

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Unité – Dignité – Travail

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

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



MORTALITÉ

RAPPORT D'ANALYSE THÉMATIQUE

Avec l'appui financier et technique de



Bangui, juin 2005

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

MORTALITÉ

RAPPORT D'ANALYSE THÉMATIQUE

M. Adam Ahmat, Ph.D
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.

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 sur-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

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.

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

L'analyse de la mortalité à partir des données troisième Recensement Général de la population et de l'Habitation de 2003 de la RCA a montré que tous les indicateurs de la mortalité en Centrafrique sont à la hausse. Ce qui indique une détérioration des conditions de vie et de survie dans le pays.

En effet, les principaux résultats de la mortalité au niveau général indiquent que le taux brut de mortalité en RCA qui était de 17 décès pour 1.000 personnes en 1988, est maintenant de 20,4 décès pour 1.000 personnes.

L'espérance de vie à la naissance qui était de 49 ans en 1988, est maintenant de 43 ans pour l'ensemble de la population (40 ans pour les hommes et 46 ans pour les femmes). Ce niveau de l'espérance de vie a diminué de 6 ans depuis 1988, soit une perte annuelle de cinq mois environ.

Au niveau de la mortalité des enfants de moins d'un an, le quotient de la mortalité infantile est de 132 décès pour 1000 naissances vivantes. Ce niveau est resté le même que celui de 1988. Les enfants vivant en milieu rural connaissent un risque de mourir avant un an plus élevé (141 ‰) que ceux du milieu urbain (116 ‰).

Quant à la mortalité des enfants âgés de 1 à 4 ans, elle a augmenté entre 1988 et 2003. En effet, le quotient de la mortalité juvénile qui est de 106 décès pour mille en 2003 était de 91 décès pour mille en 1988. Selon le sexe, on note une surmortalité des garçons par rapport aux filles : 108 décès pour mille chez les premiers et 95 décès pour mille chez les dernières. La mortalité entre 1 et 4 ans est nettement plus élevée en milieu rural (113 décès pour mille) qu'en milieu urbain (82 en milieu urbain).

Après la baisse observée entre 1975 à 1995, la tendance de la mortalité des enfants de moins de 5 ans s'est inversée depuis 2000. Le quotient de mortalité infanto-juvénile est en hausse et atteint 220 décès avant cinq ans pour 1000 naissances vivantes en 2003 contre 211 décès pour 1000 en 1988.

Au niveau des régions et préfectures, les effets des crises sur la survie des enfants varient d'une région à une autre. A l'exception des régions 1, 2 et 7, toutes les autres ont enregistré de forts taux de mortalité infanto-juvénile dépassant la moyenne nationale. Les préfectures situées à l'Extrême Est du pays et celles ayant été victimes des derniers conflits sont celles qui présentent les plus forts taux de mortalité infanto-juvénile.

La mortalité des enfants varie également en fonction du niveau d'instruction de la mère et de sa situation matrimoniale. Les enfants issus des mères analphabètes ou sans instruction courent un risque de mourir plus élevé que ceux dont la mère est instruite. Aussi les enfants des mères non mariées (divorcées ou séparées ou veuves) ont un niveau de mortalité plus élevé que ceux dont les mères sont mariées.

Enfin, la mortalité maternelle a connu une augmentation spectaculaire au cours des 28 derniers années. On comptait 683 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes en 1988, 948 en 1995 et 1.355 décès pour 100.000 en 2003. Ces chiffres indiquent

qu'en Centrafrique, le risque de décès que courent les femmes pour chaque grossesse a doublé au cours de la période intercensitaire 1988-2003.

Il ressort donc de ces résultats trois faits majeurs : i) la population centrafricaine vit de moins en moins longtemps : les jeunes et les femmes payent le plus fort tribut ; ii) une mortalité maternelle très élevée et régulièrement en hausse ; et iii) une mortalité élevée des enfants, signe d'une dégradation des conditions de leur survie. Ces constats impliquent que des actions vigoureuses et synergiques pour améliorer significativement les conditions de survie des populations en générale et notamment celles des enfants et des femmes doivent être engagées.

L'atteinte ou le rapprochement en 2015 des Objectifs du Millénaire pour le Développement pour ce qui est de la RCA, dépendra de la pertinence et de l'ampleur des actions entreprises pour faire face à ces défis.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	I
AVANT-PROPOS	II
CADRE ORGANISATIONNEL DU RECENSEMENT.....	IV
Cadre institutionnel.....	iv
Objectifs du RGPH03	iv
Les différentes phases du RGPH03	v
RÉSUMÉ.....	VII
TABLE DES MATIÈRES	IX
LISTE DES TABLEAUX	XI
LISTE DES GRAPHIQUES.....	XII
LISTE DES CARTES THÉMATIQUES	XII
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	XIII
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	XIV
CHAPITRE 1. CONTEXTE.....	1
1.1 CONTEXTE INTERNATIONAL.....	1
1.2 CONTEXTE NATIONAL	2
1.2.1 Conditions de vie de la population	2
1.2.2 Évolution de l'état de santé de la population	2
1.2.3 Politique sanitaire en RCA	3
CHAPITRE 2. MÉTHODOLOGIE.....	6
2.1 MÉTHODE DE COLLECTE.....	6
2.2 DÉFINITIONS DES INDICATEURS	6
2.3 QUALITÉ DES DONNÉES COLLECTÉES.....	7
2.4 MÉTHODES D'ESTIMATION DU NIVEAU DE LA MORTALITÉ	7
2.4.1 Méthode d'estimation de la mortalité des enfants	7
2.4.2 Méthode d'estimation de la table de mortalité et de l'espérance de vie.....	8
2.4.3 Méthode d'estimation du Taux Brut de Mortalité (TBM).....	8
2.4.4 Méthode d'estimation du Rapport de Mortalité Maternelle (RMM).....	8
CHAPITRE 3. ANALYSE DES RESULTATS.....	10
3.1 NIVEAU ET STRUCTURE DE LA MORTALITÉ GÉNÉRALE EN RCA.....	10
3.1.1 Niveau global de la mortalité en RCA.....	10
3.1.2 Structure par sexe et par âge de la mortalité en RCA	10
3.1.3 L'espérance de vie à la naissance	11
3.2 LA MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS	14
3.2.1 Structure de la mortalité des enfants de moins de cinq ans.....	14
3.2.2 La mortalité infantile	18
3.2.3 La mortalité juvénile.....	18
3.3 ANALYSE DIFFÉRENTIELLE DE LA MORTALITÉ	19
3.3.1 Niveau d'instruction des mères.....	19
3.3.2 État matrimonial.....	20
3.4 LA MORTALITÉ MATERNELLE	21
CHAPITRE 4. IMPLICATIONS DES RESULTATS ET RECOMMANDATIONS.....	23
4.1 IMPLICATIONS	23
4.1.1 La population centrafricaine vit de moins en moins longtemps	23
4.1.2 Une mortalité maternelle très élevée et régulièrement en hausse	24
4.1.3 Une mortalité élevée des enfants	25

4.2	RECOMMANDATIONS	26
4.2.1	<i>Améliorer l'espérance de vie de la population</i>	26
4.2.2	<i>Inverser la tendance de la mortalité maternelle</i>	27
4.2.3	<i>Assurer la survie et le développement intégré des enfants</i>	27
	CONCLUSION GÉNÉRALE.....	28
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	29
	ANNEXES 0. TABLES DE MORTALITÉ	30
	ANNEXE 1. LISTE DES CADRES AYANT PARTICIPÉ À L'ATELIER DE VALIDATION DES RAPPORTS D'ANALYSE THÉMATIQUE DU RGPH03.....	41
	ANNEXE 2. LISTE DU PERSONNEL DU BUREAU CENTRAL DE RECENSEMENT QUI A PARTICIPÉ AU RGPH03	43
	ANNEXE 3. LISTE DES SUPERVISEURS ET ZONES DE SUPERVISION DU RGPH03	44
	ANNEXE 4. LISTE DU PERSONNEL DE L'UNFPA, DES AUTRES BAILLEURS ET DES CONSULTANTS INTERNATIONAUX QUI ONT APPORTÉ LEUR APPUI TECHNIQUE RGPH03	46

LISTE DES TABLEAUX

Tableau MOR01: Taux Brut de Mortalité en RCA en.....	10
Tableau MOR02 : Évolution du taux brut de mortalité de 1975 à 2003.....	10
Tableau MOR03 : Évolution de l'espérance de vie à la naissance selon le sexe par le milieu de résidence	12
Tableau MOR04 : Espérance de vie à la naissance selon le sexe et par région.....	13
Tableau MOR05 : Quotient de mortalité des enfants de moins de cinq ans par sexe et âge	14
Tableau MOR06 : Tendances de la mortalité des enfants depuis 1975	14
Tableau MOR07: Quotients de mortalité infanto-juvénile selon le sexe et la région ou la préfecture, 2003	17
Tableau MOR08 : Quotients de mortalité infantile selon le sexe et le milieu de résidence, 2003	18
Tableau MOR09 : Tendances de la mortalité infantile depuis 1975	18
Tableau MOR10 : Niveau de la mortalité juvénile en 2003	18
Tableau MOR11 : Mortalité infantile et infanto-juvénile selon le niveau d'instruction de la mère	20
Tableau MOR12 : Mortalité infantile et infanto-juvénile selon l'état matrimonial de la mère.....	21
Tableau MOR13 : Mortalité maternelle (niveau national) en 2003.....	22

Tableaux Annexes

Tableau MOR A.01 : Table de mortalité de la RCA selon le sexe (2003)	30
Tableau MOR A.02 : Table de mortalité de la RCA (Deux sexes)	31
Tableau MOR A.03 : Table de mortalité de la RCA (Hommes)	32
Tableau MOR A.04 : Table de mortalité de la RCA (Femmes)	33
Tableau MOR A.05 : Table de mortalité de la RCA (Deux sexes / Milieu urbain) ...	34
Tableau MOR A.06 : Table de mortalité de la RCA (Hommes / Milieu urbain)	35
Tableau MOR A.07 : Table de mortalité de la RCA (Femmes / Milieu urbain)	36
Tableau MOR A.08 : Table de mortalité de la RCA (Deux sexes / Milieu rural)	37
Tableau MOR A.09 : Table de mortalité de la RCA (Hommes / Milieu rural)	38
Tableau MOR A.10 : Table de mortalité de la RCA (Femmes / Milieu rural)	39
Tableau MOR A.11 : Quotients de mortalité infantile selon le sexe et la région ou la préfecture, 2003	40

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique MOR01 : Structure par âge et par sexe de la mortalité en RCA	11
Graphique MOR02 : Espérance de vie à la naissance selon le sexe	12
Graphique MOR03 : Mortalité des enfants de moins de cinq ans selon la préfecture.	16
Graphique MOR04 : Tendances de la mortalité infantile et juvénile.....	19

LISTE DES CARTES THÉMATIQUES

Carte MOR01 : Espérance de vie à la naissance selon la région administrative	13
Carte MOR02 : Mortalité des enfants de moins de cinq ans selon la région.....	15
Carte MOR03 : Mortalité des enfants de moins de cinq ans selon la préfecture.....	16

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AD :	Aire de Dénombrement
BCR :	Bureau Central du Recensement
CDE :	Convention sur le Droit de l'Enfant
CEDEF :	Convention pour l'Élimination de toutes les formes de Discriminations à l'Égard des Femmes
CIPD :	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CSLP :	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
DSRP :	Document de Stratégies de Réduction de la Pauvreté
ECVU :	Enquête sur les Conditions de vie Urbaine
ECVU :	Enquête sur les Conditions de vie Urbaine
EDS :	Enquête Démographique et de santé
EPC :	Enquête Post-Censitaire
FACA :	Forces Armées Centrafricaines
FOMUC :	Force Multinationale de la CEMAC
IDH :	Indice du Développement Humain
IFORD :	Institut de Formation et de Recherche Démographiques
INSAE :	Institut National de Statistiques et d'Analyse Économique
MICS :	Multiple Indicators Cluster Survey (Enquête à Indicateurs Multiples)
NEPAD :	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
OMD :	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA :	Programme des Nations Unies de lutte contre le VIH SIDA
PA-CIPD :	Programme d'Action de la CIPD
PNDE :	Programme National de Développement Environnemental
PNDS :	Plan National de Développement Sanitaire
PNP :	Politique Nationale de Population
PNPF :	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
PPTE :	Initiative des Pays Pauvres Très Endettés
RCA :	République Centrafricaine
RGPH :	Recensement Général de la Population et de l'Habitation
RMM :	Ratio ou Rapport de mortalité maternelle
SIG :	Système d'Information Géographique
SNIS :	Système National d'Information Sanitaire
UE :	Union Européenne
UNDAF :	Plan Cadre Global d'Assistance au Développement des Agences du Système des Nations Unies en RCA
UNFPA :	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH :	Virus d'Immunodéficience Acquise

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Le niveau de la mortalité dans un pays demeure un des plus importants indicateurs du développement social. Il permet de situer l'état général de la santé de la population résidente dans le pays et les différences de mortalité qui existent entre les différentes communautés.

L'espérance de vie à la naissance et le taux (quotient) de mortalité infantile et infanto-juvénile sont les principaux indicateurs souvent utilisés pour apprécier le niveau de la mortalité dans un pays. Ces indicateurs sont sensibles au contexte socioéconomique, culturel et sanitaire. En agissant sur ces facteurs, il est possible de parvenir à baisser les niveaux de la mortalité et améliorer la qualité de vie de la population.

La situation de la mortalité générale en RCA est préoccupante, surtout dans ses composantes infantiles et maternelles. Les enfants et les femmes constituent les groupes de populations les plus vulnérables en matière de santé. Ils ont payé depuis plus d'une dizaine d'années, un lourd tribut de la dégradation de la situation économique et sociale dans le pays, notamment la situation sanitaire. Cette situation implique des actions visant une réduction significative de la mortalité qui fait partie essentielle de la lutte contre la pauvreté. La pertinence et l'importance des actions à mener pour améliorer la situation sanitaire actuelle dépendent des niveaux de ces indicateurs. Le troisième Recensement Général de la Population (RGPH3) représente la plus importante source de données fiables dont l'analyse mettra à la disposition des utilisateurs et des décideurs nationaux ainsi qu'aux partenaires au développement, des indicateurs actualisés permettant d'élaborer, d'orienter et de suivre l'exécution des actions de lutte contre la pauvreté.

La République Centrafricaine, en souscrivant à toutes les recommandations des grandes conférences internationales et régionales comme celle de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) et celles de la maternité à moindre risque (vision 2010, Feuille de route), a fixé dans ces grandes priorités, la réduction de la mortalité par la mise en place d'un Plan National de Développement Sanitaire. Des programmes sectoriels issus de cette politique ont été formulés et mis en œuvre tel que le Plan opérationnel pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale qui couvre la période de 2004 à 2015.

L'objectif de cette analyse de la mortalité à partir des données du recensement, est d'élaborer des indicateurs fiables pour la formulation, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes tels que :

- Le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) ;
- le Plan National de Développement Sanitaire ;
- le Programme National de la Déclaration de politique nationale de population (PNP) ;
- le Plan opérationnel pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ;
- les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) ;

- les recommandations des grandes conférences internationales telles que celles du Caire (CIPD, 1994), d'Abuja (Roll back Malaria, 1999), du Forum Panafricain sur les Enfants (2000).

Pour ce faire, la présente analyse se propose de déterminer et d'analyser au niveau national, régional et préfectoral :

- le niveau, la structure et les tendances de la mortalité générale ;
- les niveaux de la mortalité infantile et juvénile ;
- la mortalité différentielle ;
- le niveau et la tendance de la mortalité maternelle.

Pour atteindre cet objectif, l'analyse s'articulera autour de quatre chapitres. Le premier examine le contexte sanitaire, le deuxième, les considérations méthodologiques, le troisième présente les principaux résultats obtenus et le quatrième dégage les implications des résultats, suivi des recommandations et d'une conclusion générale.

CHAPITRE 1. CONTEXTE

Le niveau élevé de la mortalité générale, infanto-juvénile et maternelle continue de poser des problèmes de développement pour les pays en voie de développement en général et la République Centrafricaine en particulier. Pour mieux comprendre l'ampleur de ce problème de population, il est nécessaire de jeter d'abord un bref regard sur le contexte international pour mieux situer le contexte national.

1.1 CONTEXTE INTERNATIONAL

Jusqu'à nos jours, les écarts de mortalité et de longévité entre les pays riches et les pays pauvres continuent à être très importants. D'après le rapport sur l'état de la population mondiale de 2004 de l'UNFPA, l'espérance de vie à la naissance en Europe occidentale par exemple, en 2003, est de 75 ans pour les hommes et 82 ans pour les femmes alors qu'en Afrique, elle n'est que de 42 ans et 44 ans respectivement pour les hommes et les femmes. Aussi, le taux de mortalité infantile en Afrique est 18 fois plus élevé (89 pour mille) qu'en Europe occidentale (5 pour mille). La situation est plus grave dans les pays de la sous région de l'Afrique centrale où la probabilité de décéder avant 1 an est de 116 décès pour mille. Il en est de même de la mortalité maternelle, où l'on trouve les chiffres les plus élevés¹.

L'augmentation continuelle de l'espérance de vie et la baisse progressive des niveaux de mortalité maternelle et infantile observées dans les pays riches sont les résultats de l'amélioration en durée des conditions de vie de leurs population à travers une bonne couverture sanitaire et une bonne qualité des soins de santé, d'hygiène et d'assainissement, une bonne qualité de la nutrition et de l'eau, un niveau élevé de l'instruction et une stabilité des institutions. Cependant, la quasi-totalité des pays en Afrique ne remplissent pas ces critères. La pauvreté, l'ignorance, le faible accès aux soins et la mauvaise qualité des soins obstétricaux offerts sont parmi les principaux facteurs qui sont à l'origine des mauvaises conditions de vie des populations.

Face à cette situation, les Gouvernements des pays en développement se sont montrés préoccupés et, avec l'aide des organisations internationales, ont multiplié les efforts pour développer des politiques et stratégies pour orienter et mobiliser des ressources en vue de réduire la morbidité et la mortalité maternelle et infantile. Plusieurs initiatives en cours aux niveaux mondial et régional traduisent cette volonté, parmi lesquelles, il faut citer :

- La déclaration d'Alma-Ata de 1978 sur les Soins de Santé Primaires ;
- L'Initiative de Bamako en 1987 ;
- Le Sommet Mondial sur l'enfance de New-York de 1990 ;
- La Convention relative aux Droits des Enfants (CDE) ;
- La Convention relative à l'Élimination de toute forme de Discrimination à l'Égard des Femmes (CEDEF) ;

¹ D'après le rapport sur l'état de la population mondiale de 2004 de l'UNFPA, en Malawi, on estime à 1800 décès maternels pour 100000 naissances en 2003, ce chiffre est de 1700 en Angola et 1100 au Tchad.

- La Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) du Caire en 1994 ;
- Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) fixés en 2000 à New-York ;
- L'élaboration des Programmes Stratégiques de Réduction de la Pauvreté (PRSP) ;
- Les Initiatives de Réduction des dettes des pays pauvres très endettés (PPTE) ;
- La vision 2010 initiées par les Premières Dames de l'Afrique de l'Ouest et du Centre au Mali en mai 2001.

1.2 CONTEXTE NATIONAL

1.2.1 Conditions de vie de la population

Après les améliorations constantes enregistrées de 1991 à 1995 en matière de développement humain, la situation socioéconomique et sanitaire en RCA n'a cessé de se dégrader. D'après l'IDH du PNUD, la RCA a enregistré ces dernières années, comparativement au reste du monde, un recul important et consécutif en matière de développement humain. De 1997 à 2002, le classement annuel de la RCA n'a fait que baisser. La RCA a occupé d'abord le 151^{ème} rang en 1997, puis le 154^{ème} en 1998, le 165^{ème} en 1999 et enfin le 169^{ème} rang en 2002. Cette situation indique clairement une dégradation continue des conditions de vie des populations. Les dernières estimations de la pauvreté à partir de l'enquête ECVU de 2003 confirment cette dégradation de la situation en RCA où le niveau de la pauvreté a atteint un nouveau palier très inquiétant. D'après cette enquête, 71,3 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté contre 57,3% en 1994 (Enquête Intégrale budget consommation EIBC 1994/1995).

1.2.2 Évolution de l'état de santé de la population

Pour mieux cerner l'évolution de l'état de santé de la population, il y a lieu de jeter un bref regard rétrospectif des conditions de vie et de survie de la population depuis 1960 jusqu'à présent. Il en ressort deux grandes tendances, 1960 à 1994 et 1995 à 2002.

De 1960 à 1994 : cette période a été caractérisée par une légère augmentation de l'espérance de vie à la naissance. Estimée à 34 ans en 1960, cet indice a atteint 43 ans en 1975, puis 49 ans en 1988, soit un gain moyen de 2,3 ans tous les cinq ans. Un gain qui se place toutefois en dessous de la norme universelle qui est de 2,5 ans tous les 5 ans. Ce qui témoigne que la RCA est un pays où la baisse de la mortalité a été toujours lente, voire nulle depuis quelques années. Cette baisse de la mortalité s'est poursuivie jusqu'en 1994 notamment chez les enfants. En effet, la mortalité infantile est passée de 132 pour mille en 1988 à 97 pour mille en 1994, il en est de même du niveau de la mortalité infanto-juvénile (212 pour mille en 1988 à 157 pour mille en 1994).

Cependant, de 1995 à 2002, des signes peu encourageants commencèrent à se manifester qui montrèrent que la situation sanitaire commence à se dégrader. Par exemple, la couverture vaccinale des enfants contre la tuberculose est passée de 77 %, en 1994 à 46,5 % en 1998 pour atteindre 61,8% en 2000, (MICS 2000). Il en est de

même des vaccinations contre la poliomyélite et la rougeole. Cette faible couverture vaccinale contre les maladies évitables par la vaccination conjuguée avec l'effondrement du système sanitaire et le VIH/SIDA aurait contribué à élever le risque de la mortalité des enfants comme en témoignent les résultats de l'enquête MICS 2000 : le taux de mortalité infantile a atteint 130,6 pour mille et celui de la mortalité infanto-juvénile 194,0 pour mille.

Sur la même période, chez les femmes en âge de procréer, il a été noté une hausse de la mortalité maternelle à 948 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes alors qu'en 1988, ce niveau n'était que de 683 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes. À cela, il faut ajouter la progression de la pandémie du SIDA et le paludisme qui sont devenus les principales causes de morbidité et de mortalité infantile et maternelle des femmes de 15 à 49 ans.

Il convient également de souligner que cette période est marquée par l'expansion fulgurante de la pandémie du VIH/SIDA. Selon le rapport 2000 de l'ONUSIDA qui placent la RCA au dixième rang des pays d'Afrique les plus infectés par le VIH, 230.000 personnes ont été infectées par le VIH-SIDA, soit près de 14 % de la population âgée de 15 à 49 ans. Les femmes constituent le groupe le plus touché. Le taux de transmission des parents à l'enfant est estimé à 35% en 2002.

Quant aux adultes, les statistiques sanitaires de 2003 montrent que les maladies parasitaires, le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA ainsi que les maladies chroniques telles que l'hypertension artérielle, le diabète sucré, les maladies cardiovasculaires et les lésions dues aux accidents de la route sont les principales causes de décès. Ces affections n'épargnent pas non plus les personnes âgées.

En somme, de 1988 à 2003, on estime globalement que les conditions de survie de la population se sont considérablement détériorées. En conséquence, on s'attend à ce que l'espérance de vie en générale accuse une baisse en raison de la dégradation des conditions sanitaires pendant cette période en général et de l'incidence du VIH/SIDA en particulier. Le rapport 2004 sur le développement humain du PNUD estime que l'espérance de vie à la naissance en Centrafrique serait baissée de 9 ans de 1988 à 2002, elle aurait atteint 39,8 ans en 2002. De même, le rapport mondial sur la population de 2004, situe à 38,5 ans l'espérance de vie à la naissance pour les hommes et 40,6 ans pour les femmes, ce qui signifie que la population centrafricaine vit de moins en moins longtemps.

1.2.3 Politique sanitaire en RCA

- ***Organisation et fonctionnement du système de santé***

L'organisation du système de santé de la République Centrafricaine est caractérisée par une intégration des prestations et par une hiérarchisation des différents niveaux de soins et de gestion. L'organisation du système de santé suit la division administrative du pays. Elle est de type pyramidal comportant trois niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique.

Le niveau central est chargé de veiller à la mise en œuvre de la politique définie par le Gouvernement et de fournir des appuis stratégiques aux autres niveaux de la pyramide sanitaire.

Le niveau intermédiaire correspondant à la région sanitaire, est chargé de fournir l'appui technique. Dans le cadre de la politique de décentralisation, le pays est subdivisé depuis 1982, en sept régions sanitaires dont la ville de Bangui est considérée comme une région. A part la région de Bangui, chacune des six autres régions sanitaires compte entre deux et quatre préfectures sanitaires et dispose de services techniques régionaux.

Le niveau périphérique ou préfectoral est chargé de fournir l'appui opérationnel.

Parallèlement à cette organisation, il existe un secteur privé à but non lucratif qui assure une part importante de l'offre de soins dans le pays. Par contre ; le secteur privé lucratif demeure marginal et limité à la ville de Bangui.

En ce qui concerne les infrastructures des soins, en 2000, la RCA disposait de 617 formations sanitaires dont 103 dans le secteur privé et 514 dans le secteur public. Le secteur public comprend : 298 postes de santé ; 197 Centres de santé ; 11 hôpitaux préfectoraux ; 4 hôpitaux régionaux ; 4 hôpitaux centraux et 3377 lits, soit 1 lit pour 1200 habitants.

Aussi, l'ensemble de ces infrastructures est fondé sur un système d'orientation à trois niveaux de référence : le premier niveau comprend les postes de santé, les centres de santé et les hôpitaux préfectoraux ; le deuxième niveau comprend les hôpitaux régionaux et le troisième niveau comprend les établissements centraux de diagnostic et de soin.

Sur le plan des ressources humaines, l'effectif du personnel de santé, toutes catégories confondues étaient de 2.948 en 1999 et 2755 agents en 2000 (SNIS, 2000) alors que le besoin minimal en agents de santé pour un fonctionnement normal se chiffre à 4.200 agents. En outre, cette personne est inégalement répartie sur le territoire. Par exemple, en 2000, 57% du personnel de santé se trouvait à Bangui.

- ***Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)***

La recherche de stratégie efficace de lutte contre la mortalité a amené le Gouvernement Centrafricain à faire de la santé l'une de ses grandes priorités. C'est dans ce cadre qu'il s'est engagé à reformuler une politique de santé et un Plan de Développement Sanitaire (PNDS) avec des orientations fondées sur les soins de santé primaires et sur l'initiative de Bamako.

Après plusieurs années de mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires, les résultats attendus ont été très maigres si on se fie aux niveaux actuels de la mortalité en RCA. Un nouveau PNDS est cours de validation qui permettra de donner une nouvelle impulsion en vue d'améliorer la situation sanitaire.

- *Le cadre juridique de la Santé*

Le Gouvernement a souscrit aux déclarations et résolutions qui sous-tendent la politique et les stratégies en matière de santé.

Sur le plan international, il faut noter entre autres les engagements suivants :

- la Déclaration d'Alma Ata de 1978 sur les Soins de Santé Primaires ;
- l'initiative de Bamako en 1987 ;
- le Sommet mondial de L'Enfant tenu à New -York en 1990 ;
- la Déclaration finale des Ministres de la Santé de la Zone Franc à Abidjan en 1994 sur les médicaments essentiels ;
- la convention des droits des enfants ;
- les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) ;
- les recommandations des grandes conférences internationales telles que celle du Caire (CIPD, 1994), l'initiative 2010, le Forum Panafricain sur les Enfants (2000).

Sur le plan national, des textes législatifs et réglementaires ont été pris pour orienter les interventions dans le secteur de la santé dont voici quelques-uns :

En matière de textes législatifs

- La Constitution de décembre 2004 ;
- La loi N° 89.003 du 23 mars 1989, fixant les principes généraux relatifs à la santé publique en Centrafrique stipule que «tout citoyen a droit à la santé».

En matière de textes réglementaires

- Le Décret N° 94.186 du 28 mai 1994 qui porte création de l'Unité de Cession du Médicament pour l'approvisionnement, le stockage et la distribution des Médicaments essentiels sous le nom générique ;
- Le Décret N° 94.336 du 29 septembre 1994 qui porte tarification des prestations des établissements publics de santé en RCA ;
- L'Arrêté N° 254 du 22 septembre 1995 qui modifie et complète les dispositions de l'Arrêté N° 0392 du 24 septembre 1988 portant création des structures et organes des Soins de Santé Primaires ;
- L'Arrêté N° 238 du 8 septembre 1994 qui accorde aux centres de santé et postes de santé l'autorisation de fonctionner en autonomie partielle de gestion ;
- Les Arrêtés N°S 111 et 112 du 30 mai 1997, qui modifie l'Arrêté N° 0207 du 30 juillet 1994 relatif à la création, à l'organisation et au fonctionnement des Conseils et Comités de Gestion des hôpitaux régionaux et préfectoraux, des centres et postes de santé.

CHAPITRE 2. MÉTHODOLOGIE

La méthodologie se résume à une évaluation rapide de la méthode de collecte des données sur la mortalité au recensement et à une description des techniques utilisées pour le calcul des indicateurs ainsi que la définition de certains concepts utilisés.

La démarche méthodologique définie dans cette partie est surtout basée, d'une part, sur la description critique de la méthode de collecte des données sur la mortalité lors du dénombrement général et d'autre part sur la méthode de calcul utilisée pour déterminer les indicateurs de mortalité.

2.1 MÉTHODE DE COLLECTE

Les données collectées sur la mortalité au cours du troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH-3) portent sur un certain nombre de variables.

En ce qui concerne la mortalité générale, la variable est le décès au cours des 12 derniers mois de personnes résidentes dans le ménage selon le sexe et l'âge au décès,

Pour l'étude de la mortalité des enfants, les variables utilisées sont le nombre d'enfants nés vivants et le nombre d'enfants survivants.

2.2 DÉFINITIONS DES INDICATEURS

Pour faciliter la compréhension des indicateurs, il est utile de donner leurs définitions :

Quotient de mortalité infantile ${}_1q_0$: c'est la probabilité à la naissance de décéder avant d'atteindre le premier anniversaire.

Quotient de mortalité juvénile ${}_4q_1$: c'est la probabilité pour un enfant qui est âgé d'un an exact de décéder avant d'atteindre son cinquième anniversaire.

Quotient de mortalité infanto-juvénile ${}_5q_0$: c'est à la naissance, la probabilité de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire.

Ratio ou Rapport de mortalité maternelle, communément appelé par abus de langage taux de mortalité maternel (TMM), est le nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes.

L'espérance de vie à la naissance est le nombre moyen d'années durant lesquelles un nouveau-né pourrait espérer vivre si les taux de mortalité par âge, tels qu'ils ont été calculés à l'année de sa naissance s'appliquaient de son vivant.

Le taux brut de mortalité est le nombre de décès pour 1.000 habitants durant un an, calculé en divisant le nombre de décès enregistrés durant une année par la population moyenne de cette même année, le résultat étant multiplié par 1.000.

2.3 QUALITÉ DES DONNÉES COLLECTÉES

Dans les pays en développement comme la RCA, la collecte des informations sur la mortalité est souvent entachée d'erreurs. Ainsi, la validité des données collectées peut être affectée par l'ampleur de sous déclaration des événements (omission involontaire ou volontaire par émotion; omission des dates de décès après naissance), le déplacement des dates de décès, l'imprécision des déclarations d'âge au décès. Toutefois, selon Sullivan et al. (1990), les limites méthodologiques inhérentes à ces problèmes de collecte induisent cependant une faible marge d'erreurs si les événements mesurés (naissances et décès) sont récents.

Les principales erreurs rencontrées sur les données observées sont les omissions des décès des 12 derniers mois notamment chez les enfants et l'imprécision des déclarations d'âge au décès.

Toutefois, l'évaluation de la qualité des données de la mortalité (d'après le rapport d'évaluation de la qualité des données) a conclu que les données (les enfants nés vivants et les enfants survivants) sont de meilleure qualité bien que l'examen simultané des décès de moins d'un an (décès survenus depuis décembre 2002) et les décès des enfants nés depuis décembre 2002 obtenus à partir des enfants nés vivants (naissances survenues depuis décembre 2002) a montré quelques discordances.

Aussi, les données relatives aux nombres moyens d'enfants nés vivants et d'enfants survivants par femme semblent de bonne qualité. Par conséquent, ce sont ces dernières qui seront utilisées pour l'estimation des indices de mortalité des enfants.

Sur cette base, le choix des méthodes d'estimation a été fonction des conclusions de l'évaluation de la qualité des données observées.

2.4 MÉTHODES D'ESTIMATION DU NIVEAU DE LA MORTALITÉ

Jusqu'en 1988, les données sur la mortalité en Centrafrique ont été fournies pour l'ensemble du pays et par préfecture selon le milieu de résidence (urbain et rural). Cette fois-ci, avec le nouveau découpage administratif qui a créé 7 régions, une étape supplémentaire s'intègre dans l'estimation de la mortalité. La présente analyse fournit les indicateurs de la mortalité au niveau national, régional et préfectoral selon le milieu de résidence.

Le logiciel utilisé pour évaluer et estimer les niveaux de la mortalité est le logiciel MORTPAK. Ce logiciel comporte la plupart des méthodes d'estimation de la mortalité couramment utilisées dans les pays en développement.

2.4.1 Méthode d'estimation de la mortalité des enfants

Pour estimer les niveaux de la mortalité des enfants, il a fallu d'abord choisir un modèle type de mortalité pour la RCA. Parmi les 9 familles des tables types de mortalité des Nations Unies et de Coale-Demeny, c'est le modèle Latino-américain qui a été retenu. Ce modèle présente la déviation absolue la plus faible par rapport aux données observées. En fait, les trois modèles qui se rapprochent le mieux à la structure de la mortalité observée de la RCA sont les modèles Latino-américain et Chilien qui sont

de la famille des tables des Nations Unies et le modèle Nord qui est de la famille des tables de Coale & Demeny. Le modèle Latino-américain est celui qui présente la plus faible déviation absolue avec 9,51, viennent ensuite le modèle Chilien (10,71) et le modèle Nord de Coale & Demeny (10,93).

Bien que le modèle Nord de Coale & Demeny ait été retenu dans le RGPH de 1988 pour estimer la mortalité des enfants, il semble cette fois-ci moins convenir avec les données observées du RGPH 2003. Il sous-estime le niveau de la mortalité des enfants surtout la mortalité infantile.

La mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile en RCA ont pu être donc déterminées sur la base du choix du modèle Latino-américain comme modèle de référence du contexte de la mortalité en République Centrafricaine.

2.4.2 Méthode d'estimation de la table de mortalité et de l'espérance de vie

Sur la base des taux de mortalité par âge obtenus à partir des décès observés au cours des 12 derniers mois, la génération de la table de mortalité s'est faite par le remplacement des taux de mortalité infantile et juvénile obtenus à partir des données sur les enfants nés vivants et les enfants survivants. Malgré ce remplacement, des incohérences ont été détectées sur la structure de la mortalité aux âges élevés. Des corrections ont été apportées en procédant à un lissage graphique, s'il le faut, de certaines données atypiques de la structure de la mortalité à partir de 5 ans, tout en fixant les quotients de mortalité infantile et juvénile.

2.4.3 Méthode d'estimation du Taux Brut de Mortalité (TBM)

Le taux brut de mortalité est obtenu en rapportant les décès obtenus au cours de l'année sur la population moyenne de l'année. Ce taux est calculé par âge ou par groupes d'âges en rapportant les décès par âge ou par groupes d'âges sur les populations moyennes de ces âges ou groupes d'âges. Il a été retenu de prendre comme population moyenne, celle obtenue lors du recensement. Il s'agit de considérer la population recensée par groupes d'âges et par sexe lors du troisième recensement général de la population et de l'habitation à laquelle sont appliqués les taux de mortalité ajustés par groupes d'âges et par sexe. On obtient le nombre de décès ajustés par groupes d'âges et par sexe. Lorsqu'on rapporte ces décès aux populations de référence, on obtient le taux brut de mortalité.

2.4.4 Méthode d'estimation du Rapport de Mortalité Maternelle (RMM)

Le taux de mortalité maternelle calculé n'est qu'un rapport de mortalité maternelle en raison du fait que le numérateur ne se trouve pas dans le dénominateur. C'est par abus de langage que le Rapport de Mortalité Maternelle (RMM) est appelé souvent taux de mortalité maternelle.

Comme dans le RGPH de 1988, celui de 2003 n'a pas relevé les causes de décès qui devraient permettre d'identifier les décès maternels. De même, les données sur les causes cliniques de la mortalité en RCA à partir des statistiques du bulletin annuel d'information sanitaire n'ont pas permis la détermination de la part de la mortalité maternelle par âge parmi les décès observés au niveau des structures sanitaires. Eu

égard à cette contrainte, une méthode indirecte a été utilisée pour estimer le niveau du RMM. En fait, la mortalité maternelle a été approchée de façon indirecte en faisant des hypothèses sur la structure de la mortalité maternelle par groupe d'âges de femmes en âge de procréer (Dackam, 1989). Ainsi, les mêmes hypothèses du RGPH de 1988 ont été reconduites afin de faciliter l'observation de la tendance de la mortalité maternelle.

CHAPITRE 3. ANALYSE DES RESULTATS

3.1 NIVEAU ET STRUCTURE DE LA MORTALITÉ GÉNÉRALE EN RCA

Le niveau général de la mortalité en RCA est mesuré par deux indicateurs : le taux brut de mortalité et l'espérance de vie à la naissance. Ces indicateurs sont tirés de la table de mortalité (cf. annexe) qui fournit également les taux de mortalité par âge et l'espérance de vie à un âge donné.

3.1.1 Niveau global de la mortalité en RCA

En 2003, on compte un peu plus de 20 décès pour 1000 personnes pour l'ensemble du pays. Ce taux est supérieur à celui enregistré en 1988 qui était de 17 décès pour 1000 personnes.

Tableau MOR01: Taux Brut de Mortalité en RCA en 2003 selon le milieu de résidence et le sexe

Milieu de résidence	TBM en ‰		
	Ensemble	Hommes	Femmes
Urbain	18,11	19,48	16,71
Rural	22,06	24,26	19,82
RCA	20,36	22,36	18,40

Le niveau général de la mortalité varie selon le milieu de résidence (tableau MOR01). En milieu rural, le TBM se situe à 22 décès pour 1000 personnes contre 18 en milieu urbain. Cet indice est plus élevé chez les hommes (22,4 ‰) contre 18,4 ‰ chez les femmes. Aussi, quel que soit le milieu de résidence, le niveau de mortalité reste élevé chez les hommes.

Tableau MOR02 : Évolution du taux brut de mortalité de 1975 à 2003

Année	TBM en ‰		
	RCA	Urbain	Rural
RGPH 1975	18,00	-	-
RGPH 1988	16,70	13,50	18,50
RGPH 2003	20,06	18,11	22,06

L'examen du tableau MOR02 montre que le taux brut de mortalité qui résume les différents niveaux de mortalité spécifique, est passé de 18 ‰ en 1975 à 16,7 ‰ en 1988 puis à 20,06 ‰ en 2003. Ce niveau élevé de la

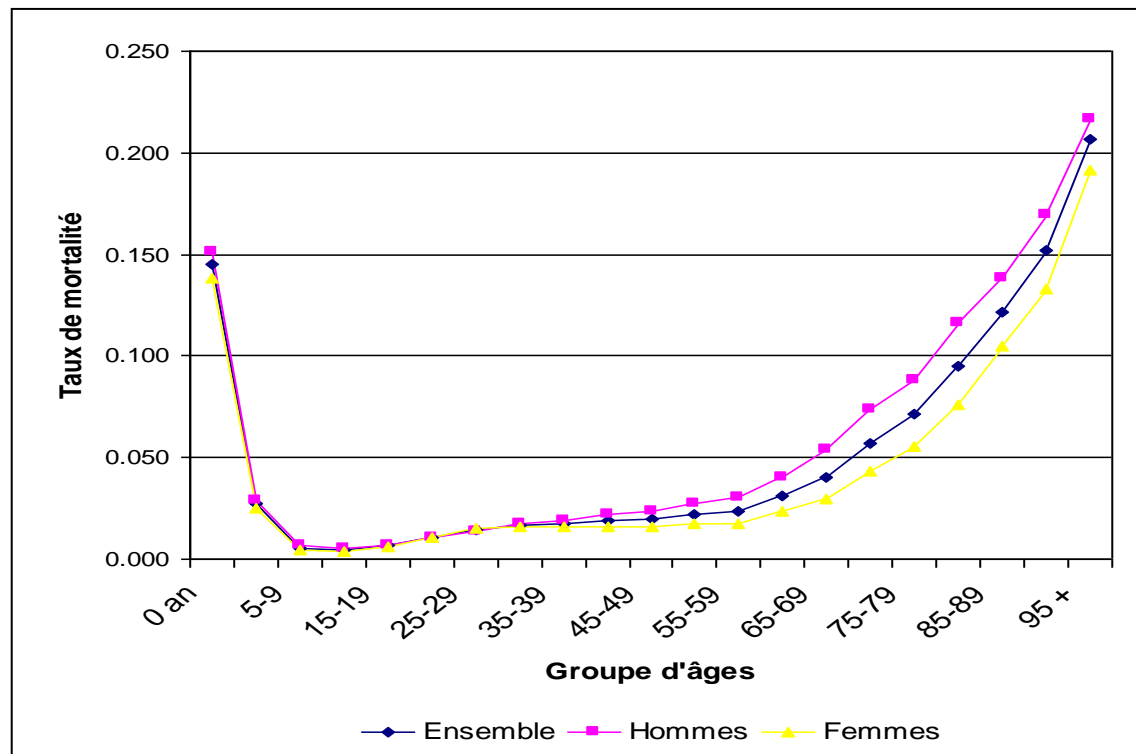
mortalité jamais atteint depuis 1975 serait imputable à la détérioration des conditions de vie de la population en général. Sur le plan sanitaire, cette situation pourrait s'expliquer entre autres par le faible taux de couverture vaccinale, les faibles proportions des accouchements assistés, le faible accès aux services de santé et la forte propagation de la pandémie du VIH/SIDA parmi les jeunes et les femmes.

3.1.2 Structure par sexe et par âge de la mortalité en RCA

Le taux brut de mortalité est un indicateur global qui ne rend pas compte des différences de mortalité selon le cycle de la vie. Une analyse des différents taux par âge est nécessaire pour mieux apprécier la structure de la mortalité.

Le graphique MOR01 ci-dessous montre la structure par âge de la mortalité en RCA. Cette structure est caractérisée par une forte mortalité des enfants et chez les personnes âgées. La courbe dont la forme en **J** penché correspond bien à celle d'un pays à forte mortalité. Par rapport au sexe, l'évolution des différents quotients de mortalité indique globalement que les personnes de sexe masculin courent relativement plus de risque de décéder que celles de sexe féminin, surtout aux âges élevés. On note cependant une légère surmortalité féminine aux âges de procréation, signe probable d'une forte mortalité maternelle.

Graphique MOR01 : Structure par âge et par sexe de la mortalité en RCA



3.1.3 L'espérance de vie à la naissance

- *Niveau National*

L'espérance de vie à la naissance est le nombre moyen d'années durant lesquelles un nouveau-né pourrait espérer vivre si les taux de mortalité par âge, tels qu'ils ont été calculés à l'année de sa naissance s'appliquaient de son vivant. C'est un indicateur des conditions de mortalité et, indirectement, des conditions de santé. Cet indicateur qui mesure la longévité humaine est le témoin des progrès réalisés ou de la détérioration dans le domaine de la santé publique et dans l'accès aux services de soins de base. Il est également le reflet de nombreuses influences sociales, économiques et environnementales. On peut le relier, par exemple, à la mortalité infantile et à la qualité de l'eau et de l'air. Cet indicateur est calculé pour les femmes et les hommes séparément par milieu de résidence.

Après avoir augmenté, au-delà même du niveau de 1975 (43 ans d'espérance de vie au RGP de 1975), l'espérance de vie à la naissance s'est en effet remise à baisser, et a retrouvé aujourd'hui un niveau de celui observé il y a 28 ans. D'après le recensement

général de la population de 2003, l'espérance de vie à la naissance est de 43 ans pour l'ensemble de la population en Centrafrique. Les hommes vivent moins longtemps que les femmes : 40 ans pour le sexe masculin et 46 ans pour le sexe féminin. La surmortalité masculine constatée plus haut, se confirme ici par une faible espérance de vie pour les hommes.

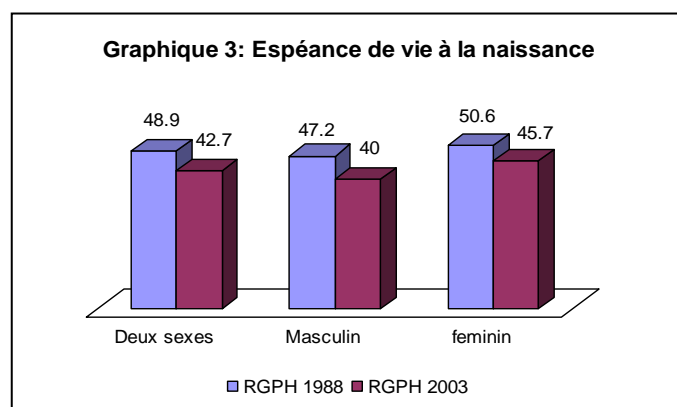
Tableau MOR03 : Évolution de l'espérance de vie à la naissance selon le sexe par le milieu de résidence

Milieu de résidence	Espérance de vie à la naissance en 1988			Espérance de vie à la naissance en 2003		
	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes
Urbain	52.1	49.9	54.2	43.8	41.5	46.4
Rural	47.1	45.7	48.5	41.8	39.2	45.0
RCA	48.9	47.2	50.6	42.7	40.0	45.7

Perte annuelle en espérance de vie	-0.4159	-0.4783	-0.3239
-------------------------------------------	---------	---------	---------

En référence aux résultats du RGPH de 1988 où l'espérance de vie à la naissance était de 49 ans (47 ans et 51 ans respectivement pour le sexe masculin et le sexe féminin), on constate cette fois-ci que le niveau de l'espérance de vie a fortement diminué de 6 ans depuis 1988, soit une perte annuelle de 0,4 an pour l'ensemble dont 0,5 an pour le sexe masculin et 0,3 an pour le sexe féminin (tableau MOR03).

Graphique MOR02 : Espérance de vie à la naissance selon le sexe



La surmortalité masculine est encore confirmée par l'écart de 5,7 ans qui sépare l'espérance de vie des hommes de celle des femmes. Quand on regarde cet indicateur selon le milieu de résidence, on constate un écart de 2 ans entre les deux milieux. En effet, en milieu urbain, si les conditions sanitaires et économiques actuelles sont

maintenues, un individu qui naît, espère vivre en moyenne 44 ans contre 42 ans en milieu rural.

Il ressort de ce qui précède que la RCA aurait perdu globalement plus d'années d'espérance de vie si les tendances de gain d'espérance de vie de 1975 à 1988, étaient maintenues jusqu'à 2003. En effet, sur cette base, on s'attendrait à un gain moyen d'espérance de vie de l'ordre de 0,4 an l'an, ce qui avoisinerait l'espérance de vie à la naissance en 2003 à 61 ans. En d'autres termes, en l'espace de 15 ans, la RCA aurait perdu environ 18 ans d'espérance de vie, soit 1,2 ans chaque année.

- *Niveau régional*

D'après le tableau MOR04 et la carte mor1 ci-dessous, de différences importantes en termes d'espérance de vie à la naissance apparaissent selon la région. Ainsi les populations vivant dans les régions 4 et 6 vivent en moyenne moins longtemps que celles résidant dans les autres régions. C'est la région 3 qui présente la plus forte espérance de vie avec 45,1 ans, suivie de la région 2 (44,1 ans) et la région 5 (43,8 ans).

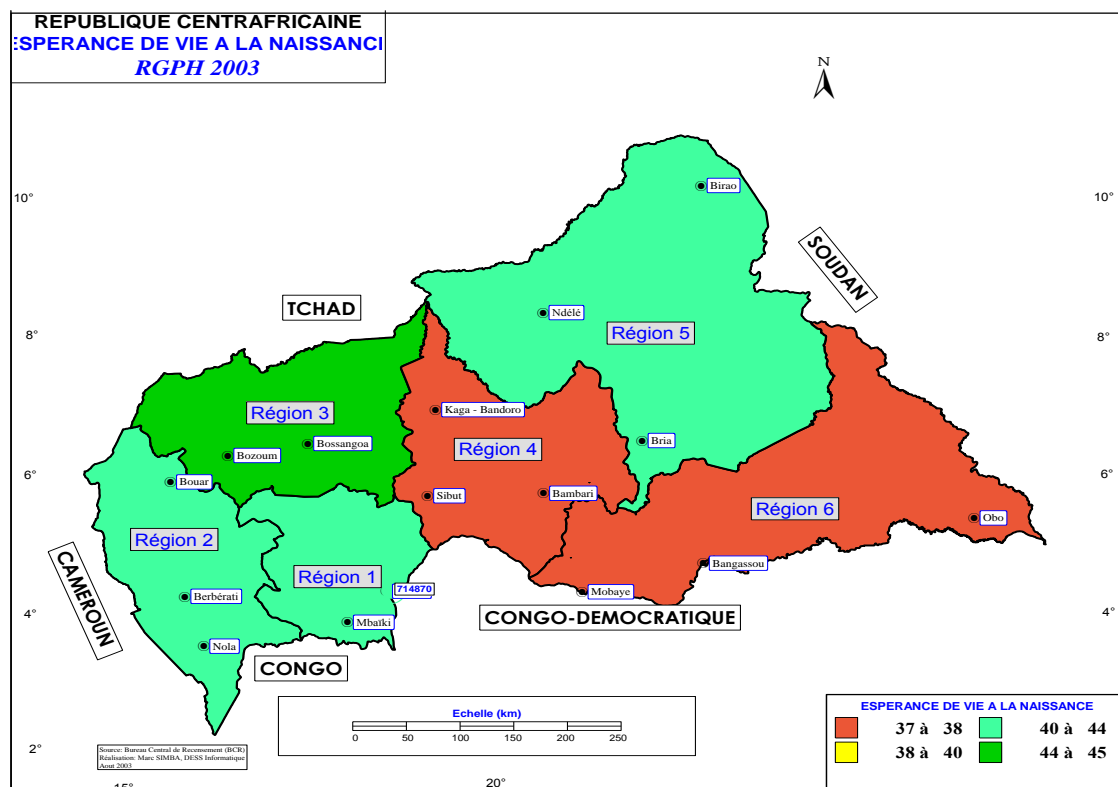
Tableau MOR04 : Espérance de vie à la naissance selon le sexe et par région

Région	Espérance de vie à la naissance		
	Ensemble	Masculin	Féminin
RCA	42.7	40.0	45.7
Région 1	42.5	40.3	46.8
Région 2	44.1	41.8	48.5
Région 3	45.1	44.2	46.1
Région 4	37.8	35.8	40.6
Région 5	43.8	41.9	46.0
Région 6	36.9	35.7	38.2
Région 7 (Bangui)	40.4	38.6	42.8

En somme, il ressort de cette analyse que les futurs progrès de l'espérance de vie de la population centrafricaine dépendront surtout de l'intensification des actions contre la pauvreté et le VIH/SIDA, notamment l'amélioration

significative de l'accès aux services de santé et de la qualité des soins.

Carte MOR01 : Espérance de vie à la naissance selon la région administrative



3.2 LA MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

Les enfants âgés de 0 à 4 ans révolus constituent le groupe le plus vulnérable. Ce groupe est relativement sensible à toute variation des conditions socio sanitaires, économiques et environnementales du milieu dans lequel ils évoluent. En RCA, les causes qui influencent le niveau de la mortalité des enfants sont nombreuses. D'après les statistiques sanitaires, les infections respiratoires et parasitaires, la malnutrition, le paludisme et les maladies évitables par la vaccination constituent les principales causes immédiates des risques de mortalité des enfants de moins de 5 ans. Ces causes déterminent le niveau de la mortalité.

3.2.1 Structure de la mortalité des enfants de moins de cinq ans

- *Niveau National*

Pour mieux ressortir les spécificités par rapport aux risques de décès des enfants de 0 à 5 ans, la mortalité peut être décomposée par âge et par sexe. D'après le tableau ci-dessous, le quotient de mortalité des enfants en RCA diminue avec l'âge, passant de 132 ‰ chez les enfants de moins d'un an à 101 pour mille chez ceux de 4 ans révolus.

Tableau MOR05 : Quotient de mortalité des enfants de moins de cinq ans par sexe et âge

Quotient de mortalité	Deux sexes (‰)	Garçons (‰)	Filles (‰)	Lorsqu'on fait intervenir le sexe, on constate que le niveau de mortalité des garçons est plus
Mortalité infantile ${}_1Q_0$	132	137	127	
Mortalité juvénile ${}_5Q_1$	101	108	95	
Mortalité infanto-juvénile ${}_5Q_0$	220	230	210	

élevé que chez les filles. Il en résulte un déséquilibre des risques de mortalité quel que soit l'âge et le sexe.

Quant à la tendance de la mortalité des enfants de moins de 5 ans (Tableau MOR06), elle va de 261 ‰ en 1975 (RGPH, 1975) à 211 ‰ en 1988 (RGPH-1988) en passant par 157 ‰ en 1995 (EDS, 1995) et 194 ‰ en 2000 (MICS, 2000). On note qu'après une baisse consécutive de la mortalité des enfants de 1975 à 1995 en RCA, la tendance s'est renversée depuis 2000 où on note une recrudescence de la mortalité des enfants dont le niveau en 2003 dépasse celui de 1988.

Tableau MOR06 : Tendance de la mortalité des enfants depuis 1975

Année	Infanto-juvénile (‰)	Ce niveau élevé de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans est probablement le résultat de l'aggravation des conditions de vie dans le pays ces dernières années, notamment les conditions sanitaires. La destruction et le pillage des infrastructures sanitaires dans plusieurs régions du pays, le déplacement des populations dans la brousse fuyant les conflits sont autant de facteurs qui pourraient avoir un impact important sur la survie des enfants. Cette situation, synonymes de malnutrition, de faible couverture
RGPG 1975	261	
RGPH 1988	211	
EDS 1995	157	
MICS 2000	194	
RGPH 2003	220	

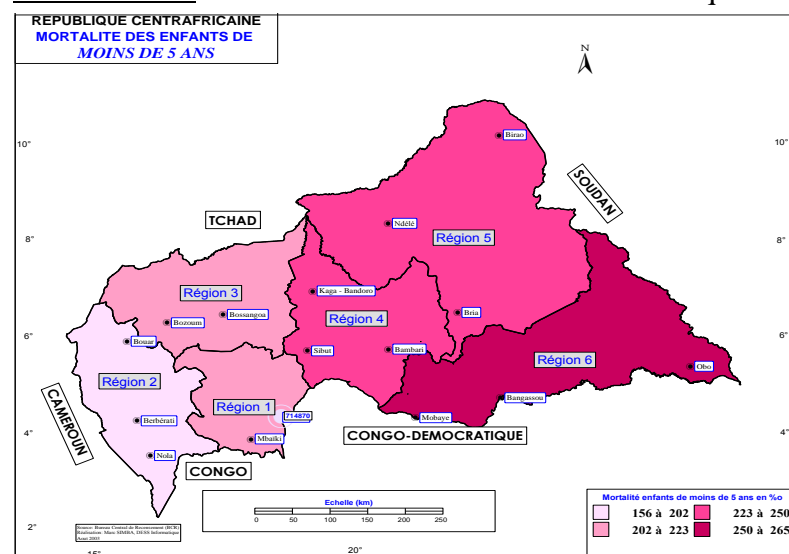
vaccinale, d'augmentation des maladies diarrhéiques et autres infections et accouchements non assistés par un personnel qualifié, ne peut qu'augmenter les risques de mortalité chez les enfants.

Ce qui indique les efforts jusque là consentis pour lutter contre la mortalité des enfants semblent être insuffisants ou annihilés par les effets des crises récurrentes qu'a connues le pays au cours de cette période.

- *Niveau régional et préfectoral*

Au niveau des régions et préfectures, les effets des crises sur la survie des enfants varient d'une région à une autre. Le tableau 8 et la figure ci-contre montre qu'à l'exception des régions 1, 2 et 7, toutes les autres régions ont enregistré de forts taux de mortalité infanto-juvénile dépassant la moyenne nationale. Cette situation est encore plus grave dans les régions ayant été victimes directes ou indirectes des conflits armés, à savoir la région 6, 4 et 3. Le Sud-est du pays est la région qui présente la plus forte mortalité des enfants.

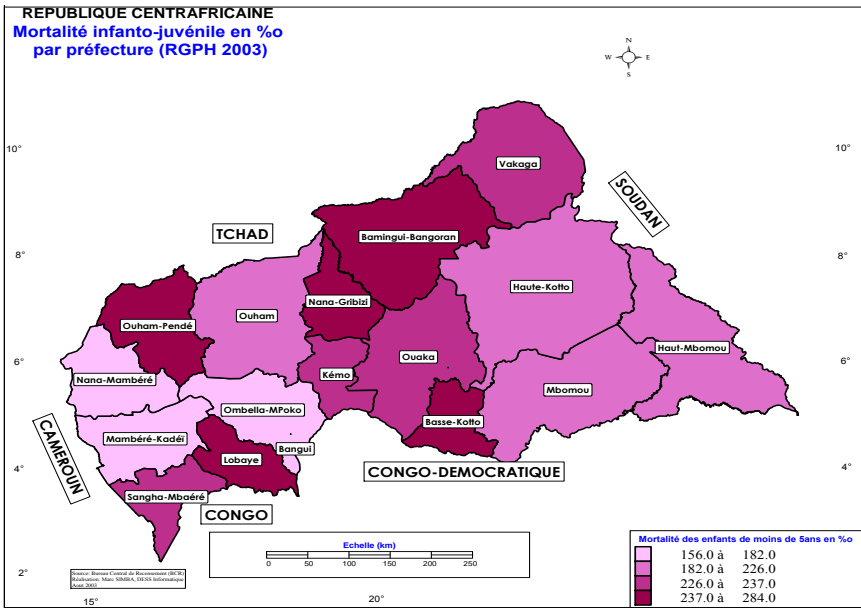
Carte MOR02 : Mortalité des enfants de moins de cinq ans selon la région



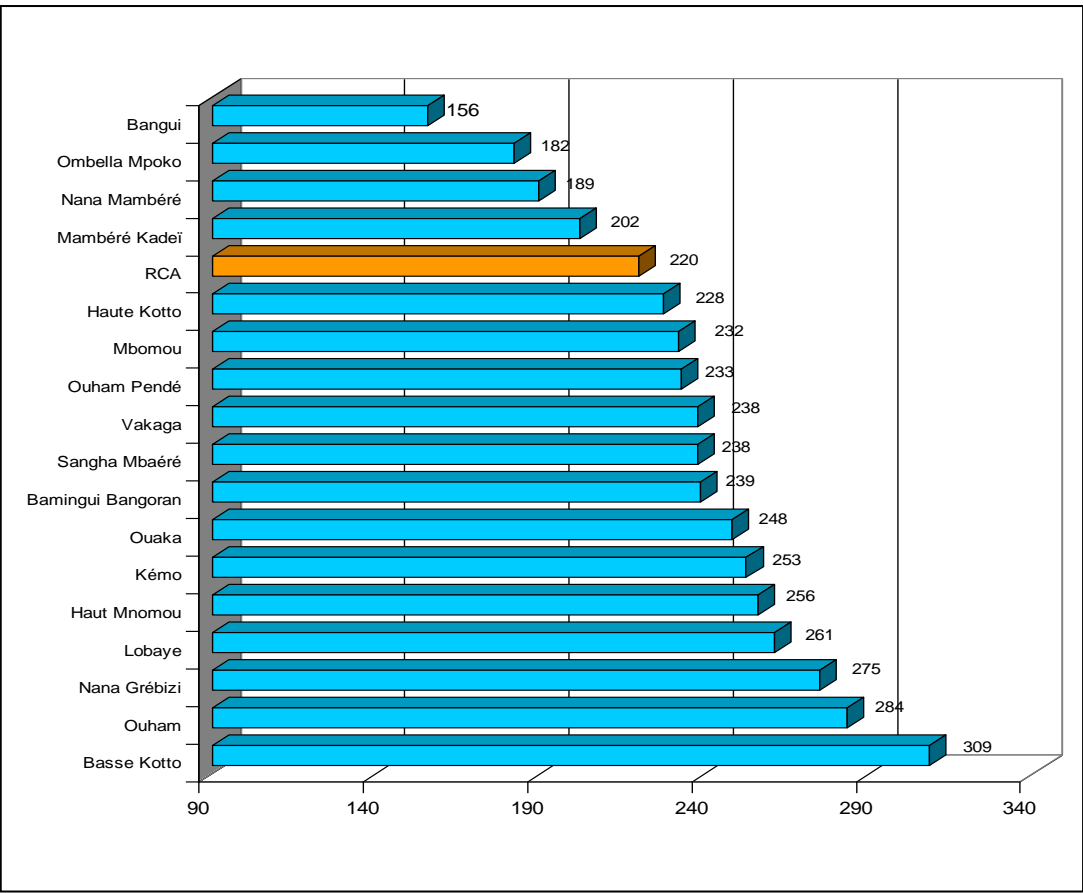
Aussi, des disparités importantes existent quand on regarde les variations de la mortalité d'une préfecture à une autre. Le graphique MOR03 et la carte MOR3 donnent une illustration de cette variation. Il ressort que les préfectures situées à l'extrême Est du pays et celles ayant été victimes des derniers conflits (Nana-Gribizi, Ouham, Kémo et Ouaka) sont celles qui présentent les plus forts taux de mortalité infanto-juvénile, ce qui indique que les derniers conflits ont fait payer un lourd tribut aux enfants résidant dans les zones de conflit. Par contre, les enfants résidant dans la ville de Bangui présentent un niveau de mortalité relativement moins élevé que ceux résidant à l'intérieur du pays. Cette situation pourrait s'expliquer par la plus forte concentration des services de soins de qualité pour les enfants à Bangui. Par exemple, le seul complexe pédiatrique de la RCA se trouve à Bangui y compris 57% du personnel de santé de la RCA (SNIS, 2000). Cette situation semble aussi bénéficier aux enfants de la préfecture de l'Ombella-M'Poko dont les principales villes, Bimbo et Begoua sont à proximité de Bangui. Viennent ensuite la Nana-Mambéré et la Mambéré-Kadéï, deux préfectures ayant été épargnées par les derniers conflits,

affichent des taux de mortalité des enfants inférieurs à la moyenne nationale (cf. carte ci-dessus).

Carte MOR03 : Mortalité des enfants de moins de cinq ans selon la préfecture



Graphique MOR03 : Mortalité des enfants de moins de cinq ans selon la préfecture



Par contre, la préfecture de la Basse Kotto est celle qui présente le plus fort taux de mortalité infanto-juvénile en RCA. Cette préfecture limitrophe de la République Démocratique du Congo avait abrité un nombre relativement important de déplacées ayant fui la guerre en RDC. Cet afflux de population au cours de 5 dernières années précédant le recensement, aurait créé une forte demande non satisfaite en matière des services de soin dans cette préfecture. Cette hypothèse qui est valable dans les autres préfectures limitrophes à la RDC comme la Ouaka et la Lobaye où les niveaux de la mortalité des enfants sont anormalement élevés, surtout dans la Lobaye où il y a eu à Molangoué un camp important de réfugiés Congolais. A titre comparatif, la mortalité infanto-juvénile des enfants réfugiés en Centrafrique se trouve le plus élevé, de l'ordre de 334 décès pour mille (cf. thème du RGPH 2003 sur les réfugiés).

Ce qui indique que les conflits internes et ceux des pays voisins auraient contribué à aggraver la situation sanitaire des enfants en RCA, surtout dans les zones où ces conflits ont eu lieu ou ayant reçu des populations déplacées ou réfugiés

Tableau MOR07: Quotients de mortalité infanto-juvénile selon le sexe et la région ou la préfecture, 2003

Région	Préfecture	Mortalité infanto-juvénile en ‰		
		Ensemble	Hommes	Femmes
Ensemble	RCA	220	230	210
Région 1	Ombella-M'Poko	182	192	173
	Lobaye	261	267	256
	Total Région 1	210	229	202
Région 2	Mambéré-Kadéï	202	210	192
	Nana-Mambéré	189	192	187
	Sangha-Mbaéré	238	258	216
	Total Région 2	202	207	197
Région 3	Ouham-Pendé	233	240	225
	Ouham	284	289	278
	Total Région 3	223	257	244
Région 4	Kémo	253	258	248
	Nana-Gribizi	275	282	269
	Ouaka	248	257	239
	Total Région 4	250	259	242
Région 5	Bamingui-Bangoran	239	250	228
	Haute-Kotto	228	248	204
	Vakaga	238	250	224
	Total Région 5	227	242	210
Région 6	Basse-Kotto	309	326	291
	Mbomou	232	248	214
	Haut-Mbomou	256	269	241
	Total Région 6	265	284	247
Région 7	Bangui	156	167	146

Dans les paragraphes qui suivent, un accent particulier sera mis sur la mortalité des enfants de 0 à 11 mois ainsi que ceux âgés de 1 à 4 ans.

3.2.2 La mortalité infantile

La mortalité infantile concerne les enfants âgés de moins d'un an. Cet indicateur de la qualité de vie d'une population, est évalué par le quotient de mortalité infantile. En 2003, le quotient de mortalité infantile au niveau national est de 132 ‰. Ce niveau est demeuré le même à celui de 1988.

Tableau MOR08 : Quotients de mortalité infantile selon le sexe et le milieu de résidence, 2003

Milieu de résidence	Garçons (‰)	Filles (‰)	Ensemble (‰)
Urbain	122	111	116
Rural	145	136	141
Ensemble	137	127	132

L'analyse selon le sexe, montre que la mortalité des garçons (137 ‰) est largement supérieure à celle des filles (127 ‰). Cette situation se confirme si on tient compte du milieu de résidence. En plus, les

enfants de moins d'un an vivant en milieu rural (141 ‰) courent plus de risque de décéder que ceux vivant en milieu urbain (116 ‰).

Tableau MOR09 : Tendances de la mortalité infantile depuis 1975

Année et sources	Mortalité Infantile (‰)
RGPG 1975	185
RGPH 1988	132
EDS 1995	97
MICS 2000	131
RGPH 2003	132

Quant à la tendance de la mortalité des enfants de moins d'un an, il ressort du tableau ci-dessous qu'après la baisse observée jusqu'à 1995, la mortalité infantile s'est remise à augmenter pour retrouver le niveau de la mortalité infantile atteint en 1988. Ce qui indique que les efforts consentis ont été en grande partie annihilés par les différentes crises militaro politiques.

3.2.3 La mortalité juvénile

La mortalité des enfants âgés de 1 à 4 ans est mesurée par le quotient de mortalité juvénile. Le niveau de cet indicateur en 2003 est de 106 ‰ pour l'ensemble du pays (tableau MOR10). Ce niveau se trouve au-delà de celui enregistré en 1988 qui est de 91 ‰ (graphique mor6).

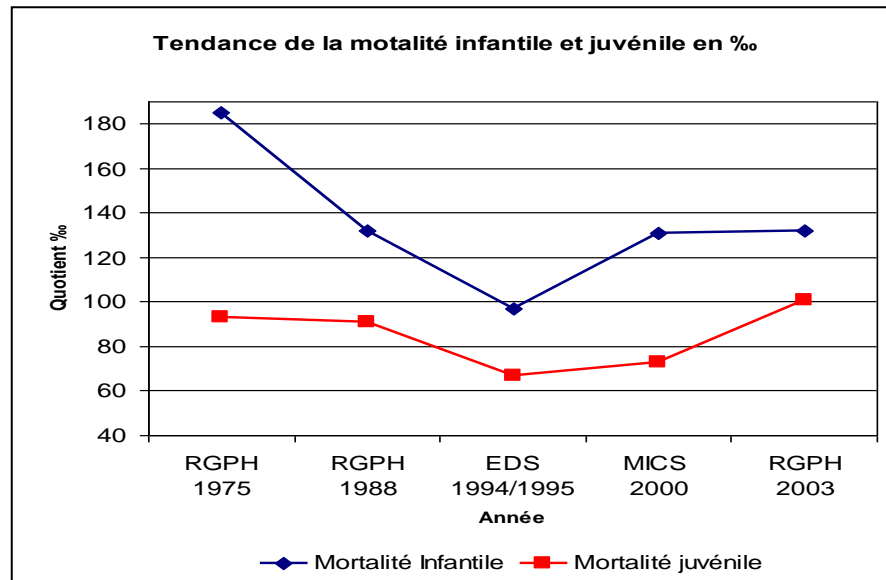
Tableau MOR10 : Niveau de la mortalité juvénile en 2003

Milieu de résidence	Garçons (‰)	Filles (‰)	Ensemble (‰)
Urbain	89	76	82
Rural	119	106	113
Ensemble	108	95	101

Selon le sexe, la mortalité juvénile est de 95 ‰ pour les filles et de 108 ‰ pour les garçons. Il varie également selon que l'enfant vit en milieu rural (113 ‰) ou en milieu urbain (82 ‰).

Le rapport de « quotient de mortalité juvénile sur le quotient de mortalité infantile » donne une indication sur le niveau de la malnutrition chez les enfants (Dackam, 1980 ; Akoto, 1989; Quenum, 1969). Ce rapport donne 0,76 pour l'ensemble du pays, il est plus élevé que celui enregistré en 1988 qui était de 0.69. Ce qui indique une détérioration de la situation nutritionnelle des enfants. Cette situation implique des efforts à consentir pour améliorer et étendre la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.

Graphique MOR04 : Tendance de la mortalité infantile et juvénile



Par ailleurs, après la baisse de la mortalité de 1988 à 1995, la tendance s'est inversée. L'évolution à la hausse du quotient de la mortalité juvénile par rapport à celui de la mortalité infantile s'est accentuée de

2000 à 2003. Le graphique 6 qui suit, illustre cette évolution des quotients de mortalité juvénile par rapport à la mortalité infantile.

3.3 ANALYSE DIFFÉRENTIELLE DE LA MORTALITÉ

Certains facteurs sociaux, culturels, économiques et environnementaux déterminent indirectement les niveaux de la mortalité chez les enfants. L'analyse différentielle de la mortalité des enfants se fera par rapport au niveau d'instruction et à l'état matrimonial de la mère.

3.3.1 Niveau d'instruction des mères

Le niveau d'instruction des parents notamment celui de la mère est un facteur déterminant du niveau de la mortalité des enfants. Plusieurs raisons militent en faveur de l'instruction de la mère. D'abord, les mères instruites ont tendance à se marier et à avoir des enfants beaucoup plus tard que les femmes sans instruction. Aussi, il y a une forte corrélation entre le niveau d'instruction de la mère et le degré de connaissances des besoins en matière de nutrition, des connaissances des maladies courantes de l'enfant, de l'intérêt de la prévention, de l'hygiène, de la contraception qui sont autant des aspects qui influencent directement l'état de santé de l'enfant.

L'analyse des données du tableau MOR11 ci-dessous sur la mortalité des enfants selon le niveau d'instruction de la mère montre que plus le niveau d'instruction de la mère est élevé, moins est le niveau de la mortalité des enfants. Par exemple, le

quotient de mortalité infantile passe de 139 ‰ pour les enfants dont les mères n'ayant aucun niveau d'instruction à 122 ‰ si la mère a le niveau primaire, 94‰ si le niveau est secondaire et à 80 ‰ si la mère a atteint le niveau supérieur. Cette tendance est la même pour les quotients de mortalité juvénile et infanto-juvénile

Tableau MOR11 : Mortalité infantile et infanto-juvénile selon le niveau d'instruction de la mère

Niveau d'instruction de la mère	Mortalité infantile (‰)			Mortalité juvénile (‰)			Mortalité infanto-juvénile (‰)		
	Ens.	Garçons	Filles	Ens.	Garçons	Filles	Ens.	Garçons	Filles
Sans instruction	139	142	135	110	114	105	234	240	226
Primaire	122	126	117	88	94	83	199	208	190
Secondaire	94	96	92	57	59	55	146	149	142
Supérieur	80	88	74	44	51	38	120	135	109
RCA	132	137	127	101	108	95	220	230	210

En somme, les enfants issus des mères analphabètes ou sans instruction courent plus de risques de mourir que ceux dont la mère est instruite. La lutte contre la mortalité infantile doit concerner non seulement les services de santé maternelle et infantile mais aussi et surtout l'éducation des filles et l'alphabétisation des femmes pour un changement de comportement.

3.3.2 État matrimonial

La société Centrafricaine considère le mariage comme le seul cadre dans lequel peuvent se constituer les descendance. Par contre, les naissances « illégitimes » ne sont pas toujours bien acceptées ou intégrées. On estime que les enfants hors mariage ou de familles monoparentales seraient plus exposés à des risques élevés de décès que ceux dont les mères sont mariées. Cette situation entraîne des problèmes d'insuffisance de prise en charge des enfants appartenant à des familles monoparentales (c'est-à-dire, des mères célibataires, divorcées, veuves ou séparées) en raison du poids de la pauvreté.

Les études effectuées ailleurs, ont montré que le taux de mortalité est beaucoup plus élevé pour les enfants des mères célibataires que pour ceux des mères mariées; il s'agit souvent d'une surmortalité de 50 pour cent ou plus. Les données de l'enquête sur la mortalité infantile et juvénile réalisée à Yaoundé (EMIY) montrent une surmortalité de plus de 70 pour cent. En ce qui concerne les données du RGPH-2003, le niveau de la mortalité des enfants des mères mariées est largement inférieur à celui des enfants des femmes non mariées. On note également que les enfants des mères non mariées (divorcées ou séparées ou veuves) courent plus de risques de décès que ceux des mères célibataires.

Tableau MOR12 : Mortalité infantile et infanto-juvénile selon l'état matrimonial de la mère

État matrimonial	Mortalité infantile (‰)			Mortalité juvénile(‰)			Mortalité infanto-juvénile (‰)		
	Ens.	Garçons	Filles	Ens.	Garçons	Filles	Ens.	Garçons	Filles
Célibataires	132	138	126	101	108	94	220	231	208
Monogame	126	129	123	94	98	90	208	214	202
Polygame	134	137	131	104	107	100	224	229	218
Veuves	135	142	128	105	114	96	226	240	212
Séparées	137	145	129	107	118	97	229	246	213
Divorcées	151	159	142	126	138	114	258	275	240
RCA	132	137	127	101	108	95	220	230	210

3.4 LA MORTALITÉ MATERNELLE

Le ratio de mortalité maternelle (TMM) s'exprime en décès maternels pour 100.000 naissances. Il est généralement mesuré à partir des décès maternels annuels rapportés aux naissances vivantes au cours de l'année. Cette mortalité qui évalue les décès maternels comprend les décès des femmes en cours de grossesse, pendant l'accouchement et dans les 42 jours après l'accouchement (suites de couches). La population de référence est celle des femmes en âge de procréer, c'est-à-dire celle âgées de 15-49 ans.

Cependant, le recensement général de la population et de l'habitation de 2003 n'a pas recueilli ces informations sur les décès dus aux causes maternelles par groupe d'âges. En l'absence de ces données, il a été retenu une estimation de la mortalité maternelle à partir d'une distribution théorique des décès dus aux causes maternelles par groupe d'âges. L'application de cette distribution à l'ensemble des décès (toutes causes confondues) des femmes en âge de procréer, donne une estimation des décès maternels. Cette méthode est applicable aux pays à forts taux de mortalité générale (Dackam, 1989). Il convient de noter que cette méthode a été également utilisée pour estimer la mortalité maternelle au recensement de 1988.

La distribution théorique comporte trois hypothèses : une hypothèse forte, une moyenne et une faible. Le nombre de naissances annuelles utilisé dans le calcul du taux de mortalité maternelle, est estimé à partir de la structure par âge de la fécondité du RGPH 2003 qui donne 122004 naissances. Compte tenu de la limite de cette méthode, l'estimation de la mortalité maternelle est calculée seulement pour le niveau national. On retiendra l'hypothèse moyenne en admettant que la proportion des décès maternels est plus élevée chez les adolescentes (15-19 ans) et chez les femmes âgées (45-49 ans).

Le tableau ci-dessous présente les résultats de cette procédure. Il en ressort que le niveau de la mortalité maternelle en RCA est très élevé en 2003. Il se situe entre 1.007 à 1.478 décès pour 100.000 naissances vivantes. En retenant l'hypothèse moyenne, il serait de **1.355 décès pour 100.000 naissances vivantes**. Il est à noter que le Rapport Mondial sur la Population de 2004 l'estime à 1100 décès pour 100000 naissances vivantes.

Tableau MOR13 : Mortalité maternelle (niveau national) en 2003

Groupe d'âges	Ensemble décès femmes	Hypothèse forte		Hypothèse moyenne		Hypothèse faible	
		Distribution théorique	Décès maternels	Distribution théorique	Décès maternels	Distribution théorique	Décès maternels
15-19	1.080	0,25	270	0,20	216	0,15	162
20-24	1.586	0,15	238	0,15	238	0,10	159
25-29	1.792	0,15	269	0,15	269	0,10	179
30-34	1.593	0,15	239	0,15	239	0,10	159
35-39	1.336	0,20	267	0,20	267	0,15	200
40-44	1.102	0,25	275	0,20	220	0,15	165
45-49	814	0,30	244	0,25	204	0,25	204
Total	9.304		1.803		1.653		1.228
RMM pour 100.000 naissances			1.478		1.355		1.007

A titre comparatif, dans le monde, il se produit 430 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes. Ce chiffre est de 480 dans les pays en voie de développement et de 27 dans les pays industrialisés. C'est en Afrique subsaharienne que les chiffres de mortalité maternelle sont les plus élevés car dans certains pays africains, on estime à plus de 1.000 décès pour 100 000 naissances vivantes : par exemple, dans la sous région de l'Afrique centrale, la RCA figure parmi les pays à forte mortalité maternelle avec l'Angola (1.700 décès pour 100.000 naissances), le Tchad et le RDC avec un chiffre de 1100 décès pour 100.000 naissances vivantes chacun. Le niveau le plus bas est enregistré au Gabon et au Congo, avec respectivement, 420 et 510 décès pour 100.000 naissances vivantes.

En RCA, si on se réfère aux niveaux de la mortalité maternelle des années passées, la tendance est régulièrement à la hausse. Le niveau est passé de 683 décès pour 100.000 naissances vivantes en 1988 (RGPH, 1988) à 948 en 1995 (EDS, 1995) pour atteindre 1355 en 2003. Ces chiffres indiquent que le risque de décès que courent les femmes pour chaque grossesse est de plus en plus élevé en Centrafrique depuis plus d'une dizaine d'années.

CHAPITRE 4. IMPLICATIONS DES RESULTATS ET RECOMMANDATIONS

La RCA a signé et ratifiée la Convention des Nations Unies sur les Droits de l'Enfant et la Convention pour l'élimination de toutes les formes de Discrimination à l'égard des Femmes (CEDEF) et a réaffirmé lors de la CIPD+10 en 2004, ses engagements pour la mise en œuvre des recommandations de ladite conférence en vue de l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le Développement. A ce titre et eu égard aux nombreux défis qui se posent à la RCA en matière de santé publique en général et de santé de la reproduction en particulier, le Gouvernement centrafricain a adopté en 2003, une politique nationale en santé de la reproduction et a formulé en 2004, un plan opérationnel pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et un Programme National de Développement Sanitaire, en cours de finalisation. Ces mesures importantes témoignent de la volonté politique du Gouvernement à assurer à la population centrafricaine notamment aux groupes les plus vulnérables, un meilleur niveau de santé possible et lutter contre toutes les causes de mortalité et de morbidité.

L'analyse des résultats du recensement de 2003 a montré que les problèmes de santé en Centrafrique sont plus graves que dans les années passées et constituent aujourd'hui une vraie menace pour la survie d'une frange de plus en plus grande de la population notamment les enfants, les femmes et les jeunes. Il en découle que les défis à relever sont également très nombreux et à la hauteur des problèmes, nécessitant une plus forte mobilisation qui doit s'inscrire dans la durée.

4.1 IMPLICATIONS

En effet, l'analyse des résultats sur la mortalité qui précède, a fait ressortir trois faits majeurs :

- La population centrafricaine vit de moins en moins longtemps : les jeunes et les femmes payent le plus fort tribut ;
- Une mortalité maternelle très élevée et régulièrement en hausse : une situation inquiétante ;
- Une mortalité élevée des enfants, signe d'une dégradation des conditions de survie.

4.1.1 La population centrafricaine vit de moins en moins longtemps

De 1960 à 1988, la RCA avait significativement accru l'espérance de vie de sa population. Cependant, depuis plus d'une dizaine d'années, en raison des crises récurrentes dans le pays, de la pauvreté extrême et de l'expansion du VIH/SIDA, l'espérance de vie a chuté de 49 ans à 43 ans.

Les conséquences du VIH/SIDA sur la mortalité des adultes sont particulièrement marquées notamment pour les personnes âgées de 20 à 40 ans et proportionnellement plus chez les femmes et les jeunes. En 2003, la probabilité pour un jeune de 15 ans de mourir avant 60 ans a dramatiquement augmenté. Ce qui implique que plus de la moitié de jeunes qui ont aujourd'hui 15 ans risque de ne pas atteindre leur

soixantième anniversaire. Cette situation reflète également les insuffisances quant à l'accès aux services de soins de qualité et aux traitements antirétroviraux.

Le niveau actuel de la prévalence du VIH/SIDA dans le pays conjugué avec l'effondrement du système de santé fait payer à l'État, aux individus et aux familles un tribut exorbitant. Cette situation efface des décennies de progrès social, économique et sanitaire, amputant l'espérance de vie de plusieurs années, ralentissant la croissance économique, aggravant la pauvreté et contribuant aux pénuries alimentaires chroniques avec son cortège de malnutrition chez les enfants et les femmes enceintes.

Cette situation met en cause la capacité à court terme de la RCA à riposter efficacement et prétendre se rapprocher des Objectifs du Millénaire pour le développement.

Si la riposte à ce problème de soins de santé et de prévention des maladies, notamment le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA n'est pas renforcée de façon significative, la prévalence du VIH/SIDA pourrait avoisiner celui des pays d'Afrique australe. D'où les inquiétudes quant à l'amélioration des conditions de vie et de survie de la population. D'après la Division de la Population des Nations Unies (2003), dans les sept pays africains où la prévalence du VIH/SIDA dépasse 20%, l'épidémie réduira la population de plus du tiers d'ici 2025.

4.1.2 Une mortalité maternelle très élevée et régulièrement en hausse

En 2003, sur 100.000 naissances vivantes, il se produit environ 1.355 décès maternels. L'analyse des résultats a montré que la mortalité maternelle est en hausse régulière depuis 1988 dont le niveau était de 683 décès pour 100.000 naissances vivantes. Ces chiffres indiquent que le risque de décès que courent les femmes pour chaque grossesse se révèle de plus en plus élevé en Centrafrique. Ces chiffres traduisent non seulement la mauvaise santé des femmes pendant la grossesse mais aussi la disponibilité et la mauvaise qualité des soins obstétricaux offerts.

L'effondrement du système de santé suite aux multiples crises intervenues dans le pays, a fortement contribué à la dégradation de la qualité des soins obstétricaux offerts dans les formations sanitaires. Ce qui aggrave de l'état de la santé précaire de la femme pendant et après la grossesse.

D'après les statistiques sanitaires de 2000 et 2003, les causes de décès maternels sont nombreuses : on cite en première position en ce qui concerne les causes directes, l'hémorragie, ensuite, les infections, les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions, l'éclampsie, la dystocie, les mauvaises conditions d'hygiène et la prise en charge inappropriée de l'accouchement. A cela s'ajoute en synergie la montée de la pandémie du VIH/SIDA.

Aussi, faut-il ajouter les causes indirectes qui relèvent des pesanteurs socioculturelles et des facteurs économiques liés à la pauvreté. En effet, le manque de pouvoir de décision des femmes, les interdits alimentaires pendant et après la grossesse et les difficultés qu'elles ont à accéder aux ressources et aux services disponibles font peser un risque important sur la santé reproductive et la maternité avant même le début de la

grossesse. Ces facteurs compromettent les chances pour les femmes de jouir d'une santé satisfaisante pendant et après la grossesse. Ces facteurs peuvent se résumer ainsi :

1. **Un accès limité à l'information et aux soins :** d'après l'enquête MICS 2000, les femmes centrafricaines sont insuffisamment informées parce qu'elles n'ont pas accès à l'information et continuent à accepter la douleur et la souffrance comme étant une fatalité en soi. Elles sont nombreuses à ne pas comprendre que la grossesse demande des soins particuliers, c'est-à-dire, nombreuses sont celles qui ne savent pas reconnaître les signes de danger pendant la grossesse ni où et quand solliciter une aide médicale. D'après l'OMS, la plupart des décès maternels pourraient être évités si les femmes avaient accès à des soins médicaux de base durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum.
2. **Leur statut limite leur capacité à prendre des décisions :** c'est généralement le mari ou un autre membre de la famille qui décide si la femme doit aller dans un centre de santé.
3. **Des relations de mauvaise qualité avec les prestataires de soins de santé :** Les femmes ont tendance à répugner l'utilisation des services de santé, car elles trouvent les prestataires peu coopérants et insensibles aux conditions dans lesquelles elles vivent. Les rapports avec les prestataires sont parfois angoissants et humiliants pour les femmes. A cela s'ajoute le rackettage systématique par certains prestataires de services de soins obstétricaux. Cette situation souvent dénoncée en public, a tendance à amener les femmes à prendre le risque d'accoucher à domicile.
4. **La mauvaise qualité de soins obstétricaux :** la plupart des décès maternels surviennent pendant l'accouchement ou peu de temps après, alors que c'est précisément le moment où les femmes ont le moins de chance de recevoir les soins nécessaires. Dispenser des soins de qualité pendant et immédiatement après la période critique que constituent le travail et l'accouchement est la principale intervention qui permet à elle seule d'éviter un grand nombre de décès.
5. **le faible pouvoir d'achat des femmes :** En RCA, on compte 7 personnes sur 10 qui sont pauvres. Cette pauvreté frappe plus les femmes et les enfants. Ainsi, un grand nombre de ces femmes sont souvent très démunies quand elles arrivent dans les formations sanitaires. Elles sont non seulement incapables de payer tous les services et les produits qu'on leur propose pour l'accouchement et le suivi post accouchement mais aussi elles éprouvent de grandes difficultés à accéder aux services de consultation prénatale.

4.1.3 Une mortalité élevée des enfants

La RCA est composée essentiellement des jeunes. Sur l'ensemble de la population centrafricaine, les enfants de moins de 15 ans représentent pratiquement 45% de la population totale et les enfants de moins de 5 ans environ 20 % de la population générale. Les naissances attendues sont estimées en moyenne à 122.000 par an.

Bien que le taux de survie des enfants de moins de 5 ans se soit amélioré globalement au cours des années 90, aujourd'hui, la situation s'est fortement détériorée. En effet, le niveau de la mortalité des enfants a commencé à augmenter depuis le début des années 2000 due pour partie à la montée du VIH/sida et aux multiples conflits. Sur 1000 enfants de moins de 5 ans, on compte aujourd'hui 220 qui décèdent avant leur cinquième année dont plus de la majorité se comptabilise seulement parmi les enfants de moins d'un an. En plus, une grande partie de ces décès seraient causés par des conditions traitables et évitables : diarrhée, pneumonie, rougeole, paludisme et malnutrition, VIH/SIDA, qui, combinées, concourent souvent au décès de l'enfant.

Face à cette situation, les défis à relever sont importants et nécessitent une stratégie appropriée de réduction de la mortalité et de la morbidité dues aux principales maladies de l'enfant à travers l'amélioration de la qualité de prise en charge de l'enfant que ce soit en cas de maladie ou à l'occasion de son suivi.

Au cours des décennies passées, à l'échelle mondiale, les programmes de santé de l'enfant notamment dans les pays en voie de développement visant des maladies spécifiques ont été riches en enseignements et ont permis de tirer des leçons intéressantes pour améliorer la prévention et la prise en charge des maladies de l'enfant. Ces leçons ont permis aujourd'hui d'élaborer une nouvelle stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME). Cette stratégie qui intègre tous les programmes de santé de l'enfant, permet d'aborder l'évaluation, la classification, le traitement des maladies qui sévissent chez les enfants de moins de cinq ans et le suivi de l'enfant. Parmi ces maladies, on compte les IRA, les maladies diarrhéiques, la malnutrition et le paludisme. En Centrafrique, la plupart des décès des enfants ont pour cause le paludisme, l'IRA (SNIS, 2003) et la malnutrition.

Cette prise en charge intégrée des maladies de l'enfant réserve aussi une place de choix aux conseils éducatifs relatifs aux aspects aussi bien curatifs que préventifs. Il est en effet important d'apprendre aux mères les signes évoquant une pathologie grave pour lesquels l'enfant doit être consulté en urgence et les soins à domicile (comment administrer un médicament par voie orale, augmenter l'apport en liquides en cas de diarrhée et traiter des infections localisées et l'hygiène corporelle et environnementale).

Pour faire bénéficier la majorité des enfants centrafricains, la mise en œuvre de cette stratégie nécessitera certes une forte mobilisation de ressources et une implication accrue de la communauté internationale en vue de renforcer le concept d'intégralité de la prise en charge de l'enfant dans les services de santé infantile et maternelle de la RCA. Il s'agit de mettre l'accent non pas comme cela s'est fait jusqu'alors sur la maladie, mais sur une approche globale de la condition de santé de l'enfant et de la mère.

4.2 RECOMMANDATIONS

4.2.1 Améliorer l'espérance de vie de la population

Une des voies porteuses, est de privilégier la combinaison de plusieurs initiatives pour relever les défis de la santé publique, particulièrement la lutte contre le VIH/SIDA chez les jeunes, il s'agit de :

1. Renforcer les capacités de lutte contre le VIH SIDA, le paludisme et la tuberculose avec des actions durables et ciblées pour toucher un grand nombre de la population ;
2. Améliorer la qualité et l'accès aux services de soins de santé ;
3. Renforcer les capacités de l'État, des individus et des familles à faire face aux conséquences du SIDA, notamment la population croissante des orphelins ;
4. Intégrer le SIDA et le genre dans la planification du développement ;
5. Lutter contre la pauvreté.

4.2.2 Inverser la tendance de la mortalité maternelle

Les défis qui découlent de cette situation dramatique de la mortalité maternelle, doivent amener le gouvernement avec l'appui des partenaires à :

1. Renforcer la mise en œuvre du Plan opérationnel pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle ;
2. Renforcer les capacités du système de santé pour améliorer l'offre des soins obstétricaux d'urgence ;
3. Améliorer les relations publiques entre les prestataires et bénéficiaires de services de soins obstétricaux dans les formations sanitaires ;
4. Améliorer l'accès aux services de soins obstétricaux et à l'information (dans ses aspects économiques, genre et droit aux soins de santé) ;
5. Promouvoir la femme (alphabétisation, scolarisation des filles, égalité et équité) ;
6. Améliorer l'accès aux services de santé de la reproduction ;
7. Développer des soins pré et postnatals de qualité ainsi que des structures d'accouchements appropriées le plus proches possible de la population.

4.2.3 Assurer la survie et le développement intégré des enfants

Les principales orientations pour lutter contre la morbidité et la mortalité des enfants consistent à :

1. Étendre au niveau national la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) ;
2. Améliorer le cadre de vie de l'enfant en luttant contre la pauvreté notamment par l'amélioration de l'accès plus large à l'eau potable et à de bons systèmes d'assainissement ;
3. Étendre sur l'ensemble du territoire le programme de PTPE (prévention de la transmission du VIH/Sida des parents à l'enfant) ;
4. Redynamiser tous les programme de prévention contre les maladies les plus courantes.

CONCLUSION GÉNÉRALE

La situation de la mortalité générale de la population centrafricaine a atteint un niveau plus élevé avec un taux brut de mortalité de 20 pour mille. Les quotients de mortalité des enfants âgés de 0-11 mois et de 0-4 ans sont respectivement de 132 et 220 pour 1000. Cette situation observée au niveau national est très variable au niveau des préfectures. Les enfants résidant dans les préfectures ayant été victimes des conflits armés et celles se trouvant enclavées du fait de ces conflits, sont ceux qui enregistrent les plus forts taux de mortalité, aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain.

L'effondrement du système de santé suite aux crises récurrentes qu'a connues le pays ces dernières années et la montée du VIH/SIDA, ont largement contribué à entretenir une mauvaise santé de la population. Cette situation s'est traduite par une perte importante de l'espérance de vie à la naissance. Depuis 1988, la perte annuelle est en moyenne de 0,4 an d'où un centrafricain qui naît ne peut espérer vivre en moyenne que 43 ans alors qu'en 1988, l'espérance de vie à la naissance était de 49 ans.

Par ailleurs, le niveau de la mortalité maternelle est également très élevé en RCA avec 1355 décès pour 100000 naissances vivantes alors que ce chiffre n'était que de 648 en 1988. L'objectif 5 du Millénaire pour le Développement qui est de réduire le ratio de la mortalité maternelle de trois quarts de 1990 à 2015, s'éloigne. Cependant, des actions vigoureuses doivent être consenties pour inverser la tendance à la hausse régulière observée depuis 1988 en vue d'améliorer les conditions de survie des mères.

Dans un contexte de pauvreté généralisé tel que celui de la RCA, il convient de gérer le secteur de la santé de manière synergique et multisectorielle car une bonne couverture en infrastructures sanitaires n'est pas l'unique préalable pour faire reculer les maladies voire la mortalité. D'importants efforts restent à faire par le Gouvernement, les partenaires et les communautés pour que l'objectif principal, celui de réduire significativement la pauvreté soit atteint pour espérer voir la RCA se rapprocher des Objectifs du Millénaire pour le Développement en 2015.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AIDLF, 1998 : « Morbidité et la mortalité infanto-juvénile en RCA ». In : *État et le devenir de la population de la RCA*. CEFORP, pp. 155-198.

Akoto E, Tabutin D., 1989 : « Les inégalités socio-économiques et culturelles devant la mort ». In : Pison G, Van de Walle et Sala-Diakanda (éd.) *Mortalité et Sociétés en Afrique au Sud du Sahara*, INED, PUF, Paris, pp. 35-64.

Barbieri M, 1991 : *Les déterminants de la mortalité des enfants dans le Tiers Monde*. Dossiers du CEPED, Paris 18 ; 33 p.

Bicego G, Ahmad B, 1996 : *Infant and child mortality*. DHS Comparative studies, 20: 58 p.

Boyer J., Bréart G., Delecour M., Dormont S. Houlemare, Papiernick E, Pechevis M. 1990 : *Réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement*. INSERM, Paris, 237 p.

Ministère de la Santé Publique et de Population de la RCA, 2003 : *Bulletin Annuel d'Information Sanitaire de 2000*, Édition de 2003.

Dakam, R. Ngatchou, 1989 : « Mesure de la mortalité maternelle applicable au cas du Cameroun ». In *Maternal Mortality Day*, Yaoundé (Centre de Reproduction Humaine, Centre Universitaire des Sciences de la Santé).

Diallo F. B. et al., 1998 : « Mortalité maternelle et facteurs de risque liés au mode de vie ». *Méd. Afr. Noire* 45(12), pp. 723-27.

Laourou M., 1994 : « Estimation de la mortalité en RCA à partir d'une Enquête à Passages Répétés (1981-1983) ». *Population*, pp. 119-144.

Laourou M., 1995 : *Mortalité différentielle selon la région de résidence en RCA*. GNUS Gennaio-Giugno, Rome, 1-2 (LI), 93 p.

Mboup G., 1997 : « Mortalité des enfants de moins de cinq ans ». In : Kodjogbé N et al. (éd.) *Enquête Démographique et de Santé 1996*. Macro International Inc. Calverton, Maryland USA, pp. 103-106.

Mboup G., 1996 : « Mortalité maternelle ». In : Kodjogbé N et al. (éd.) *Enquête Démographique et de Santé 1996*. Macro International Inc. Calverton, Maryland USA, pp. 113-118.

Meslé F, Vallin J., (1994) : *La mortalité dans le monde : tendance et perspectives*. Dossiers CEPED, Paris, 30, 25 p.

ANNEXES 0. TABLES DE MORTALITÉ

Table de mortalité de la RCA

Il convient de rappeler que l'évaluation des données sur la mortalité a permis de retenir une table de mortalité pour la RCA à partir du modèle Latino Américain. L'application de ce modèle aux données observées du RGPH-2003 a permis d'estimer les éléments de la table de mortalité de la RCA (ci-dessous):

Cette table de mortalité qui se présente selon le sexe, contient l'espérance de vie à la naissance $e(0)$, l'espérance de vie à un âge donné $e(x)$, les quotients de mortalité infantile et juvénile $q(x,n)$ et les taux de mortalité par âge $m(x,n)$.

Tableau MOR A.01 : Table de mortalité de la RCA selon le sexe (2003)

Age	Deux sexes				Hommes				Femmes			
	$q(x,n)$	$m(x,n)$	$l(x)$	$e(x)$	$q(x,n)$	$m(x,n)$	$l(x)$	$e(x)$	$q(x,n)$	$m(x,n)$	$l(x)$	$e(x)$
0	0.1320	0.1448	100,000	42.66	0.1370	0.1508	100,000	40.03	0.1270	0.1384	100,000	45.74
1	0.1010	0.0271	86,800	48.10	0.1080	0.0291	86,300	45.33	0.0950	0.0253	87,300	51.35
5	0.0276	0.0056	78,033	49.35	0.0334	0.0068	76,980	46.65	0.0213	0.0043	79,007	52.59
10	0.0222	0.0045	75,879	45.68	0.0266	0.0054	74,408	43.18	0.0173	0.0035	77,324	48.68
15	0.0320	0.0065	74,195	41.66	0.0349	0.0071	72,429	39.29	0.0291	0.0059	75,986	44.50
20	0.0527	0.0108	71,821	37.95	0.0536	0.0110	69,901	35.62	0.0517	0.0106	73,775	40.75
25	0.0700	0.0145	68,036	34.91	0.0677	0.0140	66,155	32.48	0.0724	0.0150	69,961	37.82
30	0.0811	0.0169	63,273	32.35	0.0834	0.0174	61,676	29.66	0.0783	0.0163	64,895	35.58
35	0.0843	0.0176	58,142	29.98	0.0921	0.0193	56,532	27.12	0.0764	0.0159	59,814	33.39
40	0.0907	0.0190	53,240	27.51	0.1034	0.0218	51,326	24.62	0.0778	0.0162	55,244	30.95
45	0.0943	0.0198	48,412	25.01	0.1119	0.0237	46,019	22.17	0.0760	0.0158	50,946	28.35
50	0.1043	0.0220	43,846	22.36	0.1265	0.0270	40,869	19.65	0.0834	0.0174	47,074	25.48
55	0.1128	0.0239	39,273	19.67	0.1418	0.0305	35,699	17.14	0.0848	0.0177	43,148	22.57
60	0.1445	0.0311	34,843	16.85	0.1821	0.0400	30,637	14.55	0.1125	0.0238	39,489	19.42
65	0.1833	0.0403	29,808	14.26	0.2377	0.0539	25,058	12.23	0.1376	0.0295	35,047	16.56
70	0.2491	0.0569	24,344	11.89	0.3102	0.0737	19,102	10.26	0.1948	0.0431	30,224	13.80
75	0.3022	0.0714	18,280	10.01	0.3590	0.0882	13,176	8.77	0.2426	0.0552	24,337	11.52
80	0.3810	0.0949	12,756	8.28	0.4437	0.1160	8,446	7.33	0.3199	0.0763	18,433	9.41
85	0.4602	0.1218	7,896	6.89	0.5032	0.1384	4,699	6.30	0.4114	0.1047	12,536	7.67
90	0.5383	0.1522	4,262	5.77	0.5757	0.1692	2,334	5.36	0.4914	0.1331	7,379	6.35
95 +	...	0.2064	1,968	4.85	..	0.2165	990	4.62	...	0.1915	3,753	5.22

Tableau MOR A.02 : Table de mortalité de la RCA (Deux sexes)

Âge (ans)	q(x,n)	d(x,n)	m(x,n)	l(x)	e(x)
0	0.1320	13,200	0.1448	100,000	42.66
1	0.1010	8,767	0.0271	86,800	48.10
5	0.0276	2,154	0.0056	78,033	49.35
10	0.0222	1,685	0.0045	75,879	45.68
15	0.0320	2,374	0.0065	74,195	41.66
20	0.0527	3,785	0.0108	71,821	37.95
25	0.0700	4,763	0.0145	68,036	34.91
30	0.0811	5,131	0.0169	63,273	32.35
35	0.0843	4,901	0.0176	58,142	29.98
40	0.0907	4,829	0.0190	53,240	27.51
45	0.0943	4,565	0.0198	48,412	25.01
50	0.1043	4,573	0.0220	43,846	22.36
55	0.1128	4,430	0.0239	39,273	19.67
60	0.1445	5,035	0.0311	34,843	16.85
65	0.1833	5,464	0.0403	29,808	14.26
70	0.2491	6,064	0.0569	24,344	11.89
75	0.3022	5,524	0.0714	18,280	10.01
80	0.3810	4,860	0.0949	12,756	8.28
85	0.4602	3,634	0.1218	7,896	6.89
90	0.5383	2,294	0.1522	4,262	5.77
95	...	1,968	0.2064	1,968	4.85

Tableau MOR A.03 : Table de mortalité de la RCA (Hommes)

Âge (ans)	q(x,n)	d(x,n)	m(x,n)	l(x)	e(x)
0	0.1370	13,700	0.1508	100,000	40.03
1	0.1080	9,320	0.0291	86,300	45.33
5	0.0334	2,571	0.0068	76,980	46.65
10	0.0266	1,979	0.0054	74,408	43.18
15	0.0349	2,528	0.0071	72,429	39.29
20	0.0536	3,747	0.0110	69,901	35.62
25	0.0677	4,479	0.0140	66,155	32.48
30	0.0834	5,144	0.0174	61,676	29.66
35	0.0921	5,207	0.0193	56,532	27.12
40	0.1034	5,307	0.0218	51,326	24.62
45	0.1119	5,149	0.0237	46,019	22.17
50	0.1265	5,170	0.0270	40,869	19.65
55	0.1418	5,062	0.0305	35,699	17.14
60	0.1821	5,579	0.0400	30,637	14.55
65	0.2377	5,956	0.0539	25,058	12.23
70	0.3102	5,925	0.0737	19,102	10.26
75	0.3590	4,730	0.0882	13,176	8.77
80	0.4437	3,748	0.1160	8,446	7.33
85	0.5032	2,364	0.1384	4,699	6.30
90	0.5757	1,344	0.1692	2,334	5.36
95	...	990	0.2165	990	4.62

Tableau MOR A.04 : Table de mortalité de la RCA (Femmes)

Âge (ans)	q(x,n)	d(x,n)	m(x,n)	l(x)	e(x)
0	0.1270	12,700	0.1384	100,000	45.74
1	0.0950	8,294	0.0253	87,300	51.35
5	0.0213	1,683	0.0043	79,007	52.59
10	0.0173	1,338	0.0035	77,324	48.68
15	0.0291	2,211	0.0059	75,986	44.50
20	0.0517	3,814	0.0106	73,775	40.75
25	0.0724	5,065	0.0150	69,961	37.82
30	0.0783	5,081	0.0163	64,895	35.58
35	0.0764	4,570	0.0159	59,814	33.39
40	0.0778	4,298	0.0162	55,244	30.95
45	0.0760	3,872	0.0158	50,946	28.35
50	0.0834	3,926	0.0174	47,074	25.48
55	0.0848	3,659	0.0177	43,148	22.57
60	0.1125	4,443	0.0238	39,489	19.42
65	0.1376	4,822	0.0295	35,047	16.56
70	0.1948	5,888	0.0431	30,224	13.80
75	0.2426	5,904	0.0552	24,337	11.52
80	0.3199	5,897	0.0763	18,433	9.41
85	0.4114	5,157	0.1047	12,536	7.67
90	0.4914	3,626	0.1331	7,379	6.35
95	...	3,753	0.1915	3,753	5.22

Tableau MOR A.05 : Table de mortalité de la RCA (Deux sexes / Milieu urbain)

Âge (ans)	q(x,n)	d(x,n)	m(x,n)	l(x)	e(x)
0	0.1164	11,645	0.1263	100,000	43.77
1	0.0888	7,850	0.0236	88,355	48.49
5	0.0213	1,712	0.0043	80,505	49.09
10	0.0183	1,444	0.0037	78,793	45.10
15	0.0267	2,063	0.0054	77,348	40.90
20	0.0565	4,253	0.0116	75,285	36.94
25	0.0737	5,238	0.0153	71,033	33.99
30	0.0839	5,517	0.0175	65,795	31.50
35	0.0948	5,713	0.0199	60,277	29.15
40	0.1002	5,465	0.0211	54,564	26.94
45	0.1029	5,051	0.0217	49,099	24.66
50	0.1119	4,927	0.0237	44,048	22.20
55	0.1247	4,879	0.0266	39,121	19.69
60	0.1465	5,015	0.0316	34,242	17.14
65	0.1741	5,088	0.0381	29,226	14.65
70	0.2306	5,566	0.0521	24,139	12.20
75	0.2866	5,322	0.0670	18,573	10.10
80	0.3692	4,893	0.0911	13,251	8.17
85	0.4621	3,862	0.1221	8,358	6.52
90	0.5703	2,564	0.1649	4,496	5.09
95	...	1,932	0.2629	1,932	3.80

Tableau MOR A.06 : Table de mortalité de la RCA (Hommes / Milieu urbain)

Âge (ans)	q(x,n)	d(x,n)	m(x,n)	l(x)	e(x)
0	0.1220	12,203	0.1329	100,000	41.51
1	0.0888	7,801	0.0236	87,797	46.23
5	0.0271	2,170	0.0055	79,996	46.61
10	0.0232	1,808	0.0047	77,826	42.84
15	0.0286	2,175	0.0058	76,018	38.80
20	0.0546	4,030	0.0112	73,843	34.86
25	0.0723	5,051	0.0150	69,813	31.72
30	0.0825	5,343	0.0172	64,762	29.00
35	0.0998	5,931	0.0210	59,419	26.38
40	0.1123	6,007	0.0238	53,488	24.02
45	0.1203	5,710	0.0256	47,482	21.75
50	0.1352	5,649	0.0290	41,771	19.38
55	0.1626	5,874	0.0354	36,123	17.02
60	0.1879	5,684	0.0415	30,249	14.84
65	0.2237	5,496	0.0504	24,565	12.69
70	0.2827	5,390	0.0660	19,069	10.63
75	0.3381	4,625	0.0818	13,679	8.85
80	0.4295	3,889	0.1108	9,054	7.13
85	0.5163	2,667	0.1425	5,165	5.70
90	0.6559	1,639	0.2074	2,498	4.30
95	...	860	0.3028	860	3.30

Tableau MOR A.07 : Table de mortalité de la RCA (Femmes / Milieu urbain)

Âge (ans)	q(x,n)	d(x,n)	m(x,n)	l(x)	e(x)
0	0.1110	11,097	0.1196	100,000	46.43
1	0.0889	7,900	0.0236	88,903	51.18
5	0.0154	1,246	0.0031	81,002	52.04
10	0.0129	1,030	0.0026	79,756	47.82
15	0.0247	1,947	0.0050	78,726	43.41
20	0.0579	4,447	0.0119	76,780	39.44
25	0.0756	5,468	0.0157	72,332	36.70
30	0.0852	5,697	0.0178	66,864	34.49
35	0.0897	5,488	0.0188	61,167	32.47
40	0.0874	4,867	0.0183	55,679	30.43
45	0.0852	4,327	0.0178	50,811	28.10
50	0.0884	4,107	0.0185	46,484	25.49
55	0.0857	3,631	0.0179	42,377	22.72
60	0.1102	4,270	0.0233	38,746	19.62
65	0.1341	4,624	0.0287	34,476	16.73
70	0.1887	5,634	0.0416	29,852	13.93
75	0.2404	5,822	0.0546	24,218	11.57
80	0.3227	5,937	0.0771	18,396	9.44
85	0.4135	5,152	0.1055	12,460	7.76
90	0.4792	3,502	0.1289	7,307	6.55
95	...	3,806	0.1842	3,806	5.43

Tableau MOR A.08 : Table de mortalité de la RCA (Deux sexes / Milieu rural)

Âge (ans)	q(x,n)	d(x,n)	m(x,n)	l(x)	e(x)
0	0.1410	14,100	0.1557	100,000	41.80
1	0.1130	9,707	0.0305	85,900	47.61
5	0.0310	2,362	0.0063	76,193	49.51
10	0.0247	1,824	0.0050	73,831	46.01
15	0.0359	2,585	0.0073	72,008	42.11
20	0.0498	3,457	0.0102	69,423	38.58
25	0.0672	4,433	0.0139	65,965	35.47
30	0.0792	4,873	0.0165	61,532	32.84
35	0.0783	4,436	0.0163	56,659	30.44
40	0.0861	4,496	0.0180	52,223	27.82
45	0.0893	4,262	0.0187	47,726	25.21
50	0.1007	4,377	0.0212	43,464	22.43
55	0.1066	4,167	0.0225	39,088	19.67
60	0.1437	5,018	0.0309	34,921	16.71
65	0.1879	5,619	0.0414	29,903	14.09
70	0.2574	6,251	0.0591	24,284	11.75
75	0.3098	5,587	0.0736	18,033	9.96
80	0.3865	4,811	0.0967	12,447	8.34
85	0.4596	3,509	0.1218	7,636	7.07
90	0.5208	2,149	0.1453	4,126	6.11
95	...	1,977	0.1900	1,977	5.26

Tableau MOR A.09 : Table de mortalité de la RCA (Hommes / Milieu rural)

Âge (ans)	q(x,n)	d(x,n)	m(x,n)	l(x)	e(x)
0	0.1450	14,500	0.1606	100,000	39.16
1	0.1190	10,175	0.0323	85,500	44.75
5	0.0371	2,797	0.0076	75,326	46.61
10	0.0291	2,108	0.0059	72,528	43.31
15	0.0402	2,829	0.0082	70,420	39.53
20	0.0532	3,594	0.0109	67,591	36.08
25	0.0641	4,100	0.0132	63,997	32.96
30	0.0840	5,034	0.0175	59,897	30.04
35	0.0878	4,817	0.0184	54,864	27.56
40	0.0988	4,943	0.0208	50,046	24.97
45	0.1073	4,839	0.0227	45,103	22.44
50	0.1216	4,896	0.0259	40,264	19.83
55	0.1302	4,604	0.0278	35,368	17.23
60	0.1793	5,517	0.0393	30,764	14.43
65	0.2444	6,170	0.0556	25,247	12.03
70	0.3219	6,142	0.0771	19,078	10.10
75	0.3682	4,764	0.0911	12,936	8.74
80	0.4491	3,670	0.1180	8,172	7.43
85	0.4977	2,241	0.1367	4,502	6.58
90	0.5358	1,212	0.1520	2,261	5.85
95	...	1,050	0.1998	1,050	5.00

Tableau MOR A.10 : Table de mortalité de la RCA (Femmes / Milieu rural)

Âge (ans)	q(x,n)	d(x,n)	m(x,n)	l(x)	e(x)
0	0.1360	13,601	0.1492	100,000	45.00
1	0.1060	9,161	0.0285	86,399	51.03
5	0.0247	1,907	0.0050	77,239	52.92
10	0.0203	1,529	0.0041	75,331	49.20
15	0.0320	2,363	0.0065	73,803	45.16
20	0.0465	3,319	0.0095	71,440	41.57
25	0.0700	4,771	0.0145	68,121	38.46
30	0.0741	4,695	0.0154	63,350	36.17
35	0.0690	4,047	0.0143	58,655	33.87
40	0.0732	3,997	0.0152	54,608	31.19
45	0.0709	3,588	0.0147	50,611	28.46
50	0.0811	3,813	0.0169	47,024	25.44
55	0.0843	3,645	0.0176	43,211	22.47
60	0.1134	4,485	0.0240	39,567	19.30
65	0.1393	4,888	0.0299	35,081	16.44
70	0.1977	5,969	0.0438	30,193	13.69
75	0.2437	5,903	0.0555	24,224	11.44
80	0.3184	5,834	0.0759	18,321	9.31
85	0.4104	5,125	0.1043	12,487	7.51
90	0.4987	3,672	0.1358	7,363	6.07
95	...	3,691	0.2095	3,691	4.77

Tableau MOR A.11 : Quotients de mortalité infantile selon le sexe et la région ou la préfecture, 2003

Région	Préfecture	Mortalité infantile (‰)		
		Ensemble	Garçons	Filles
Ensemble	RCA	132	137	127
Région 1	Ombella-M'Poko	113	118	108
	Lobaye	152	155	150
	Total Région 1	127	142	123
Région 2	Mambéré-Kadéï	123	127	118
	Nana-Mambéré	117	118	115
	Sangha-Mbaéré	141	151	130
	Total Région 2	123	126	121
Région 3	Ouham-Pendé	138	142	134
	Ouham	163	166	160
	Total Région 3	147	151	143
Région 4	Kémo	148	151	146
	Nana-Gribizi	159	162	156
	Ouaka	146	150	141
	Total Région 4	147	151	143
Région 5	Bamingui Bangoran	141	147	136
	Haute Kotto	136	146	124
	Vakaga	141	147	134
	Total Région 5	135	143	127
Région 6	Basse Kotto	175	184	167
	Mbomou	138	146	129
	Haut Mbomou	150	156	142
	Total Région 6	154	163	145

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 Agoundoukous

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 Ndeguiilo
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 Tambashe

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

Richard Dackam-Ngatchou
Robert Declerq
Jean-Marc Hie
Boubacar Sow
Samson Lamleñ
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