la chance pour une femme ayant n enfants d’avoir $n+1$ enfants. Dans le cas de l’infécondité primaire, elle mesure la probabilité pour une femme n’ayant pas d’enfant (femme ayant 0 enfant) d’en avoir un. Les informations relatives au nombre d’enfants nés vivants collectées auprès des femmes âgées de 12-54 ans au cours du recensement vont permettre de calculer la probabilité d’agrandissement de la descendance.

3.4.1.1 Infécondité au niveau national

Au regard du tableau Fec21, il apparaît que la probabilité pour une femme en Centrafrique d’avoir son premier enfant né vivant en 2003 est de 0,7. Les femmes qui n’auront pas leur premier enfant né vivant au niveau national en 2003 représentent 29,7% indiquant l’ampleur de l’infécondité primaire sur l’ensemble du pays. Ce niveau d’infécondité primaire a connu une hausse par rapport au recensement de 1988 où il était estimé à 25,9%.

L’infécondité secondaire est saisie à travers les probabilités d’agrandissement des familles aux rangs successifs (1,2,3...). Il ressort du tableau Fec21 que le niveau de d’infécondité secondaire est élevé chez les femmes ayant eu leur deuxième enfant (20,5%) que chez celles ayant eu leur premier enfant (16,6%). Le niveau d’infécondité secondaire est plus élevé en 2003 qu’en 1988.

Tableau FEC21 : Infécondité au niveau national

Probabilité d'agrandissement	a ₀	a ₁	a ₂	a ₃	a ₄	a ₅	a ₆	a ₇
	0,70	0,83	0,79	0,83	0,83	0,82	0,80	0,79
Taux d'infécondité	29,7	16,6	20,5	16,9	17,2	17,6	20,1	21,3

3.4.1.2 Infécondité selon le milieu de résidence

L'examen du tableau Fec22 révèle que c'est en milieu urbain que les femmes retardent plus leur entrée dans la vie procréative. Le taux d'infécondité primaire est supérieur en milieu urbain (36,8%) qu'en milieu rural (23,0 %). La scolarisation des filles, les campagnes sur la santé de la reproduction, le niveau de vie élevé en milieu urbain, etc pourrait expliquer en majeure partie cet écart de 13,8 points. Par ailleurs, le niveau d'infécondité secondaire est plus accentué en milieu urbain qu'en milieu rural. Les données indiquent que jusqu'au rang 5, le taux d'infécondité le plus élevé est observé en milieu urbain.

Tableau FEC22 : Infécondité selon le milieu de résidence

	a ₀	a ₁	a ₂	a ₃	a ₄	a ₅	a ₆	a ₇
	Urbain							
Probabilité d'agrandissement	0,63	0,78	0,74	0,80	0,79	0,82	0,80	0,79
Taux d'infécondité	36,8	22,0	25,5	20,6	21,1	18,1	19,9	21,0
	Rural							
Probabilité d'agrandissement	0,77	0,88	0,83	0,85	0,85	0,83	0,80	0,78+
Taux d'infécondité	23,0	12,4	17,1	14,6	15,0	17,3	20,3	21,5

3.4.1.3 Infécondité selon les régions administratives

Selon le tableau Fec23, l'on constate que les régions administratives 4 et 3 présentent les niveaux d'infécondité primaire les moins élevés (respectivement 22,8% et 22,9%). Les femmes de ces régions sont plus disposées que celles des autres régions à avoir leur premier enfant né vivant. Cependant la région7 (Bangui) enregistre le niveau d'infécondité primaire le plus élevé. En effet, plus d'un tiers des citadines de Bangui (39,4%) ne sont pas prêtes pour entrer dans la vie procréative. On note cependant que le niveau d'infécondité est en dessous de la moyenne nationale (29,7%) dans toutes les régions administratives, sauf à Bangui (région7) et dans la région6 (31,2‰).

Tableau FEC23 : Infécondité selon les régions administratives

	a ₀	a ₁	a ₂	a ₃	a ₄	a ₅	a ₆	a ₇
	Region1							
Probabilité d'agrandissement	72,0	82,2	82,8	85,0	83,9	83,3	80,1	78,8
Taux d'infécondité	28,0	17,8	17,2	15,0	16,1	16,7	19,9	27,2
	Region2							
Probabilité d'agrandissement	74,5	87,2	82,0	85,3	84,0	83,3	73,9	79,4
Taux d'infécondité	25,5	12,8	18,0	14,7	16,0	16,7	26,1	20,6
	Region3							
Probabilité d'agrandissement	77,1	86,9	80,9	86,9	86,3	82,7	81,4	79,1
Taux d'infécondité	22,9	13,1	19,1	13,1	13,7	17,3	18,6	20,9
	Region4							
Probabilité d'agrandissement	77,2	86,4	82,0	83,8	84,0	83,8	82,5	76,9
Taux d'infécondité	22,8	13,6	18,0	16,2	16,0	16,2	17,5	23,1
	Region5							
Probabilité d'agrandissement	71,8	85,5	78,2	84,7	84,0	78,7	80,4	78,4
Taux d'infécondité	28,2	14,5	21,8	15,3	16,0	21,3	19,6	21,6
	Region6							
Probabilité d'agrandissement	68,8	81,1	82,6	82,6	84,3	82,5	83,5	79,7
Taux d'infécondité	31,2	18,9	17,4	17,4	15,7	17,5	16,5	20,3
	Region7							
Probabilité d'agrandissement	60,6	76,6	71,1	74,9	73,6	79,9	77,9	72,7
Taux d'infécondité	39,4	23,4	28,9	25,1	26,4	20,1	22,1	27,3

3.4.1.4 Infécondité selon les préfectures

Les niveaux d'infécondité primaires sont indiqués dans le tableau Fec24. Il en ressort que le taux d'infécondité primaire est nettement au dessus du niveau national (29,7%) dans les préfectures du Haut-Mbomou (50,9%), Vakaga (42,5%), Nana-Mambéré (31,1%) et Ombella M'Poko (30,6%). La situation des préfectures du Haut-Mbomou et de la Vakaga reste préoccupante avec respectivement plus de la moitié et plus du tiers des femmes qui n'ont pas encore fait preuve de leur fécondité. Les recensements précédents ont révélé que ces préfectures se situent dans les zones d'infécondité localisées à l'Est du pays.

Tableau FEC24 : Taux d'infécondité primaire selon les préfectures

Préfecture	Taux d'infécondité (%)
Ombella M'Poko	30,6
Lobaye	22,3
Sangha-Mbaéré	15,2
Mambéré-Kadéï	24,5
Nana-Mambéré	31,1
Ouham	28,6
Ouham-Pendé	19,2
Ouaka	26,9
Kémo	14,9
Nana-Gribizi	13,8
Bamingui-Bangoran	28,3
Haute-Kotto	20,7
Vakaga	42,5
Basse-Kotto	25,8
Mbomou	28,1
Haut-Mbomou	50,9
Bangui	39,4
Ensemble	29,7

3.4.2 Stérilité

La stérilité qui est traitée dans ce sous-chapitre concerne la stérilité totale ou définitive. L'ampleur de ce phénomène est mesurée à partir du pourcentage de femmes ayant déclaré n'avoir jamais eu de naissance vivante à 50 ans et plus. On suppose qu'il est peu probable qu'une femme dans ces conditions (50 ans ou plus) puisse donner une première naissance vivante.

3.4.2.1 Stérilité au niveau national et le milieu de résidence

Selon les résultats du tableau Fec25, 10,2 % des femmes âgées de 50 ans ou plus au recensement de 2003 n'ont eu aucune naissance vivante. L'ampleur de la stérilité sur l'ensemble du pays a diminué de plus de la moitié depuis le dernier recensement où ce niveau était estimé à 26% (RGP88). Cette tendance à la baisse a été perçue au cours de l'EDS-RCA 94/95.

S'agissant du milieu de résidence, le niveau de stérilité est plus élevé en milieu rural (11%). Cette baisse de la stérilité pourrait s'expliquer par les multiples campagnes de sensibilisation lancées à travers les médias, la mise à contribution des leaders d'opinion pour un comportement sexuel responsable, l'Education à la vie familiale introduite dans le milieu scolaire, la fonctionnalité des formations sanitaires, etc.

Tableau FEC25 : Indice de stérilité selon le milieu de résidence

Milieu de résidence	Indice de stérilité (%)
Urbain	8,7
Rural	11,0
Ensemble	10,2

3.4.2.2 Stérilité différentielle selon les régions administratives

Bien que sur l'ensemble du pays, l'ampleur de la stérilité semble se réduire, elle cache des disparités au niveau des régions administratives. En effet, les données du tableau Fec26 montrent qu'à l'exception des régions 2, 3 et 7 (Bangui), le niveau de stérilité est en dessous de la moyenne nationale. la tendance est élevée dans toutes les autres régions administratives. La régions 5 et 6 situées à l'Est du pays avec respectivement 12% et 16% d'indice de stérilité présentent des situations plus préoccupantes.

Tableau FEC26 : Indice de stérilité selon les régions

Région		Indice de stérilité (%)
Région1	Urbain	9,4
	Rural	10,7
	Ensemble	10,4
Région2	Urbain	8,3
	Rural	9,7
	Ensemble	9,3
Région3	Urbain	5,7
	Rural	8,1
	Ensemble	7,7
Région4	Urbain	9,3
	Rural	11,1
	Ensemble	10,6
Région5	Urbain	12,1
	Rural	12,1
	Ensemble	12,1
Région6	Urbain	16,2
	Rural	15,7
	Ensemble	15,8
Région7		7,5
Ensemble		10,2

3.4.2.3 Stérilité différentielle selon les préfectures

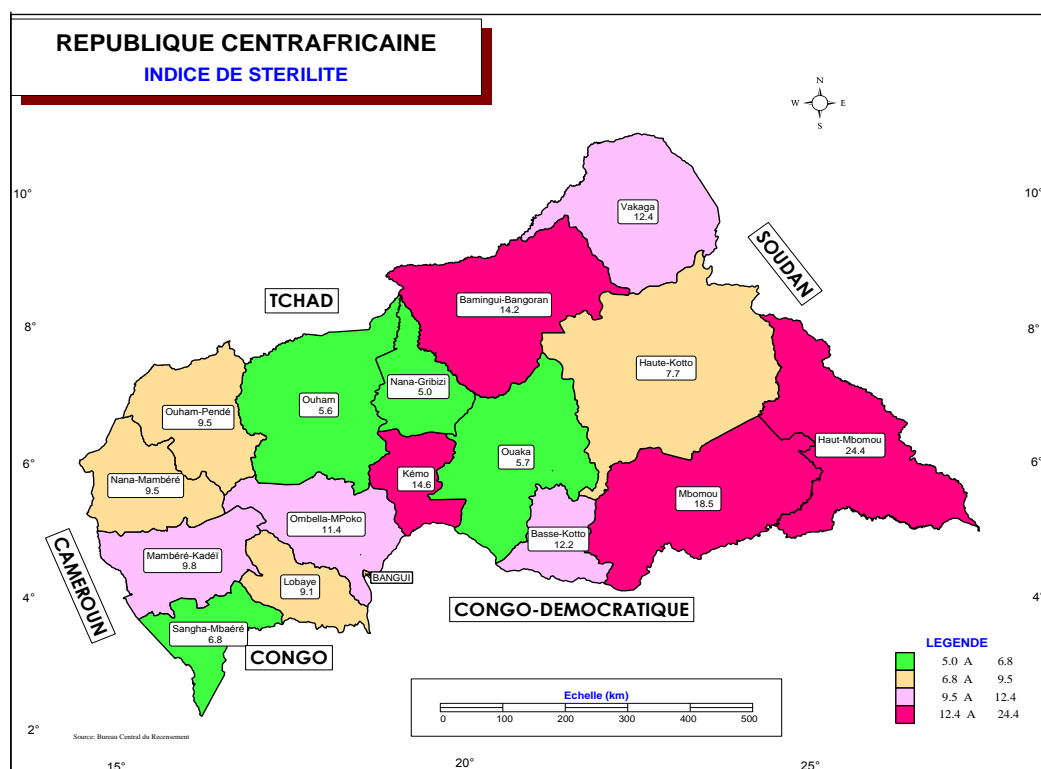
Le tableau Fec27 indique les niveaux différentiels de la stérilité selon les préfectures. Ces niveaux varient de 5,0 % dans la Nana-Gribizi à 24,4 % dans le Haut-Mbomou. Les niveaux les plus élevés par rapport à la moyenne nationale (10,2%) sont enregistrés dans les préfectures de : Haut-Mbomou (24,4%), Mbomou (18,5%), Kémo (14,6%), Bamingui-Bangoran (14,2%), Vakaga (12,4%) et Basse-Kotto (12,2%). Il ressort de la carte thématique ci-dessous que les zones de fécondité sont localisées au Sud-est du pays et au Nord ainsi qu'au centre du pays.

Comparativement aux résultats du recensement de 1988, le niveau de stérilité a baissé dans toutes les préfectures. Cette baisse est moins importante dans les préfectures de la Kémo (-2,7%) et la Vakaga (-6,7%).

Tableau FEC27 : Indice de stérilité selon les préfectures

Préfecture	Indice de stérilité (%) en 1988	Indice de stérilité (%) en 2003	Ecart
Ombella M'Poko	25,2	11,4	-13,8
Lobaye	18,8	9,1	-9,7
Sangha-Mbaéré	20,9	6,8	-14,1
Mambéré-Kadéï	31,7	9,8	-21,9
Nana-Mambéré	23,3	9,5	-13,8
Ouham	14,1	5,6	-8,6
Ouham-Péndé	21,1	9,5	-11,6
Ouaka	32,8	5,7	-27,1
Kémo	17,3	14,6	-2,7
Nana-Gribizi	21,1	5,0	-16,1
Bamingui-Bangoran	22,7	14,2	-8,5
Haute-Kotto	25,1	7,7	-17,4
Vakaga	19,1	12,4	- 6,7
Basse-Kotto	33,4	12,2	-22,2
Mbomou	35,8	18,5	-17,3
Haut-Mbomou	37,2	24,4	-12,8
Bangui	18,7	7,5	-11,2
Ensemble	25,9	10,2	-15,7

Carte FEC01 : Indice de stérilité



CHAPITRE IV

IMPLICATIONS DES RÉSULTATS ET RECOMMANDATIONS

L'équilibre entre la croissance démographique et la croissance économique constitue une préoccupation des autorités centrafricaines. Ainsi le Gouvernement a décidé d'intégrer les variables démographiques dans les politiques et programmes de développement du pays. Cette préoccupation du Gouvernement de mettre l'homme au centre de toute action de développement en vue de la réduction de la pauvreté ressort clairement dans le Cadre stratégique de Lutte contre la Pauvreté.

L'étude de la fécondité permet de disposer des indicateurs de mesure de la croissance de la population. C'est dans ce sens que pour le troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation l'objectif de l'étude de la fécondité est de : « Déterminer les différents niveaux de natalité, de fécondité, de stérilité de la population centrafricaine ».

La République Centrafricaine a opté pour une politique pro-nataliste faisant du planning familial un instrument de sauvegarde de la santé de la mère et de l'enfant sans intention de limiter les naissances. La maîtrise de la fécondité devient une préoccupation de santé publique. Par ailleurs, l'étude de la fécondité permet de disposer des informations nécessaires pour la mise à jour et le suivi du CSLP, de l'UNDAF, pour une planification, un suivi et une évaluation des programmes et projets de développement en vue d'une meilleure anticipation sur certaines demandes (infrastructures sociales : scolaires, sanitaires, etc.) ; Les documents des politiques nationales telles que la Politique Nationale de Population, la Politique Nationale de la Santé de la Reproduction, la Politique Nationale de la Promotion de la Femme et autres conventions ratifiées, ont mis un accent particulier sur la fécondité, notamment :

- la réduction des maternités précoces ;
- la réduction des maternités tardives ;
- la lutte contre les grossesses non désirées ;
- la prévention et la prise en charge de l'infertilité ;
- la promotion d'un développement sexuel sain à partir de la pré-adolescence ; et
- la réduction de la mortalité maternelle.

Les résultats de la présente étude sur la fécondité devraient permettre de disposer des indicateurs pertinents pour la mise à jour du Cadre Stratégique de la Lutte contre la Pauvreté, des documents de Politique Nationale de Population, de Politique Nationale de la Santé de Reproduction, de Politique Nationale de la Promotion de la Femme, etc. Ces indicateurs devraient également faciliter le suivi/évaluation de la mise en œuvre des politiques, des programmes et projets en faveur de la fécondité à moindre risque dans le pays. Ils permettront également, dans le cadre de l'UNDAF, de mesurer les efforts consentis par les Agences des Nations-Unies pour assister le Gouvernement à travers les Programmes de Coopération.

4.1 IMPLICATIONS DES RESULTATS

Les principales implications qui découlent des résultats de la présente étude concernent :

- Les niveaux et les tendances de la fécondité ;
- La fécondité précoce ;
- La fécondité tardive ;
- L'infécondité/Stérilité.

4.1.1. La fécondité des femmes en RCA est restée stable au cours des dix dernières années

Il ressort des résultats de l'étude que le niveau de fécondité en RCA a stagné au cours des dix dernières années. D'après les données du RGPH 2003, l'indice synthétique de fécondité (ISF) qui estime le nombre moyen d'enfants par femme est de 5,1, soit le même niveau que celui fourni par l'enquête démographique et de santé (EDS) de 1994/95. Le Gouvernement, en adoptant une politique pro-nataliste, ne s'est pas fixé un objectif précis sur le niveau de fécondité à atteindre. L'argument développé est la maîtrise de la fécondité à travers la planification familiale pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant. La fécondité et la mortalité constituent les éléments fondamentaux de la dynamique de la population. L'équilibre entre l'accroissement démographique et la croissance économique ne saurait s'établir sans qu'une attention soit portée conjointement sur la fécondité et la mortalité.

La stabilité du niveau de la fécondité apparaît comme un signe plus ou moins positif de la politique du Gouvernement en matière de maîtrise de la fécondité même si le niveau demeure élevé comparé à celui de certains pays de la région. Cependant, le niveau en hausse de la mortalité telle qu'observé au RGPH 2003, interpelle le Gouvernement pour la prise des actions en faveur de la réduction de la mortalité.

4.1.2 La fécondité demeure précoce...

La fécondité des femmes en RCA est très précoce. Une fille âgée de 12-19 ans donne en moyenne naissance à environ un enfant vivant à la fin de son adolescence. Les adolescentes du milieu rural sont encore plus exposées que leurs sœurs du milieu urbain. En outre, la précocité de la fécondité est plus accentuée dans les préfectures de la Sangha-Mbaéré et de la Haute-Kotto (ISF dans les deux préfectures estimé à 0,9 enfants par fille). Les filles âgées de 12-19 ans sont en pleine croissance physique et sont donc immatures sur le plan physiologique. Contracter une grossesse dans cette tranche d'âge (12-19 ans) expose les adolescentes à des risques de mortalité et morbidité maternelles (fistule par exemple). Les naissances vivantes issues de cette catégorie de femmes sont exposées à des risques élevés de mortalité et morbidité infantile du fait de l'inexpérience de leurs mères à entretenir les nouveaux nés, de l'immaturité physiologique de ces dernières créant des conditions de maternité à risque. Ces adolescentes se voient compromettre leur avenir suite à l'abandon scolaire créant ainsi les conditions d'une totale dépendance vis-à-vis de leurs conjoints ou de leurs parents.

4.1.3 La fécondité se poursuit jusqu'aux âges élevés

La fécondité est tardive en RCA. Selon les résultats, 1 femme âgée de 35-49 ans sur 10 (10,1%) a donné, au cours des 12 derniers mois précédent le recensement, une naissance vivante. Ces résultats révèlent également que certaines femmes en Centrafrique continuent la procréation au delà de 50 ans (2,3% des femmes de 50-54 ans).

Ces grossesses tardives sont généralement à l'origine des décès maternels.

4.1.4 L'infécondité et la stérilité continuent de sévir dans certaines provinces

Malgré les avancées notées ces dernières décennies, les données du RGPH ont révélé des niveaux d'infécondité et de stérilité encore très élevés dans certaines préfectures du pays et en milieu urbain. Un peu plus du tiers (36,8%) des citadines en âge de procréer (15-49 ans) n'a pas encore eu de naissance vivante. Les préfectures les plus concernées sont le Haut-Mbomou (plus de la moitié des femmes touchées), la Vakaga (plus de deux femmes sur cinq), la Nana-Mambéré et l'Ombella-M'Poko (environ trois femmes sur dix). Cependant, il faut noter que le comportement en matière de fécondité des femmes des préfectures du M'Mbomou et Haut-Mbomou, toutes situées dans la ceinture de stérilité, semblent s'améliorer légèrement en comparaison avec leur comportement observé au précédent recensement.

Pour ce qui est de la stérilité, elle est plus fréquente en milieu rural et dans les préfectures du Mbomou, de Kémo, de la Bamingui-Bangoran, de Vakaga et de Basse-Kotto. Une femme sur dix âgées de 50 ans ou plus en milieu rural (11,0%) n'a pas eu de naissance vivante au cours de sa vie féconde. Dans le Haut-Mbomou, c'est presque le quart des femmes (24,4%) en fin de vie féconde qui sont touchées par la stérilité.

La persistance de la stérilité dans les zones identifiées appelle des actions d'urgence pour améliorer la santé de ces femmes. Il importe de relancer à court terme des études sur le sujet et dans le futur proche d'élaborer et de mettre en œuvre des programmes de lutte contre la stérilité dans ces préfectures fortement touchées.

4.2 RECOMMANDATIONS

De ce qui précède, les recommandations suivantes ont été formulées :

4.2.1 Au niveau de la fécondité

Au Gouvernement

Le Gouvernement doit prendre des actions urgentes en vue de réduire la mortalité maternelle et infanto-juvénile.

Aux Partenaires au développement

Les partenaires au développement doivent appuyer les actions du Gouvernement dans le domaine de la fécondité.

4.2.2 En matière de fécondité des adolescentes

Au Gouvernement

Il doit :

- Mettre en œuvre la politique nationale de Santé de la Reproduction en ce qui concerne les adolescentes ;
- Développer les services de soins de Santé de la Reproduction et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence.

Aux Partenaires au développement

Notamment l'UNFPA, l'UNICEF et l'OMS d'appuyer les efforts du Gouvernement dans les domaines de :

- Education à la vie familiale ;
- Scolarisation des filles, surtout en milieu rural.

Aux ONGs

- Les ONGs doivent intensifier les actions de sensibilisation particulièrement en milieu des jeunes en mettant un accent sur les jeunes ruraux.

Aux communautés

Elles doivent veiller à l'éducation de leurs enfants dans le domaine de Santé de la Reproduction.

4.2.3 En matière de fécondité des femmes âgées

Au Gouvernement

- Il doit élaborer et mettre en œuvre un programme d'éducation sur la santé de la reproduction des femmes âgées en vue d'améliorer le comportement des femmes âgées de 35 ans ou plus en matière de la Santé de la Reproduction.

Aux Partenaires au développement

Notamment l'UNFPA, l'UNICEF et l'OMS d'appuyer les efforts du Gouvernement dans ce domaine.

4.2.4 En matière d'infécondité/stérilité

Au Gouvernement

Il doit documenter les problèmes de fécondité et stérilité dans le pays en vue de mener des actions pour y remédier.

Aux Partenaires au développement

Notamment l'UNFPA, l'UNICEF et l'OMS d'appuyer les efforts du Gouvernement dans ce domaine.

CONCLUSION

Les résultats issus du troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation ont permis de déterminer les niveaux et tendances de la fécondité en RCA et de connaître ses caractéristiques. Dans l'ensemble, les femmes centrafricaines donnent en moyenne 5,1 enfants nés vivants à la fin de leur vie féconde. C'est en milieu rural que le niveau de fécondité est le plus élevé (5,4 enfants par femme en milieu rural contre 4,7 en milieu urbain). La préfecture du Haut-Mbomou enregistre le plus bas niveau de fécondité (3,9 enfants par femme) comparé aux autres préfectures. La fécondité en RCA est restée quasi-stable au cours de ces quinze dernières années passant de 6,1 enfants par femme en 1988 (RGP88) à 5,1 enfants par femme en 1994/95 (EDS-RCA94/95) puis à 5,1 enfants par femme en 2003 (RGPH03).

Les résultats ont confirmé le caractère très précoce de la fécondité en Centrafrique. Les filles âgées de 12-19 ans donnent en moyenne 1 naissance vivante avant la fin de leur adolescence (ISF estimé à 0,7 enfants par femme). Les préfectures de la Sangha-Mbaéré et de la Bamingui-Bangoran enregistrent les niveaux de fécondité des adolescentes les plus élevés. Le Taux de fécondité dans le groupe d'âges 15-19 ans est 133 ‰. Ce niveau de fécondité est plus élevé en milieu rural (137,9 ‰) comparé au milieu urbain (126,0 ‰). La fécondité est également très tardive en Centrafrique. Au-delà de 35 ans considérés sur le plan médical comme un âge avancé pour la procréation, 12,4 % des femmes centrafricaines continuent à avoir des enfants.]

Il est également ressorti des analyses que l'infécondité et la stérilité continuent de sévir dans certaines préfectures du pays et en milieu urbain. Le taux d'infécondité primaire des femmes en âge de procréer est ainsi de 36,8 % en milieu urbain contre 23,0 % en milieu rural.. Pour ce qui est des niveaux d'infécondité primaire, les plus élevés sont enregistrés dans le Haut-Mbomou (50,9 %), la Vakaga (42,5 %), le Nana-Mambéré (31,1 %) et l'Ombella M'Poko (30,6 %). Concernant la stérilité, les données du RGPH ont montré que 11 % des femmes centrafricaines âgées de 50 ou plus n'ont jamais eu une naissance vivante. La situation est encore plus alarmante dans la préfecture du Haut-Mbomou où le quart (24,4 %) des femmes en fin de vie féconde n'ont jamais eu de naissance vivante. La stérilité est plus développée à l'Est du pays où elle atteint des niveaux préoccupants : M'Mbomou (18,5 %), Ouaka (14,6 %), Haute-Kotto (14,2 %), Vakaga (12,4 %) et Basse-Kotto (12,2 %).

Ces résultats soulèvent d'énormes problèmes liés à la santé de la reproduction des adolescentes et des personnes âgées. Les comportements en matière de fécondité identifiés (caractères précoce et tardif) peuvent justifier un risque élevé de décès maternel et de stérilité. Une connaissance approfondie de ces comportements pourrait permettre d'identifier les déterminants de la fécondité sur lesquels des actions peuvent être menées en vue d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant centrafricains. La présente analyse a permis de formuler des recommandations dont l'exécution permettrait au gouvernement et à ses partenaires au développement d'atteindre leurs objectifs.

BIBLIOGRAPHIE

1. EDS-RCA 94/95 ;
2. CSLP intérimaire ;
3. Document de Politique Nationale de Population ;
4. Politique Nationale en matière de Santé de la Reproduction
5. Rapport d'analyse sur la fécondité du RGP88 de la RCA, 1993;
6. Rapport d'analyse sur la fécondité du RGP2003 du Bénin.

ANNEXE 1

Liste des cadres ayant participé à l'atelier de validation des rapports d'analyse thématique du RGPH03

Kadre Abdallah

Directeur Général au Ministère du Plan, de l'Économie et de la Coopération internationale

Albertine Agoundoukoua

Directrice Générale au Ministère de la Communication

Guy Ankogui Mpoko

Professeur d'Université

Léon Baikoua

Cadre au Ministère du Plan, de l'Économie et de la Coopération internationale

Bainalago

Professeur d'Université

Festus Bakassa

Cadre au Ministère du Plan, de l'Économie et de la Coopération internationale

J. Claude Beleka

Chargé de Mission aux Ministère de la Famille et des Affaires Sociales

Bokia Bendert

Directeur au Ministère du Plan, de l'Économie et de la Coopération internationale

Nick Lasset Bicko

Statisticien Démographe

Mathurin Bobossi

Directeur Technique du Projet P02

Chancy Deta

Cadre au Ministère du Plan, de l'Économie et de la Coopération internationale

Serge Don Ding

Expert au CTP-PAS

Gilbert Feikeram

Chef de Service au Ministère de l'Urbanisme

Pacome Gaba

ONAPHA

Léonnard Gotoas

Professeur d'Université

Christian Mustapha Issein

Directeur de la Comptabilité Nationale au Ministère du Plan, de l'Économie et de la Coopération internationale

Kamayen

Professeur d'Université

Emmanuel Kitize

Médecin

Daniel Kosse

Cadre au Ministère des Finances

Marie Madeleine Koyangbo

Professeur d'Université

Jacqueline Madozein

Chargé de Mission au Ministère des Finances

Lucien Malebanda

Cadre au Ministère de l'Éducation Nationale

Annicet Malendele

Cadre au Ministère de la Santé et de la Population

Dominique Malo

Professeur d'Université

Maxime Mandas Ouche

Abel Mazido

Professeur d'Université

Guy Martin Mazoukandji

Expert au CTP-PAS

Eliane Mokodopo

Cadre au Ministère des Affaires Sociales

Lambert Mossoua

Professeur d'Université

Ndolombaye**Elie Nembie**

Directeur au Ministère du Plan, de l'Économie et de la Coopération internationale

Leon Ngambeye-Zameya

Cadre au Ministère des Affaires Sociales

Félix Ngana

Professeur d'Université

Jean Christophe Ngrekamba

Secrétaire Général de la Croix Rouge Centrafricaine

Félix Oumarou

Cadre au Ministère du Monde Rural

Marie Josee Ouando**Joël Parefa**

Professeur d'Université

Guezewane Piki

Directeur Général au Ministère de l'Éducation Nationale

Pierre Poukale

Professeur d'Université

Thierry Poulizouh

Directeur Général des Statistiques

Marguerite Ramadan

Chargé de Mission au Ministère des Affaires Sociales

Sylvain Seledazon

Cadre au Ministère du Monde Rural

Marc Simba

Cadre à la Direction Générale de L'Hydraulique

Yvon Songuet

Chargé de Mission au Ministère des Finances

Yve Tainasse

Directeur du Village d'enfants SOS

Marie Josée Tongba

Cadre à la Mairie de Bangui

Eric Vickos

Directeur au Ministère du Plan, de l'Économie et de la Coopération internationale

Chahir Walidou

Cadre de l'UNICEF

Faustin Zameto

Haut Commissaire chargé de la Régionalisation

ANNEXE 2

Liste du personnel du Bureau Central de Recensement qui a participé au RGPH03

Paul Théodore Mbaguia
Coordonateur national

Jean-Louis Pouninguinza
Directeur National de la Statistique

Félix Moloua
Directeur Technique

Jean Faustin Piamale
Chef d'unité

Alfred Sabendo
Chef d'unité

Perkyss Mbainoudjim
Chef d'unité

Alexis Guenengafo
Chef d'unité

Thierry Bertrand Kanda
Chef d'unité

Charles Daouily
Chef de Section

Emmanuel Goundi
Chef de Section

Faustin Yangoupande
Chef de Section

Marcel Gouana
Chef de Section

Chantal Moheama
Cadre

Rodrigue Ngonon
Cadre

Christophe Bayo
Cadre

Bangoran Moussa
Dessinateur

Martin Luther Babou
Dessinateur

Donatien Bakana
Tireur de Plan

Angéline Mboula
Secrétaire

Olga Guena
Secrétaire

Émilienne Koyna
Secrétaire

Arsène Gbara
Chauffeur

Bienvenu Ndeguilo
Chauffeur

Phillipe Sentoua
Gardien

Maxime Sanze
Gardien

Désiré Heneoroy
Gardien

Charly Moussa
Gardien

Firmin Houmbindo
Planton

Enoch Poukane
Planton

ANNEXE 3

Liste des superviseurs et zones de supervision du RGPH03

Faustin Piamale
Bangui

Dr Bernard Boua
Ombella-M'Poko 1

Cristophe Bayo
Ombella-M'Poko 2

Dr Tomas d'Aquin Koyazegbe
Lobaye

Robert Mbao
Bamingui-Bangoran

Antoine Mbao
Kémo-Ibingui

Dr Richard Ngballet
Ouaka 1

Dr Yacoub Sylla
Ouaka 2

Sébastien Selenguino
Haute-Kotto

Charles Daouily
Vakaga

Alfred Sabendo
Basse-Kotto 1

Dr Desiré Komangoya
Basse-Kotto 2

Dr Desiré Gremombo
Mbomou

Sylvestre Baza Banguimi
Haut-Mbomou

Eloi Andara
Nana-Gribizi

Dr Marcel Mbeko
Ouham 1

Rodrigue Ngonon
Ouham 2

Faustin Yangoupande
Ouham-Pende 1

Gabriel Bebetem
Ouham-Pende 2

Dr Brice Kamalo
Mambéré-Kadéï 1

Dr Méthode Moyen
Mambéré-Kadéï 2

Dr Gaspard Tekpa
Sangha-Mbaéré

Lonem Robert
Nana-Mambéré

ANNEXE 4

Liste du personnel de l'UNFPA, des autres bailleurs et des consultants internationaux qui ont apporté leur appui technique RGPH03

Représentants de l'UNFPA en RCA

Pr. Daniel Mpembele Sala-Diakanda
Mme Agathe Lawson
Philippe Delanne
Basile Oleko Tambahé

Experts des Équipes d'Appui Technique de l'UNFPA de Dakar et d'Addis-Abeba

Richard Dackam-Ngatchou
Robert Declercq
Jean-Marc Hie
Boubacar Sow
Samson Lamlenn
Benoît Kalasa

Consultants internationaux

Antoine Banza
André Mayouya
Noël Moussavou
Oumar Bocoum
Cosme Vodounou
Bruno Magloire Nouatin
Macoumba Thiam

Bureau UNFPA

Alexandre Ewango
Albert Bango-Makoudou
Adam Mahamat
Yvette Dologuele Dessande
Raymond Goula
Isabelle Dindy-Bamongo
Alima Falamata
Ousmane Mahamat Saleh
Ortalin Resigné Chitelseeh

Autres Bailleurs

Mme Nichole Malpas
Union Européenne

Robert Ndamobissi
UNICEF

