



## République Centrafricaine

### Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement



Juin 2007

<b>SUPERVISION GÉNÉRALE</b>	
<b>SEM Sylvain MALIKO</b>	Ministre de l'Économie, du Plan et de la Coopération Internationale.
<b>Toby LANZER</b>	Coordonnateur Résident du Système des Nations Unies, Représentant Résident du PNUD
<b>COORDINATION GÉNÉRALE</b>	
<b>Maimoussa ABARI</b>	Représentant FAO
<b>Bruno GEDDO</b>	Représentant HCR
<b>Léodégal BAZIRA</b>	Représentant OMS
<b>Jean Charles DEI</b>	Représentant PAM
<b>Basile TAMBASHE</b>	Représentant UNFPA
<b>Mahimbo MDOE</b>	Représentant UNICEF
<b>Jelena PANTELIC</b>	Représentant Banque Mondiale
<b>Amadou MAIGA</b>	Représentant Résident Adjoint PNUD
<b>Bernard HADJADJ</b>	Directeur Régional UNESCO

<b>EQUIPE DE PREPARATION TECHNIQUE DU RAPPORT</b>		
<b>Equipe de supervision technique</b>		
<b>Jean Pierre KPATA</b>	Coordonnateur Opérationnel	Comité CSLP/ MEPCI
<b>Gervais DOUNGOUPOU</b>	Secrétaire Permanent	Comité CSLP/ MEPCI
<b>Judes BISSAKONOU</b>	Expert chargé du Suivi des OMD	Comité CSLP/MEPCI
<b>Gilbert AHO</b>	Economiste Principal	PNUD
<b>Ousmane NIANG</b>	Economiste	PNUD
<b>Youssoufa SILLA</b>	Chargé de Programme Pauvreté	PNUD
<b>Maxime MBRINGA-TAKAMA</b>	Assistant Représentant Résident	PNUD
<b>Groupe des rédacteurs</b>		
<b>Eric VICKOS</b>	Directeur des Statistiques Régionales	ICASEES/MEPCI
<b>Philémon MBESSAN</b>	Directeur Etudes & Planification	Ministère de la Santé
<b>Eddy Patrick GAMBA</b>	Chef de Service	Ministère de la Santé
<b>Marcel MANINGUERE</b>	Chef de Service	Ministère de la Santé
<b>Simone BODEMO</b>	Consultante	Société Civile
<b>Michel Ange LEBARAMO</b>	Cadre	Direction de l'Hydraulique
<b>Lucien MALLEBANDA</b>	Chef de service Stat.	Ministère de l'Éducation
<b>Antoine MBAGA</b>	Directeur Cabinet	Ministère es Affaires sociales
<b>Frédéric KOBELEMBI</b>	Personnes Ressources	CNLS
<b>Léopold MBOLI FATRAN</b>	Chargé de Mission OMD	Primature

## **PARTICIPANTS AU SEMINAIRE DE VALIDATION DU RAPPORT**

### **Primature**

YARAFI Eugénie

### **Ministère de la Santé.**

NZOUNBO Eloi  
KOULA Max Roger  
BICKOO Nick LASSET  
MININGUERE Marcel  
GAMBA Patrick  
MBARYDABA Régis

### **CNLS**

KOBELEMBI Frédéric

### **Ministère de l'Éducation**

BISSI Michel  
NGUEREDÉ Patrice  
MALLEBANDA Lucien

### **Ministère du développement rural**

DANGA Joseph  
TCHABASSIMY Jacky  
KONGBO Abel  
KOE Pierre

### **Ministère des eaux et forêts**

BONANNEE Michel  
TANGA Blandine Blanche  
BODEMO Simone

### **Ministère des transports**

KOMOKO Alphonse  
FETE Noël  
WALLOT Théophile

### **ICASEES**

PIAMALE Faustin  
SABENDO Alfred  
YELE Roger  
VICKOS Eric

### **Secrétariat Permanent du CSLP**

DOUNGOUPOU Gervais  
BISSAKONOU Judes  
KONGA-SIRE Junior  
NGOMBE Innocent  
DAMAS Brice  
NDJEKOU Christian

### **CTP/PAS/Direction de la dette**

MAZOUKANDJI Guy Martin  
GUEBANDA Sylvain

### **Ministère de l'Économie et du Plan**

MATCHINEDE Serge  
ANDARA Eloi  
GOUANA Marcel  
NAMKOINA Moïse

### **Ministère du Commerce**

SIKITA Dominique

### **Société Civile /ONG**

NGONON Rodrigue (ACABEF)  
BOURANGA Mireille (FAN)  
LAOMAYE Marguerite AFCELUM  
KARANGAZE Marc (CEDIFOD)  
BEISO Ilaria (CEDIFOD)  
KOUYOU-ATIPO M. (CEDIFOD)  
GONDA Modeste (CIONGCA)  
RODONNE Clotaire (CIONGCA)  
MAZANGUE Lucille (AFJC)  
TOULOUGOUSSOU (CARITAS)  
NDONAZI Bernard (DONAVAL)

### **Université de Bangui**

KAYANGBO Madeleine (ENS)  
GOTAS Léonard  
MBOLIGUIPA Jean  
MOKOSSESSE Hervé  
DEMBA Guy-Eugène  
BIRAO André  
BANYOMBO François  
MALO Dominique  
NGBAKONGO Bernadette

### **Partenaires au Développement**

#### **FRANCE**

De BONNET Isabelle

#### **Banque Mondiale**

OURAGA Kako

#### **CEMAC**

GOGNIN GOMDIGUE

#### **PNUD**

AHO Gilbert  
NIANG Ousmane  
SILLA Youssoufa  
PAQUITA Rokhaya

#### **UNFPA**

BADJECK Alain

#### **FAO**

NGOUNIO Etienne

#### **HCR**

ROST Nicolas

#### **UNICEF**

KPIZINGUI Eugène  
AMOKOMAYEN Marie Chantal

#### **OMS**

NAMKONA Philémon

#### **PAM**

KONATE Moïse

#### **Unité de Coordination du SNU**

SENGHOR-KAZAGUI Julie

### Comité de lecture finale du Rapport

<b>Nom et Prénoms</b>	<b>Institution</b>
Eric VICKOS	Ministère du Plan
Eddy Patrick GAMBÀ	Ministère de la Santé
Michel Ange LEBARAMO	Direction de l'Hydraulique
Lucien MALLEBANDA	Ministère de l'Education
Antoine MBAGA	Ministère es Affaires sociales
Frédéric KOBEMBI	CNLS
Jean Pierre KPATA	Ministère du Plan
Gervais DOUNGOUPOU	Ministère du Plan
Gustave DOUNGOUBE	Ministère Environnement
Philémon MBESSAN	Ministère de la Santé
Inoussa BOUBA	Ministère Education
Suzanne SOBELA	Ministère de la Santé
Casimir MAGALAMON	UNICEF
Moïse KONATE	PAM
Azara BAMBÀ-LOUGUET	ONUSIDA
Dr Pierrette SOKAMBI	OMS
Hélène CRON	UNESCO
Etienne NGOUNIO	FAO
Dieudonné MAMADOU	HCR
Alain BADJECK	UNFPA
Gilbert AHO	PNUD
Ousmane NIANG	PNUD
Youssoufa SILLA	PNUD
Rokhaya PAQUITA	PNUD
Julie SENHOR-KAZAGUI	Bureau de Coordination SNU



## TABLE DES MATIERES

<b>EVOLUTION DES INDICATEURS DES OMD</b> -----	<b>6</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> -----	<b>8</b>
<b>PREFACE</b> -----	<b>9</b>
<b>CONTEXTE SOCIO-POLITQUE ET ECONOMIQUE DE MISE EN ŒUVRE DE LA DECLARATION DU MILLENAIRE</b> -----	<b>10</b>
<b>OBJECTIF 1 : ERADIQUER L'EXTREME PAUVRETE ET LA FAIM</b> -----	<b>14</b>
Cible 1 : Réduire de moitié entre 1990 et 2015 la proportion de la population dont le revenu est inférieur à 1 dollar par jour-----	<b>15</b>
Cible 2 : Réduire de moitié la proportion de personnes qui souffrent de la faim entre 1990 et 2015-----	<b>17</b>
<b>OBJECTIF 2 : ASSURER UNE EDUCATION PRIMAIRE POUR TOUS</b> -----	<b>21</b>
Cible 3 : D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires-----	<b>21</b>
<b>OBJECTIF 3 : PROMOUVOIR L'EGALITE DES SEXES ET L'AUTONOMISATION DES FEMMES</b> ----	<b>24</b>
Cible 4 : Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard-----	<b>25</b>
<b>OBJECTIF 4 : REDUIRE LA MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS</b> -----	<b>29</b>
Cible 5 : Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans-----	<b>29</b>
<b>OBJECTIF 5 : AMELIORER LA SANTE MATERNELLE</b> -----	<b>33</b>
Cible 6 : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle-----	<b>33</b>
<b>OBJECTIF 6 : COMBATTRE LE VIH/SIDA, LE PALUDISME ET D'AUTRES MALADIES</b> -----	<b>37</b>
Cible 7 : D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle-----	<b>37</b>
Cible 8 : D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle-----	<b>39</b>
<b>OBJECTIF 7 : ASSURER UN ENVIRONNEMENT DURABLE</b> -----	<b>42</b>
Cible 9 : Intégrer les principes du développement durable dans les politiques nationales et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales-----	<b>42</b>
Cible 10 : Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable salubre-----	<b>44</b>
Cible 11 : Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un système d'assainissement de base-----	<b>45</b>

## EVOLUTION DES INDICATEURS DES OMD

	1990	1995	2003
<b>OBJECTIF1. ERADIQUER LA PAUVRETE EXTREME ET LA FAIM</b>			
Incidence de la pauvreté (%)	62		67
Proportion des enfants ayant une insuffisance pondérale (%)		23	21
<b>OBJECTIF2. ASSURER UNE EDUCATION PRIMAIRE POUR TOUS</b>			
Taux net de scolarisation (%)	47	62	40
Taux d'alphabétisation des 15-24 ans (%)	26	39,1	46,7
<b>OBJECTIF3. PROMOUVOIR L'EGALITE DES SEXES ET L'AUTONOMISATION DES FEMMES</b>			
Rapport fille/garçon dans le primaire (%)	64		69
Rapport fille/garçon dans le secondaire (%)	39	41	60
<b>OBJECTIF4. REDUIRE LA MORTALITE INFANTILE DES MOINS DE 5 ANS</b>			
Taux de mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances)	212	157	220
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)		97	132
Taux d'immunisation contre la rougeole (%)	83	46	35
<b>OBJECTIF5. AMELIORER LA SANTE MATERNELLE</b>			
Taux de mortalité maternelle (pour 100000 naissances vivantes)	683	948	1 355
Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié (%)		50	44
<b>OBJECTIF6. COMBATTRE LE VIH/SIDA, LE PALUDISME ET D'AUTRES MALADIES</b>			
Taux de prévalence du SIDA (% femmes 15-49 ans)	2		10,7
Taux de prévalence du paludisme (%)			
<b>OBJECTIF7. ASSURER UN ENVIRONNEMENT DURABLE</b>			
Superficie des terres protégées (km <sup>2</sup> )			67 615
Proportion de la population ayant accès à une source d'eau améliorée (%)		52	75
Proportion de la population ayant accès à l'eau potable (%)		17,5	26,1
Proportion de la population ayant accès à l'assainissement (%)			30

## Probabilité d'atteinte des OMD en RCA

OBJECTIFS	CIBLES	Les objectifs de développement seront-ils atteints ?		
		Probable	Possible	Improbable
<b>Objectif 2 : ERADIQUER L'EXTREME PAUVRETE ET LA FAIM</b>	Cible 1. Réduire de moitié entre 1990 et 2015 la proportion de la population dont le revenu est inférieur à 1 dollar par jour			
	Cible 2. Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de personnes qui souffrent de la faim			
<b>Objectif 2 : ASSURER UNE EDUCATION PRIMAIRE POUR TOUS</b>	Cible 3. D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires			
<b>Objectif 3. PROMOUVOIR L'EGALITE DES SEXES ET L'AUTONOMISATION DES FEMMES</b>	Cible 4. Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard			
<b>Objectif 4. REDUIRE LA MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS</b>	Cible 5. Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.			
<b>Objectif 5. AMELIORER LA SANTE MATERNELLE</b>	Cible 6. Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle			
<b>Objectif 6. COMBATTRE LE VIH/SIDA, LE PALUDISME ET D'AUTRES MALADIES</b>	Cible 7. D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/Sida et commencé à inverser la tendance actuelle			
	Cible 8. D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle			
<b>Objectif 7. ASSURER UN ENVIRONNEMENT DURABL</b>	Cible 9. Intégrer les principes du développement durable dans les politiques nationales et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales			
	Cible 10. Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable salubre			
	Cible 11. Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un système d'assainissement de base			

## LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

APD	Aide Publique au Développement
ARV	Anti rétroviraux
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CEDEF	Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'Égard des Femmes
CEMAC	Communauté Economique et Monétaire en Afrique Centrale
CNLS	Comité National de Lutte contre le SIDA
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CSN	Cadre Stratégique National
CTP/PAS	Comité Technique Permanent de suivi du Programme d'Ajustement Structurel
DCPES	Document Cadre de Politique Economique et Sociale
DOT	Traitement Directement Observé
DPO	Development Policy Opération
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
ECVR	Enquête sur les Conditions de Vie en milieu Rural
ECVU	Enquête sur les Conditions de Vie en milieu Urbain
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
F1	Fondamental 1
FEM	Fonds Mondial pour l'Environnement
FMI	Fonds Monétaire International
FRPC	Facilité pour la Réduction de la Pauvreté et la Croissance
HCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
ICASEES	Institut Centrafricain des Statistiques et des Etudes Economiques et Sociales
IDH	Indice de Développement Humain
IRA	Infection Respiratoire Aigue
LICUS	Low-Income Countries Under Stress
MICS	Enquête à Indicateurs Multiples
OEV	Orphelins et Enfants vivant avec le VIH
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONC	l'Organe National de Concertation
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PMR	Projet Micro Réalisations
PNDE	Politique Nationale de Développement de l'Éducation
PNDS	Politique Nationale de Développement de la Santé
PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPTÉ	Pays Pauvres Très Endettés
PSNEA	Politique et Stratégies en matière d'eau et d'assainissement
PSSA	Programme Spécial de Sécurité Alimentaire
PTPE	Prévention de la Transmission Parents-Enfants du VIH/SIDA
RCA	République Centrafricaine
RESEN	Rapport d'Évaluation du Système Éducatif National
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitation
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SNU	Système des Nations Unies
TBS	Taux Brut de Scolarisation
UE	Union Européenne
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZCV	Zones Cynégétiques Villageoises



## PREFACE

A l'occasion du sommet du Millénaire de 2000, les dirigeants du monde entier ont fixé un ensemble d'objectifs mesurables et assortis de délais pour lutter contre la pauvreté dans le monde. Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) constituent un agenda ambitieux pour réduire la pauvreté et un nouveau paradigme qui reflète le consensus de la communauté internationale en vue de promouvoir le développement humain.

La République Centrafricaine, à l'instar des autres pays du monde, a fait de l'atteinte des OMD une priorité. Cette volonté s'est traduite par l'engagement du pays dans un processus de normalisation et de consolidation de la paix et de la démocratie en vue d'assurer une base solide pour les programmes de développement. Après le Dialogue National de 2003 dont la mise en œuvre des recommandations a facilité la conduite d'une transition paisible, le pays, avec l'appui de ses partenaires, a mis en place des institutions crédibles, telles que prévues par la Constitution, à travers l'organisation d'élections présidentielles et législatives.

C'est ainsi que le Gouvernement s'est engagé à faire des OMD un cadre de référence et à mettre en place des politiques et stratégies de développement en faveur de leur atteinte. Cela s'est traduit par i) l'élaboration d'un premier rapport de suivi des OMD en 2004, ii) le démarrage du processus d'évaluation des besoins pour l'atteinte des OMD en 2006 et iii) la finalisation en cours de son premier Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) qui est axé sur l'atteinte des OMD. Par ailleurs, afin de favoriser la relance de l'économie nationale et de réengager la communauté internationale, il a élaboré en 2006 un Document Cadre de Politique Economique et Sociale (DCPES) et mis en œuvre un programme de réformes pour assainir les finances publiques et créer les conditions pour une stabilité macroéconomique.

Le présent rapport de suivi montre les progrès et reculs enregistrés durant la période 1990-2006 ainsi que le chemin restant à parcourir pour l'atteinte des objectifs nationaux et ceux du Millénaire. Ce document constitue, de ce fait, un outil de dialogue de politique et de mobilisation des ressources, et un instrument de sensibilisation, à l'échelon national, des autorités politiques, du grand public, de la société civile, du secteur privé et des médias autour des OMD.

Le suivi des OMD en RCA montre que les progrès enregistrés entre 2004 et 2006 pour la plupart des objectifs demeurent peu significatifs, au regard de l'ampleur des défis. En effet, seules les cibles portant sur la promotion de l'égalité entre les sexes, l'éducation primaire et l'accès à l'eau potable, présentent des tendances quelque peu encourageantes. Par contre, d'importants progrès sont nécessaires pour améliorer, voire inverser les tendances suivies par les indicateurs de la pauvreté et la faim, de la santé maternelle et infantile et ceux relatifs au VIH/SIDA et aux autres maladies. C'est pourquoi, le Gouvernement, avec l'appui de ses partenaires au développement, a prévu un ensemble d'actions dans le DSRP afin de mieux s'attaquer aux défis et obstacles qui entravent le développement de la RCA

Le Gouvernement et les partenaires au développement accordent une importance particulière à ce rapport. En favorisant une meilleure lisibilité des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs du Millénaire, il offre ainsi un cadre pertinent de dialogue entre le Gouvernement et ses partenaires extérieurs.



**Sylvain MALIKO,**  
Ministre de l'Economie, du Plan et de  
la Coopération Internationale



**Toby LANZER,**  
Coordonnateur Résident du Système des  
Nations Unies

## CONTEXTE SOCIO-POLITIQUE ET ECONOMIQUE DE MISE EN ŒUVRE DE LA DECLARATION DU MILLENAIRE

### 1. Cadre général

La RCA comptait en 2006 une population d'environ 4,2 millions d'habitants (RGPH 2003) sur une superficie totale de 623000 km<sup>2</sup>. Le taux de croissance naturelle est estimé à 2,5%, soit un temps de doublement de 28 ans. Sa position géographique à cheval sur la zone équatoriale fait qu'elle bénéficie de conditions climatiques très favorables. Le pays dispose aussi d'énormes potentialités minières avec notamment l'or, le diamant et le bois qui constituent les principales ressources naturelles exploitées localement.

Au plan politique, le pays a connu au cours des dernières années plusieurs soubresauts et crises politico-militaires qui se sont traduits par une dégradation du tissu social, un affaiblissement des capacités de l'Etat et une baisse de l'activité économique et du niveau de développement humain.

Depuis l'année 2003, le pays s'est engagé dans un processus de normalisation et de retour à la démocratie et à la paix, avec l'organisation du Dialogue National dont la mise en œuvre des recommandations a permis de conduire une transition militaire paisible et d'organiser en 2005 des élections présidentielles et législatives pluralistes. Aujourd'hui, toutes les institutions républicaines prévues dans la Constitution (l'Assemblée Nationale, la Cour Constitutionnelle, la Cour des Comptes, etc.) sont mises en place.

### 2. Situation économique

L'économie centrafricaine demeure très affectée par les crises militaro-politiques qui ont secoué le pays pendant ces dernières décennies et qui ont entraîné un déclin de l'activité dans la majorité des secteurs productifs et favorisé des déséquilibres macroéconomiques chroniques.

Après une chute en 2002 et 2003 (respectivement de -2% et -7%) de la croissance de l'activité, celle-ci s'est quelque peu relevée entre 2005 et 2006 (2% à 3,6%), mais n'a toujours pas atteint un niveau suffisamment élevé pour favoriser une réduction significative de la pauvreté. Cela s'explique par la stagnation des activités dans la plupart des secteurs de l'offre notamment dans les secteurs primaire<sup>1</sup> et secondaire. A cela s'ajoute la faible demande caractérisée par les faibles niveaux de l'investissement public et privé (le taux d'investissement global se situe en moyenne autour de 8%). De même, les exportations centrafricaines sont très faibles, peu diversifiées et dépendent essentiellement de l'exploitation minière et forestière alors que celles d'origine agricole (café et coton) ont régressé pendant les 5 dernières années en raison des crises et de la récession qui frappe le secteur.

Au cours de la période 2005 et 2006, le Gouvernement a mis en place un certain nombre de réformes dont les résultats ont permis de corriger certains dysfonctionnements dans la masse salariale, et quelques dérapages dans les dépenses et le budget. Malgré ces efforts, le défi pour stabiliser le cadre macroéconomique reste encore considérable. Les ressources publiques demeurent très faibles avec, non seulement un taux de pression fiscale qui se situe autour de 9% (contre une moyenne de 16 à 17% dans la sous-région.), mais aussi un volume de l'Aide Publique au Développement (APD) qui est faible et en régression autour de 10% du PIB entre 2003 et 2005. Face aux difficultés de maîtrise des dépenses et de mobilisation des ressources intérieures et extérieures, le pays est confronté depuis de nombreuses années à des déficits publics récurrents, un niveau d'endettement insoutenable<sup>2</sup> et une accumulation d'arriérés de dette tant intérieure qu'extérieure.

### 3. Développement humain

La République Centrafricaine figure parmi les pays ayant le plus faible niveau de développement humain. Le Rapport Mondial sur le Développement Humain publié par le PNUD en 2006 montre que l'indice de

---

<sup>1</sup> Le secteur agricole représente environ 56% du PIB, près de 75% des emplois et fait vivre une grande majorité des pauvres en RCA.

<sup>2</sup> Selon le FMI en 2006, l'encours de la dette représente 74% du PIB, le ratio de la valeur actualisée nette de la dette sur les exportations se chiffre à 489% et le ratio du service de la dette sur les exportations est de 27%.

développement humain (IDH) est de 0,353 en 2004 pour la RCA qui occupe le 172<sup>ème</sup> rang sur 177 pays. Par ailleurs, la tendance suivie pendant les 10 dernières années par l'IDH montre que la RCA fait partie des rares pays du monde où cet indicateur a connu une baisse (entre 1995 et 2003, l'IDH a connu une baisse relative de 8,8%).

Cette situation est essentiellement liée aux longues crises politico-militaires des dernières années qui ont entraîné une dégradation de l'activité économique dans presque tous les secteurs. De nombreuses entreprises ont alors fermé leurs portes ou se sont délocalisées vers d'autres pays entraînant ainsi une baisse des emplois et des revenus des populations. Selon les données du FMI<sup>3</sup> le revenu constant moyen par tête en RCA est passé de 183 772 FCFA à 176 206 FCFA entre 2000 et 2005. La détérioration des revenus sur une longue période est à l'origine de la dégradation des conditions de vie des populations dont la majorité est frappée par la pauvreté. En effet, la pauvreté monétaire touche presque 7 centrafricains sur 10 (67%) en 2003 selon les données de l'enquête ECVU/ECVR alors qu'elle était de 63% dans les années 90. L'une des principales caractéristiques de la pauvreté en RCA est la forte inégalité des revenus qui constitue une entrave aux efforts de croissance et de lutte contre la pauvreté.

Du point de vue des conditions d'existence, l'accroissement de l'insécurité dans certaines parties de la RCA, combinée à la chute des dépenses publiques en faveur des secteurs sociaux et à la baisse des revenus des populations ont entraîné un recul important des taux d'accès des populations aux services de base comme la santé, l'éducation et l'eau. En conséquence, la plupart des indicateurs sociaux a connu une dégradation au cours de la période.

- L'espérance de vie à la naissance est de l'ordre de 43 ans en 2003 contre 49 ans en 1988. Son déclin s'explique par la forte mortalité au niveau de la population (elle est passée de 17‰ en 1988 à 20‰ en 2003) et le taux élevé de la prévalence du VIH/SIDA.
- Au niveau de l'éducation, la tendance suivie par les indicateurs n'est pas favorable à l'atteinte des OMDs. Le taux d'alphabétisation des adultes est assez faible (57%) et le taux net de scolarisation au primaire connaît un déclin passant de 47,8% en 1988, à 42,9% en 2000 et 40,7% en 2003. A cela s'ajoute la faible qualité du système éducatif (données du RESEN) marquée par des perturbations liées aux crises, grèves et années blanches.
- La RCA fait partie des pays les plus affectés dans le monde par la pandémie du VIH/SIDA au cours des dernières années. Depuis 1984, où les premiers cas de VIH/SIDA ont été notifiés, la maladie n'a cessé de progresser de manière fulgurante. Le taux de prévalence (calculé sur la base des femmes enceintes et testées dans les sites sentinelles) est passé de 2% en 1984 à 10,7% en 2005.

#### 4. Le financement

L'accroissement substantiel des ressources financières constitue l'un des défis majeurs du gouvernement pour pouvoir mettre en œuvre sa stratégie de reconstruction en vue de l'atteinte des OMD. C'est ainsi qu'en 2006, le Gouvernement s'est engagé dans une nouvelle dynamique qui vise le réengagement de tous ses partenaires au développement, à travers la formulation d'un Document Cadre de Politique Economique et Sociale (DCPES). Ce document a servi de base pour l'apurement des arriérés de dette auprès de certains partenaires multilatéraux (Banque Mondiale, Banque Africaine de Développement et Union Européenne) et bilatéraux (France, Chine, etc.).

Durant cette année 2006, le volume global de l'aide au développement obtenu des partenaires, a été substantiellement relevé grâce aux ressources exceptionnelles mobilisées pour l'apurement de ses arriérés. Toutefois, le réengagement de ces partenaires ne s'est pas traduit par une masse critique de ressources orientées vers les secteurs de développement, en particulier ceux pouvant offrir des perspectives nouvelles aux plus pauvres en milieu rural et urbain. L'achèvement des travaux du DSRP, donnera des éclairages complémentaires aux analyses de la présente évaluation des performances en matière des OMD, sur la situation de fragilité des acquis des deux dernières années et sur la nécessité d'un appui urgent et massif à la RCA qui a perdu une bonne partie des réalisations socio-économiques de la période post-électorale.

Les principaux domaines ciblés sont le développement des secteurs sociaux de base (santé, éducation) et l'appui à la réhabilitation des infrastructures telles que les routes et pistes rurales. Des appuis ont aussi été prévus dans le domaine de l'assainissement des finances publiques et la réforme de l'administration

---

<sup>3</sup> World Economic Outlook data base, septembre 2006

publique. De même, des appuis budgétaires directs ont été apportés pour atténuer les tensions de trésorerie et permettre à l'Etat de s'acquitter de certains engagements comme les salaires et les arriérés intérieurs et extérieurs.

Les perspectives de financement laissent penser que la situation serait nettement meilleure à partir de 2007-2008. En effet, le Gouvernement a repris sa coopération avec le FMI avec un programme triennal d'appui dans le cadre de la FRPC. Les arriérés du service de la dette bilatérale ont été rééchelonnés par le Club de Paris. En outre, le pays pourrait enfin atteindre le point de décision de l'initiative PPTTE en septembre 2007, ce qui donnerait lieu à des ressources pour financer le développement des secteurs sociaux. D'autre part, la table ronde des bailleurs de fonds prévue en Octobre 2007 pour le financement de la reconstruction nationale permettrait d'apporter des ressources supplémentaires au profit des secteurs prioritaires des quatre piliers du DSRP, à savoir : (i) la Restauration de la Sécurité, la Consolidation de la Paix et la Prévention des conflits ; (ii) la Promotion de la Bonne Gouvernance et de l'État de Droit ; (iii) la Relance et la Diversification de l'Économie et (iv) le Développement du Capital Humain.

## 5. Défis pour l'atteinte des OMD

La RCA, à l'instar des autres pays les moins avancés doit relever un certain nombre de défis lui permettant d'atteindre les OMD.

**5.1. L'accroissement du volume et de l'efficacité de l'aide extérieure** constitue un des défis majeurs pour l'atteinte des OMDs en RCA. Il est urgent pour le pays de mettre en œuvre une stratégie dans ce sens, conformément aux recommandations de la *Déclaration de Paris*, avec un accent particulier sur :

- *L'amélioration du cadre national de formulation et de programmation des politiques en direction des OMD.* La RCA a initié en 2006, un exercice d'évaluation des besoins et d'élaboration d'une stratégie globale et des stratégies sectorielles basées sur les OMDs. Cet exercice doit être conduit rapidement à terme afin de favoriser le dialogue avec les partenaires au développement.
- *L'amélioration du cadre macro-budgétaire et des capacités de gestion des ressources publiques.* Cela implique le renforcement des capacités nationales de l'ensemble des administrations par la mise en place de mécanismes et outils permettant une meilleure gestion et un meilleur suivi des ressources (gestion axée sur les résultats, élaboration et mise en œuvre des CDMT et CDSMT, meilleure maîtrise des cycles de projets). Ceci devrait conduire à une plus grande capacité d'absorption de l'aide extérieure.
- *La coordination et l'harmonisation de l'aide :* Avec la tendance croissante de l'aide et les perspectives d'accroissement du nombre de partenaires pour les années à venir, des efforts doivent être entrepris pour redynamiser le dispositif institutionnel et les mécanismes actuels en vue de renforcer le suivi et la coordination de l'aide extérieure ainsi que l'harmonisation des procédures observées par les différents partenaires et une plus grande flexibilité dans les déboursments.

**5.2. Une croissance forte et favorable aux pauvres** est indispensable pour relancer l'économie et améliorer le niveau de développement humain. Pour relever ce défi, les efforts doivent cibler :

- *Le développement des secteurs porteurs* que sont l'agriculture (qui fait vivre la majorité des pauvres), les mines et les forêts. Les mesures envisagées devraient contribuer à l'amélioration et à la diversification des revenus des pauvres. Un accent devrait être mis sur l'accès des pauvres aux moyens de production à travers le développement des sources de financement (microfinance) surtout en zones rurales et des activités génératrices de revenus et la création de nouveaux emplois.
- *L'amélioration du cadre macroéconomique* à travers la maîtrise de l'inflation, des déséquilibres des finances publiques et du solde extérieur courant et la réduction du poids de la dette. Cela implique une grande discipline dans la conduite des programmes de coopération appuyés aujourd'hui par les bailleurs de fonds (FRPC, DPO, Programme avec l'Union Européenne et autres).
- *Réduction des facteurs de vulnérabilité.* Le développement des infrastructures de transport (routes et pistes) et d'appui à la production est fondamental pour réduire les inégalités régionales, désenclaver le pays et certaines régions et faciliter la libre circulation des biens et des personnes. Il permet également de réduire les coûts de production et de commercialisation (qui sont aujourd'hui parmi les plus élevés de la sous région) et d'améliorer le niveau de compétitivité de l'économie nationale.
- *Le développement des secteurs sociaux (santé, éducation, eau) :* Il est connu que le taux de croissance s'accélère avec une amélioration du capital humain qui lui-même croît avec les taux

d'accès des populations aux services de base. Il est donc important d'accroître substantiellement les dépenses en direction des infrastructures socio-économiques pour favoriser la construction et la réhabilitation des écoles, des centres de santé, des sources d'eau potable ainsi que la fourniture de ressources humaines (enseignants, médecins et personnel d'appui) surtout à l'intérieur du pays où les taux d'accès aux services de base sont les plus faibles.

**5.3. Le renforcement de la sécurité et la promotion de la bonne gouvernance. Il s'agit d'actions stratégiques relatives aux fonctions régaliennes de l'Etat. Pour relever ce défi, les mesures doivent être axées sur :**

- *Le renforcement de la sécurité sur tout le territoire national* afin de faciliter la libre circulation des personnes et des biens et le développement de l'activité économique sur toute l'étendue du territoire. Pour cela, il est important de : i) réformer les forces de défense et de sécurité et favoriser leur redéploiement sur le territoire national pour mieux s'attaquer à la criminalité et au banditisme de grand chemin qui gangrènent certaines parties du territoire et ii) promouvoir un dialogue social et politique sain et permanent entre tous les acteurs pour garantir l'épanouissement de toutes les couches sociales.
- *La promotion d'un Etat de droit* par la lutte contre les violations des droits de l'homme et l'impunité à travers le renforcement des institutions nationales à savoir la justice, l'Assemblée Nationale et les autres institutions.
- *Accroître la disponibilité et l'accès aux services administratifs* à travers une plus grande affirmation de la présence et de l'autorité de l'Etat, tout en promouvant le processus de concentration/déconcentration. L'approche de pôles de développement servira de cadre opérationnel pour ces diverses initiatives destinées à redonner vie aux zones rurales et à favoriser à la fois, une intégration des régions et un développement régional équilibré.



## Objectif 1

# Eradiquer l'extrême pauvreté et la faim

### CIBLE 1

Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à 1 dollar par jour.

### CIBLE 2

Réduire de moitié la proportion de personnes qui souffrent de la faim, entre 1990 et 2015.



# OBJECTIF 1: ERADIQUER L'EXTREME PAUVRETE ET LA FAIM

**Cible 1 : Réduire de moitié entre 1990 et 2015 la proportion de la population dont le revenu est inférieur à 1 dollar par jour**

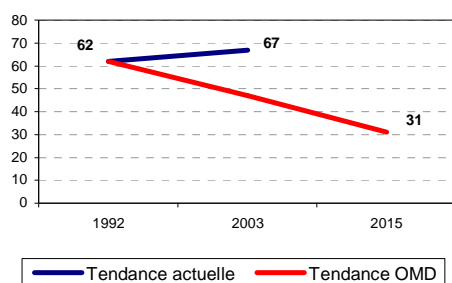
- Indicateur 1 :** Proportion de la population disposant de moins d'un dollar par jour
- Indicateur 2 :** Indice d'écart de la pauvreté [incidence de la pauvreté x degré de pauvreté]
- Indicateur 3 :** Part du cinquième le plus pauvre de la population dans la consommation nationale

## 1. SITUATION ET TENDANCES

### Caractéristiques de la pauvreté

Selon les données des enquêtes les plus récentes sur les conditions de vie des ménages<sup>4</sup>, la proportion des populations centrafricaines vivant en dessous du seuil de pauvreté a considérablement augmenté si l'on prend comme point de départ le début des années 90. Au niveau national, l'incidence de la pauvreté est passée de 62,5% en 1992 à 67,2% en 2003. On peut noter qu'en 2003, aucune région n'est épargnée par le phénomène. Mais c'est en milieu rural (qui compte près de 62% de la population centrafricaine) que la proportion des pauvres est la plus élevée (72%).

**Graphique 1 :** Evolution de l'incidence de la pauvreté



L'indice d'écart à la pauvreté est particulièrement élevé dans le pays. Il est de 36% dans les zones rurales et de 26% dans les villes, ce qui signifie que le revenu moyen des ménages pauvres équivaut à 64% de la valeur du seuil de pauvreté globale en milieu rural et 74% dans les villes. Ces données traduisent la gravité de la pauvreté en RCA accentuée par ailleurs par une très grande inégalité dans les revenus et les dépenses des ménages. Le rapport entre les niveaux de consommation des 20% des ménages les plus riches et des 20% des ménages les plus pauvres est de 10.

<sup>4</sup> Il s'agit des enquêtes ECVU et ECVR réalisés en 2003.

### Principales causes de la pauvreté

La pauvreté en RCA, qui n'a cessé de s'aggraver depuis 1990, est allée de pair avec une diminution du revenu moyen par tête de - 0,4% par an. Cette situation résulte de l'effondrement de l'activité économique et des cours des principales matières premières – principales sources de revenu des populations centrafricaines – et de la crise des différentes filières de production en milieu rural. Dans le même temps, les principales unités de production dans les villes, ont été détruites ou abandonnées à la suite des conflits sociopolitiques récurrents qu'a connus le pays au cours des deux dernières décennies entraînant une suppression de nombreux emplois. Ensemble ces facteurs ont mené dans un premier temps à l'amenuisement des ressources de l'Etat qui s'est aggravé dans le temps avec la baisse tendancielle de l'Aide Publique au Développement. Dans ces conditions, très peu d'investissements ont été réalisés dans les services sociaux de base de telle sorte qu'une grande majorité de centrafricains y ont difficilement accès. A cela s'ajoutent d'autres causes structurelles comme l'insécurité et les insuffisances en matière de gouvernance.

### Possibilité d'atteindre l'objectif 2015

Au lieu de baisser, le taux de pauvreté a sensiblement augmenté depuis 1990 pour atteindre environ 67% en 2003. Il est peu probable que l'objectif de 31% pour 2015 soit atteint sans un retour rapide et durable à la paix et la sécurité sur l'ensemble du territoire et une croissance exceptionnellement forte et favorable aux pauvres, notamment en milieu rural.

## 2. LES DEFIS DE LA LUTTE CONTRE L'EXTREME PAUVRETE

Une réduction rapide de la pauvreté passe par des politiques de croissance permettant aux pauvres d'accroître leurs revenus. Pour ce faire,

un certain nombre de défis doivent être relevés, notamment : i) Une croissance accélérée, durable et favorable aux pauvres ii) le renforcement de la bonne gouvernance, le respect des droits de l'homme (y compris la réduction des inégalités du genre et entre les régions) et une plus grande participation des populations à la gestion des affaires de l'Etat (renforcement des mécanismes de dialogue, opérationnalisation du processus de décentralisation); iii) la relance des filières des cultures d'exportations agricoles (coton et café) iv) le rétablissement de la sécurité sur l'ensemble du territoire ; v) le développement des infrastructures socioéconomiques de base (routes, énergie, eau, télécommunications); vi) la diversification des sources de revenu des populations et la promotion du secteur privé et vii) le développement du capital humain.

### 3. LES POLITIQUES NATIONALES

Face à la situation d'aggravation des conditions de vie et de pauvreté des populations, les autorités nationales ont placé la réduction de la pauvreté et la promotion d'une croissance pro-pauvre au centre de leurs préoccupations. En concertation avec ses principaux partenaires, le Gouvernement a décidé d'élaborer un cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) basé sur une large consultation des parties prenantes.

En attendant la finalisation du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) qui se focalise autour de trois principaux axes, à savoir la bonne gouvernance, la croissance pro-pauvre et les secteurs sociaux, un Document Cadre de Politique Economique et Sociale (DCPES) a été élaboré par le Gouvernement. L'objectif visé par l'élaboration de ce document intérimaire est de créer un cadre provisoire de dialogue et de concertation avec les partenaires au développement, afin de les mobiliser autour des priorités du moment.

A cet égard, des actions essentielles visant une amélioration des conditions de vie des ménages pauvres s'avère primordiale. Il s'agit précisément : i) du rétablissement de la sécurité pour assurer la libre circulation des personnes et des biens sur les routes et dans les zones rurales éloignées ; ii) du développement des infrastructures de transport, de l'énergie et des télécommunications ; iii) de l'amélioration de l'accès aux services sociaux de base et iv) d'un appui accru dans le secteur du développement communautaire.

### 4. PRIORITES DE L'AIDE AU DEVELOPPEMENT

Les appuis attendus des partenaires au développement de la RCA devraient être ciblés de manière à mener vers des impacts rapides sur les conditions de vie des populations pauvres. Ces appuis seront conduits principalement vers :

- La sécurisation de l'ensemble du territoire et la consolidation de la paix. Un appui immédiat devrait aller vers le renforcement des capacités des forces de sécurité, aussi bien en logistique qu'en terme de ressources humaines. Les appuis devraient permettre d'achever et consolider les acquis du programme démobilisation et de réinsertion des ex-combattants et de favoriser le développement des communautés à la base ;
- Le renforcement de l'accès aux infrastructures de base notamment à travers des actions qui viseront prioritairement la réhabilitation des pistes rurales des zones de production, les infrastructures de désenclavement des populations sur l'ensemble du territoire, le développement du transport aérien, notamment local, l'augmentation de la production énergétique et le renforcement des nouvelles technologies de communication ;
- Le développement des offres de services sociaux de base, à travers l'amélioration des performances des sous secteurs de l'eau potable et de l'assainissement en milieu rural, la performance du système de santé, et l'accès à une éducation de base de qualité ;
- L'élargissement à plusieurs autres zones, des appuis directs aux communautés à la base visant à accroître les revenus des pauvres, comme le Projet Micro Réalisation (PMR) initié par l'UE et le projet de microfinance appuyé par le PNUD et qui demeurent pour le moment concentrés dans un nombre limité de localités.

### 5. MECANISMES DE SUIVI ET EVALUATION

#### Environnement pour le suivi et l'évaluation

Le niveau actuel d'organisation du système d'information au niveau national et de sa principale composante - qui est l'appareil statistique - ne permet pas de répondre en temps réel aux besoins en informations sur les statistiques de la pauvreté. Le pays prépare en ce moment, un schéma de développement de la statistique (SNDS) devant lui permettre de



produire et de collecter des informations fiables et récentes pour le suivi régulier de la pauvreté. En attendant, le Gouvernement a organisé avec l'appui du PNUD, des enquêtes ECVU et ECVR en 2003, qui ont permis de disposer des informations sur *l'indice d'écart de la pauvreté*.

**Tableau 1** : Evaluation du dispositif de suivi évaluation:

	Evaluation		
	Faible	Moyenne	Fort
Capacité à collecter des données		x	
Qualité de l'information récente		x	
Capacité à suivre l'information statistique	x		
Capacité à l'analyse statistique		x	
Capacité d'utilisation et d'incorporation des données statistiques		x	
Mécanisme de suivi évaluation	x		

Source : ICASEES/MEPCI

## Cible 2 : Réduire de moitié entre 1990 et 2015, la proportion de personnes qui souffrent de la faim

**Indicateur 4 :** Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale

**Indicateur 5 :** Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique

### 1. SITUATION ET TENDANCES

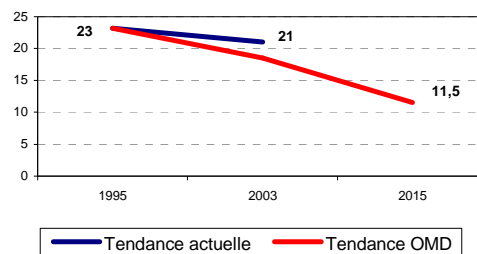
#### Tendance de la sécurité alimentaire et caractéristiques de l'insuffisance pondérale des enfants de moins de 5 ans

La situation alimentaire de la RCA est caractérisée par une disponibilité énergétique alimentaire (DEA) inférieure à la moyenne des pays d'Afrique Sub-saharienne (1930 kcal/jour/personne contre 2150 kcal/jour/personnes en 1998). En 2003, les résultats des enquêtes ECVU/ECVR estiment l'incidence de la pauvreté alimentaire à près de 60% en milieu urbain et 50% dans les zones rurales. Ceci serait dû en partie à d'importantes disparités régionales de l'offre alimentaire, liées à la quasi-absence d'échange de produits vivriers entre zones de production et les zones déficitaires.

Par ailleurs, d'après les résultats de l'enquête MICS réalisée en 2000, le niveau de l'insuffisance pondérale des enfants de moins de 5 ans s'est quelque peu détérioré au fil du temps. En 2000, ce sont 24,2% des enfants qui ont un rapport poids pour âge en dessous de -2 écart type de la médiane de la population de référence, et qui souffrent donc d'insuffisance pondérale modérée. Ce taux se situait à 23,2%

en 1995<sup>5</sup>. La forme sévère de cette sous-nutrition affecte 6% des enfants.

**Graphique 2** : Evolution de la proportion d'enfants souffrant d'une insuffisance pondérale



Les enfants du milieu rural apparaissent plus affectés que leurs pairs du milieu urbain. Ceux-ci présentent un taux d'insuffisance pondérale modéré de 26,4% contre 21% en milieu urbain. De même, l'insuffisance pondérale sévère touche 6,9% des enfants en milieu rural contre 4,8% en milieu urbain.

#### Principales causes

De façon globale, l'aggravation du niveau de pauvreté des populations centrafricaines a entraîné celle de la situation de sécurité

<sup>5</sup> Enquête nutritionnelle de 1995

alimentaire. Plus spécifiquement, le diagnostic dressé lors de l'élaboration du Programme Spécial de Sécurité Alimentaire (PSSA de 2000), fait ressortir que la principale cause de l'aggravation de la malnutrition de la population centrafricaine surtout chez les plus pauvres est le manque de diversité et de qualité dans la nourriture consommée. En effet, le manioc demeure le produit le plus fréquemment consommé, suivi de la viande. Les légumes sont peu consommés, ce qui a pour conséquence immédiate des déséquilibres minéraux et organiques qui affectent leur santé<sup>6</sup>.

Ce phénomène est accentué au niveau de beaucoup d'exploitations familiales par un déficit annuel chronique de 3 à 4 mois en période de soudure pour les principales cultures ou par des pénuries plus importantes en période de saison sèche. Cette période coïncide souvent avec une augmentation des prix des produits manquants sur le marché les rendant ainsi inaccessibles, surtout pour les pauvres. Cela est principalement lié au manque de surplus ainsi qu'à la faible capacité de stockage, de gestion et de diversification des producteurs qui empêche de faire face à ces situations critiques.

Par ailleurs, les événements militaro-politiques à travers le pillage, voire la destruction des services de santé, d'éducation, d'eau potable et de production agricole, ont aggravé la situation nutritionnelle des enfants qui était déjà critique, en particulier dans les zones ayant été confrontées directement aux conflits. A toutes ces causes, s'ajoutent les faibles financements consacrés par l'Etat au secteur de la production alimentaire (à peine 3% du budget total).

### Possibilité d'atteindre l'objectif 2015

Compte tenu de l'interactivité de nombreux facteurs défavorables - comme la très forte proportion de centrafricains vivant dans l'extrême pauvreté, le très faible niveau d'instruction des mères, la forte prévalence des maladies liées aux pratiques alimentaires néfastes en relation avec les pesanteurs socioculturelles – il est peu probable que l'objectif de ramener le nombre d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'insuffisance pondérale à 11,5% en 2015 soit atteint.

---

<sup>6</sup> La consommation abusive d'aliments goîtrogènes comme le manioc dans l'ensemble du pays et le mil surtout au Nord-Est, joue un rôle dans l'étiologie des problèmes liés à la carence en iode qui provoque le goitre et le crétinisme endémiques

## 2. LES DEFIS DE LA LUTTE CONTRE LA FAIM ET LA MALNUTRITION

Compte tenu de la situation décrite ci-dessus, les principaux défis à relever pour la lutte contre la faim et la malnutrition en RCA sont de deux ordres : i) Accroître rapidement l'accessibilité alimentaire aux communautés et aux ménages pauvres à travers l'émergence des organisations professionnelles rurales et de plus grands échanges commerciaux entre les régions; ii) Accroître les revenus des ménages.

## 3. LES POLITIQUES NATIONALES

L'autosuffisance et la sécurité alimentaire sont souvent évoquées dans les discours politiques comme des préoccupations prioritaires au même titre que la santé et l'éducation. Cependant, leurs traductions en terme de résultats tardent à prendre forme. La raison principale de l'absence visible de progrès en matière de réduction de la malnutrition, provient probablement de l'approche adoptée au cours de la décennie 1990 – 2000 par les nombreux programmes et projets de développement agricole et de l'élevage conçus et mis en œuvre avec l'appui de la communauté internationale. Ces programmes n'avaient pas été conçus pour toucher explicitement les populations souffrant de la faim, ni pour améliorer les habitudes alimentaires au regard de la variété des ressources disponibles.<sup>7</sup> Ils se sont focalisés davantage sur la croissance de la production agricole et pastorale plutôt que sur l'amélioration des bases de la consommation alimentaire ou en complémentarité avec celle-ci.

Les insuffisances dans la mise en œuvre des politiques nationales visant l'amélioration de la qualité de la consommation alimentaire n'ont pas facilité la lutte contre la malnutrition infantile, montrant ainsi une préoccupation majeure à laquelle devraient s'attaquer les politiques agricoles, nutritionnelles et de santé. A côté des politiques nutritionnelles proprement dites, les mesures de politiques ci-dessous devraient permettre de faire face aux défis énumérés ci-dessus :

- L'augmentation de la productivité et de la production agricole par : le renforcement des services d'appui, l'approvisionnement en semences de qualité et en intrants, l'accès aux crédits ruraux, le développement de l'élevage, la diversification et le

---

<sup>7</sup> Même le Plan de Développement Agricole (PDA) adopté en 2002, n'a pas intégré cette problématique.



développement des activités non agricoles, etc. ;

- Le désenclavement des zones de production à forts potentiels agricoles ;
- L'amélioration des conditions de conservation, de transformation et de commercialisation des produits ;
- La promotion de la culture de légumes riches en micronutriments (sels minéraux, vitamines, énergie et en protéines) ;
- La promotion des techniques culinaires ;
- La mise en œuvre de parcelles de démonstration culturale au niveau communautaire et au niveau de groupes de ménages.

#### 4. PRIORITES DE L'AIDE AU DEVELOPPEMENT

En RCA, très de peu de partenaires au développement interviennent dans ce domaine. Le PAM intervient de manière ponctuelle et ciblée pour faire face à la sécurité alimentaire, à travers la distribution de vivres aux personnes déplacées et aux personnes rendues vulnérables par suite de conflits armés, d'épidémies ou de pandémie et de catastrophes naturelles. La FAO intervient dans le pays en terme d'appui technique et matériel surtout pour les cultures vivrières et maraîchères en faveur des communautés de base, mais également de manière localisée.

Dans ces conditions, les appuis à rechercher auprès des partenaires au développement devraient pouvoir permettre à court terme, d'étendre à l'échelle nationale, les opérations de distribution de vivres, sous forme de Vivres contre Travail en appui à la distribution des semences. A moyen et long terme, un appui technique et opérationnel pourrait être apporté pour la mise en œuvre des composantes intensification et diversification du Programme Spécial de Sécurité Alimentaire (PSSA) à travers la formation en système de production (promotion des techniques culturales appropriées, de la diversification culturale, du petit élevage familial et communautaire, etc.) et la fourniture d'intrants agricoles et microcrédits aux organisations paysannes et aux ménages.

## 5. MECANISMES DE SUIVI ET D'EVALUATION

### Environnement pour le suivi et l'évaluation

A l'heure actuelle aucun dispositif de suivi et d'évaluation n'est opérationnel pour la coordination et le suivi des actions liées à la sécurité alimentaire. Il n'existe aucune connaissance précise sur l'ampleur de la prévalence de la malnutrition chez les enfants de tout le pays. Les services de statistiques agricoles qui devraient renseigner efficacement sur les aspects alimentaires en Centrafrique éprouvent d'énormes difficultés aussi bien sur le plan institutionnel que matériel et technique. Cependant, les opérations d'enquêtes telles que MICS, Enquête nutritionnelle, Enquête agricole que pourrait mener l'Institut centrafricain des statistiques conjointement avec le Ministère de la santé et le Ministère en charge du Monde rural devraient aisément renseigner sur quelques indicateurs retenus pour le suivi de la lutte contre la faim et la malnutrition.

Une évaluation du dispositif actuel de suivi et d'évaluation donne le résultat suivant :

**Tableau 2** : Evaluation du dispositif de suivi évaluation:

	Evaluation		
	Faible	Moyenne	Faible
Capacité à collecter des données	x		
Qualité de l'information récente	x		
Capacité à suivre l'information statistique	x		
Capacité à l'analyse statistique		x	
Capacité d'utilisation et d'incorporation des données statistiques	x		
Mécanisme de suivi évaluation	x		

Source : ICASEES/ MEPCI

## Objectif 2

# Assurer une éducation primaire pour tous

### CIBLE 3

D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires.



## OBJECTIF 2 : ASSURER UNE EDUCATION PRIMAIRE POUR TOUS

**Cible 3 : D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires**

**Indicateur 6 :** Taux net de scolarisation dans le primaire

**Indicateur 7 :** Proportion d'écoliers commençant la première année d'études dans l'enseignement primaire et achevant la cinquième année

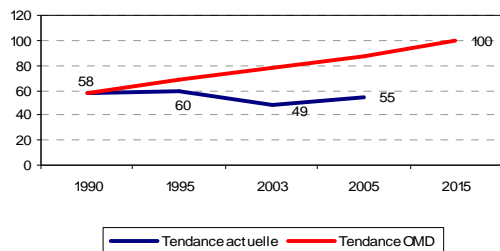
**Indicateur 8 :** Taux d'alphabétisation des 15 à 24 ans

### 1. SITUATIONS ET TENDANCES 1990–2005

#### 1.1 Evolution des indicateurs

Le **taux net de scolarisation** dans le primaire, après une baisse continue liée aux crises qu'a connues le pays (40% en 2000<sup>8</sup> contre 60% en 1995 et 58% en 1990) est à nouveau en hausse avec 55,5%<sup>9</sup> pour l'année scolaire 2005-2006. Ce taux varie selon les milieux de résidence et le sexe. Il est de 70% en milieu urbain contre 32% en milieu rural. Les filles sont moins scolarisées (40%) que les garçons (72%).

**Graphique 3 :** Evolution du taux net de scolarisation



L'achèvement fait appel aux promotions, aux redoublements et aux abandons qui interviennent pour l'atteinte de l'efficacité du système.

**Tableau 3 :** Niveau d'efficacité du système scolaire en RCA

	1995	2000	2005
Taux Promotion	70%	70%	70,0%
Taux Redoublement	16,8%	19%	29,0%
Achèvement	45,7%	48,2%	31%

**Source :** Données calculées à partir des annuaires de l'éducation

<sup>8</sup> Annuaire statistique de l'éducation 2003-2004, publié

<sup>9</sup> Direction des Statistiques, de la Planification et de la Carte Scolaire du Ministère de l'Education

S'agissant du taux d'achèvement, le pays a perdu 7 points au courant de la décennie 1995-2005. Ceci est la conséquence de l'insuffisance des acquis scolaires d'une part et de la mauvaise perception de l'école. Le taux de promotion, quant à lui, est resté stable durant la même période. En ce qui concerne le taux de redoublement, il a gagné plus de 10 points passant de 17% en 1995 à 29% en 2005.

La relance du taux net de scolarisation dans le primaire après 2003 découle des efforts déployés par le Gouvernement pour tendre vers les objectifs de 2015 assignés aux 25 pays à très faible taux de scolarisation des filles, ainsi que des mesures prises en faveur de la scolarisation d'un grand nombre d'enfants et leur maintien dans le système. L'ensemble de ces mesures a été soutenu par l'UNICEF et le PAM depuis quelques années.

En matière d'alphabétisation, les données ne sont guère meilleures. Le taux d'alphabétisation est passé de 37,2% en 1988 à 41,4% en 2003 après avoir connu un pic de 49,6% en 2000. Ici encore les disparités sont criardes selon les milieux de résidence et le sexe. Les citadins sont mieux alphabétisés (70%) que les ruraux (28,5%). Les hommes (53%) sont plus à même de déchiffrer l'alphabet que les femmes (36%).

#### 1.2 Principales causes

Le faible niveau du TNS découle des nombreuses grèves ainsi que des années blanches qui ont affecté le système scolaire. Depuis une décennie, les élèves perdent chaque année, au moins deux (02) mois de cours, en raison des multiples grèves des enseignants. Par ailleurs, les conditions d'apprentissage sont largement en dessous des seuils admis : le ratio moyen élèves/maître qualifié de 97/1 cache des réalités courantes de 120/1 et le ratio élèves/livre se situe entre 6 et 12/1.



Le recul net du taux d'alphabétisation depuis ces dernières années est consécutif à la désorganisation et au dysfonctionnement du système éducatif au cours de la décennie antérieure. En effet, le système éducatif continue de subir les effets des Programmes d'Ajustement Structurel qui ont été caractérisés par i) des départs massifs des enseignants de la fonction publique au cours des années 90 ii) la fermeture de nombreuses écoles consécutive à la diminution de l'effectif des enseignants et iii) la réduction drastique des investissements dans le secteur.

### 1.3 Possibilité d'atteindre l'objectif 2015

L'objectif de l'éducation universelle sera difficilement atteint en 2015, au vu des tendances d'évolution des indicateurs et des nombreux problèmes que connaît le secteur : faible montant des dépenses éducatives, déficit en ressources humaines, en matériels didactiques, en infrastructures, et mauvaise perception de l'école par les communautés, etc. Cependant, des simulations tenant compte des importants financements de l'initiative Fast Track montrent que l'objectif sur la scolarisation universelle pourrait être atteint en 2020.

## 2. LES DEFIS A RELEVER POUR ATTEINDRE LA SCOLARISATION UNIVERSELLE

Les principaux défis pour atteindre la scolarisation universelle à l'horizon 2015 reposent sur quatre enjeux majeurs qui sont : (i) la disponibilité d'un personnel enseignant suffisant et de qualité avec son kit pédagogique, (ii) l'amélioration du contenu et des méthodes d'enseignement, des supports didactiques et la disponibilité des manuels scolaires (iii) l'accroissement de l'offre des services éducatifs dans un pays vaste et à très faible densité démographique, (iv) le relèvement de l'image de l'école au sein des communautés et l'amélioration de la qualité de l'environnement scolaire. Ces éléments constituent un minimum pour ouvrir la porte des écoles à tous les enfants en âge scolaire et les maintenir jusqu'à la fin du cycle. A défaut, un (1) enfant en âge scolaire sur trois (3) ne sera pas à l'école en 2015.

## 3. LES POLITIQUES NATIONALES

Au lendemain de la crise que le pays a traversé, un programme de réhabilitation et de relance du secteur de l'éducation a été élaboré et a bénéficié entre autres des ressources du LICUS de la Banque Mondiale. Ce programme s'articule autour de quatre axes : (i) la relance du fonctionnement de l'administration centrale et

décentralisée, (ii) l'appui aux activités de contrôle et de suivi pédagogique, (iii) l'appui au système de collecte et de production des données sur l'éducation, (iv) le recyclage et le redéploiement des instituteurs. Ce programme a permis de redémarrer la machine scolaire et de remettre les élèves en classe, après la longue période de crises des dernières années,

En marge de la relance des activités, le Gouvernement a réalisé le Rapport d'Etat du système Educatif Centrafricain (RESEN-CA) avec l'accord du CONFEMEN et l'aide de l'UNESCO, de la Banque mondiale et de la Coopération Française. Le travail de chiffrage en cours permettra d'affiner les scénarios de développement du secteur et d'élaborer un document de politique sectorielle. D'ici octobre, le document du pays sera présenté et discuté dans le cadre de l'initiative Fast Track.

En outre, le Gouvernement a poursuivi le programme de scolarisation des enfants en général et des filles en particulier par la mise en œuvre de mesures incitatives pour encourager les parents à scolariser davantage les filles. Il s'agit principalement de (i) l'admission des enfants à l'école sans acte de naissance, (ii) la distribution des kits scolaires et (iii) la réduction des redevances scolaires (iv) l'ouverture de cantines scolaires.

Le Gouvernement a poursuivi, autant que faire se peut, la mise en œuvre du plan national de développement de l'éducation, élaboré et adopté en 2000 avec l'appui des partenaires. Les grandes lignes des actions menées se rapportent (i) au recrutement et à la formation du personnel enseignant; (ii) à la réalisation des infrastructures et aux équipements des salles de classes; (iii) à la fourniture de matériel didactique et pédagogique ; (iv) au développement et à la vulgarisation des nouveaux curricula ; (v) à la dotation en matériels didactiques ; (vi) à l'aménagement du cadre scolaire et; (vi) au diagnostic exhaustif du système.

## 4. PRIORITES DE L'AIDE AU DEVELOPPEMENT

Pour permettre à l'enseignement fondamental de répondre aux défis cités ci haut, les priorités de l'Aide Publique au Développement devraient viser les axes suivants : (i) le renforcement des capacités du personnel enseignant, leur dotation en kit pédagogique et leur utilisation effective; (ii) la dotation des établissements en manuels scolaires et matériels didactiques et des élèves en kits scolaires (iii) la réhabilitation et la construction de salles de classe dans les zones

où les besoins sont manifestes et leur équipement ; (iv) le renforcement des moyens d'actions des équipes et structures d'encadrement pédagogique; (v) le développement des cantines scolaires et (vi) le renforcement du dispositif de collecte, de traitement et de diffusions des données des statistiques scolaires.

## 5. MECANISME DE SUIVI ET EVALUATION

### 5.1 Environnement pour le suivi et l'évaluation

En matière de suivi et évaluation des effets des politiques mises en œuvre dans le domaine de l'enseignement, le Gouvernement dispose d'une structure et des outils fonctionnels de collecte et traitement des données. C'est la Direction Générale des Etudes, des Statistiques et de la Planification qui, à travers la Direction des Statistiques, de la Planification et de la Carte scolaire et la Direction des Etudes et des Analyses Prospectives qui collectent les informations, élabore et produit régulièrement l'Annuaire des Statistiques Scolaires, analyse et suit l'évolution des indicateurs.

Le défi consiste à mettre davantage de moyens pour que les collectes de données se fassent au moment voulu dans un délai non extensible et pour renforcer les capacités des agents de collecte en vue de traitements locaux.

### 5.2 Principaux indicateurs nécessaires pour le suivi et l'évaluation de la réalisation de l'objectif

L'éducation universelle étant le but ultime, les indicateurs de suivi seront : le taux d'inscription au CI, le taux net de scolarisation dans le primaire, le taux d'achèvement du fondamental 1 et le taux d'alphabétisation des 15-24 ans. L'évaluation des structures en charge donne le tableau suivant :

**Tableau 4 :** Evaluation du dispositif de suivi évaluation

	Evaluation		
	Faible	Moyen	Forte
Capacité de collecte des données		x	
Qualité de l'information récente		x	
Capacité de suivre l'information statistique	x		
Capacité à l'analyse statistique	x		
Capacité d'utilisation et d'incorporation des données statistiques		x	
Mécanisme de suivi et évaluation	x		

Source : Ministère de l'Education



## Objectif 3

# Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes

### CIBLE 4

Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard.



## OBJECTIF 3 : PROMOUVOIR L'EGALITE DES SEXES ET L'AUTONOMISATION DES FEMMES.

**Cible 4 : Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard**

**Indicateur 9 :** Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur

**Indicateur 10 :** Taux d'alphabétisation des femmes de 15 à 24 ans par rapport aux hommes

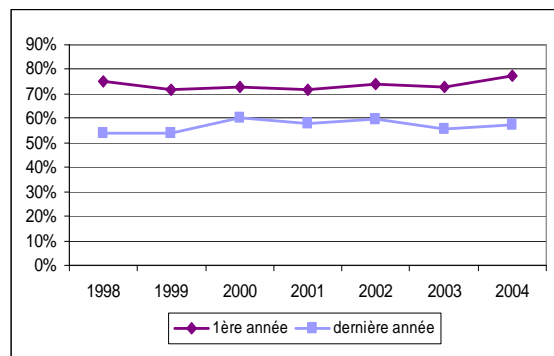
**Indicateur 12 :** Proportion de sièges occupés par des femmes au parlement national

### 1. SITUATION ET TENDANCES 1990–2006

#### Evolution des indicateurs

La simple comparaison des TBS ne suffit pas à décrire les disparités de genre. Il convient de pousser plus avant l'analyse des scolarisations par l'étude des profils. Le RESEN<sup>10</sup> indique que les inégalités filles/garçons<sup>11</sup> sont restées sensiblement les mêmes pour la 1<sup>ère</sup> et la dernière année du F1 au cours des huit dernières années. En effet, le rapport des effectifs filles/garçons entre 1998 et 2004 oscille en première année entre 70% et 80% et entre 50% et 60% en dernière année, sans évolution notable.

**Graphique 4 :** Evolution du ratio filles/garçons 1998-2004



Source : Annuaire et données scolaires 1998-2004

Toujours selon le RESEN, le rapport des effectifs filles/garçons sur les deux cycles (fondamental 2 et secondaire général confondus) est passé d'environ 40% au début des années 1990 à environ 50% au début des années 2000 et 60%

<sup>10</sup> Les données utilisées pour analyser les évolutions des inégalités de genre découlent du RESEN 2007.

<sup>11</sup> Cet indicateur doit tendre vers les 100% pour les OMD.

en 2005 montrant ainsi que les inégalités fille/garçon dans le fondamental 2 et le secondaire général ont tendance à diminuer de façon significative. Quant à l'enseignement supérieur, le RESEN montre que les filles sont trois à quatre fois moins nombreuses que les garçons.

On voit donc que les écarts entre filles et garçons augmentent tout au long de la scolarité, et se creusent spécialement dans les transitions entre le fondamental 2 et le secondaire général, puis entre le secondaire général et le supérieur. Globalement ces inégalités sont beaucoup plus marquées dans les zones rurales et parmi les plus pauvres.

En ce qui concerne le taux d'alphabétisation, il est resté stable entre les deux recensements (1988 et 2003) autour de 46% pour les jeunes de 15-24 ans. Les garçons de cet âge sont plus alphabétisés (56,7%) que les filles (37,4%).

Au niveau politique, la proportion des sièges occupés par les femmes à l'Assemblée Nationale a légèrement progressé, passant de 05 femmes pour 109 députés pendant la dernière législature (2000-2003) à 10 femmes pour 105 députés au cours de la législature actuelle.

#### Principales causes

En ce qui concerne la scolarisation des filles, les analyses du RESEN ont montré que, pour réduire les inégalités entre filles et garçons, il est important qu'en plus des politiques et mesures spécifiques, soit améliorée la scolarisation de façon générale. Les faibles performances du système éducatif au cours des deux dernières décennies expliquent donc en partie la persistance des inégalités filles/garçons.

De manière structurelle, les inégalités scolaires entre les garçons et les filles trouvent leurs



sources dans les représentations sociales et individuelles que l'on a des filles et des garçons d'une part, et d'autre part, des rôles de sexe. Ces représentations affectent les attitudes, les comportements, les choix et les appréciations de l'ensemble de la société. D'autres facteurs plus spécifiques contribuent à maintenir ces inégalités. Il s'agit notamment du niveau de pauvreté généralisée des familles et du frein que constitue la non application réelle des textes et des lois en vigueur.

### **1.3 Possibilité d'atteindre l'objectif 2015**

Le pays a déjà raté les objectifs du millénaire, fixant un rapport égal fille/garçon dans l'enseignement primaire et secondaire pour l'année 2005. Dans les conditions actuelles, il semble que l'objectif ne sera probablement pas atteint pour 2015, puisque les conditions d'accès des filles à l'école et de leur maintien ne sont toujours pas réunies. Dans le domaine politique, des lois et mesures concrètes (tel le système de quota) devraient être prises en direction de la parité, si l'on veut qu'il y ait davantage de femmes représentées dans les institutions de décision.

## **2. LES DEFIS A RELEVER POUR LA PROMOTION DE L'EGALITE DES SEXES**

La réduction des disparités dans les enseignements primaire et secondaire passe par un certain nombre de défis à relever : (i) l'atténuation de l'effet des pesanteurs socio-culturelles et institutionnelles; (ii) l'accroissement de manière rapide et sensible des revenus des ménages surtout en zone rurale et (iii) la scolarisation universelle dans toutes les régions du pays.

## **3. LES POLITIQUES NATIONALES**

La République Centrafricaine a ratifié de nombreux traités internationaux et programmes d'action relatifs aux droits humains. Plus spécifiquement, la RCA a ratifié la Convention pour l'élimination de la discrimination à l'égard de la Femme (CEDEF). Par ailleurs, le gouvernement a adopté le 27 décembre 2004 une nouvelle Constitution qui garantit à l'homme et à la femme des droits égaux dans tous les domaines.

En 2005, le Gouvernement a adopté une nouvelle « Politique de Promotion de l'Égalité et de l'Équité » qui consacre le genre comme stratégie de mobilisation des ressources pour la réduction de la pauvreté et l'atteinte des OMD. C'est dans ce cadre que des actions

stratégiques seront menées de manière à : i) Améliorer le cadre juridique, légal et institutionnel pour l'égalité et l'équité de genre à travers l'harmonisation des textes législatifs et réglementaires adoptés au niveau national avec les conventions internationales ratifiées; ii) Accroître la participation des femmes dans les prises de décision en menant des actions de plaidoyer auprès des décideurs politiques et des séances de sensibilisation et de communication pour le changement de comportement auprès des populations, des leaders d'opinion, des leaders religieux, et des partis politiques; iii) Impliquer davantage les femmes dans le processus de paix et de résolution des conflits.

## **4. PRIORITES DE L'AIDE AU DEVELOPPEMENT**

Les partenaires au développement devront prioritairement axer leur appui sur: (i) l'éducation des filles et l'alphabétisation des femmes surtout en milieu rural; (ii) le renforcement du pouvoir économique des femmes et leur pleine participation à la prise de décision à tous les niveaux; (iii) l'éducation de la population pour l'adoption de comportements favorables au développement, notamment l'égalité et l'équité entre les hommes et les femmes dans la production de la richesse, le contrôle et l'accès aux bénéfices; (iv) le renforcement du cadre juridique dans le domaine de la protection et de la promotion des droits de la personne humaine ; (v) le renforcement des capacités des structures gouvernementales et non gouvernementales œuvrant dans le domaine de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes.

## **5. MECANISMES DE SUIVI ET EVALUATION**

### **Environnement pour le suivi et l'évaluation**

Les mécanismes de suivi/évaluation de manière générale restent très faibles au niveau national. Pour remédier à ce problème, le Plan d'Action de la Politique Nationale de Promotion de l'Égalité et de l'Équité, en cours de finalisation, prévoit un mécanisme souple de coordination et de suivi/évaluation. Cet instrument sera appuyé par le renforcement des capacités des services statistiques des ministères sectoriels (Affaire Sociale, Education, santé, Plan, etc.) pour la production et la mise à jour des données sur le genre.

**Tableau 5 :** Evaluation du dispositif de suivi évaluation

	Evaluation		
	Faible	Moyen	Forte
Capacité de collecte des données		x	
Qualité de l'information récente		x	
Capacité de suivre l'information statistique	x		
Capacité à l'analyse statistique	x		
Capacité d'utilisation et d'incorporation des données statistiques	x		
Mécanisme de suivi et évaluation	x		

Source : Ministère des affaires sociales

### Principaux indicateurs nécessaires pour le suivi et l'évaluation de la réalisation de l'objectif

- Le taux d'accès des filles à l'enseignement primaire ;
- Le ratio filles / garçons dans l'enseignement primaire et secondaire ;
- Le taux d'alphabétisation des femmes par rapport aux hommes ;
- Le taux de représentativité des femmes au sein des institutions (Assemblée Nationale, Cour Constitutionnelle, Communes).

## Objectif ④

# Réduire la mortalité des enfants des enfants de moins de 5 ans

### CIBLE 5

Réduire de 2/3, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.





## OBJECTIF 4 : REDUIRE LA MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

**Cible 5 : Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans**

**Indicateur 13 :** Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

**Indicateur 14 :** Taux de mortalité infantile

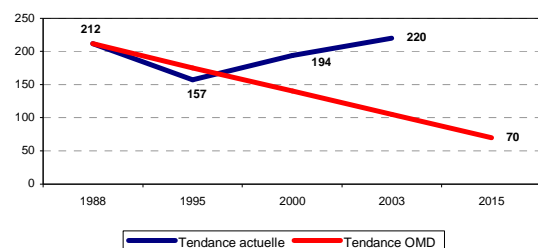
**Indicateur 15 :** Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole

### 1. SITUATION ET TENDANCES

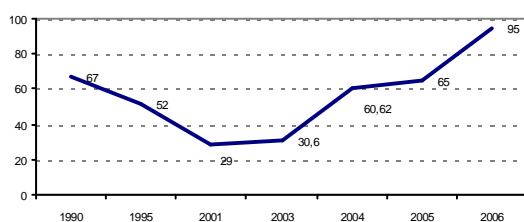
#### Evolution des indicateurs

La situation sanitaire des enfants de moins de 5ans est préoccupante, car elle ne cesse de se dégrader depuis le milieu des années 90. Le taux de mortalité infanto-juvénile est en effet passé de 157‰ en 1995 à 194‰ en 2000 puis à 220‰ en 2003. Il est donc remonté et a même dépassé son niveau d'avant 1990 (212‰). En 2003, sa distribution est inégale selon la zone de résidence, 188‰ en milieu urbain contre 228‰ en milieu rural. Selon le genre, les garçons sont plus vulnérables que les filles avec respectivement 230‰ et 210‰. Au plan géographique, les régions sanitaires 4 et 6 sont les plus touchées avec respectivement 250‰ et 265‰.

**Graphique 5 :** Evolution du taux mortalité des enfants de moins de 5 ans.



**Graphique 6 :** Evolution du taux de couverture vaccinale anti-rougeoleuse chez les enfants de 0-11 ans



De la même manière, le taux de mortalité infantile est passé de 97‰ en 1995 à 132‰ en

2003. Il représente environ 60% des décès entre 0 et 5 ans, soit 3 décès sur 5 dans cette tranche d'âge.<sup>12</sup> Les garçons (137‰) sont plus touchés que les filles (127‰), de même que les zones rurales (141‰) comparées aux régions urbaines (116‰).

#### Principales causes de la détérioration de la santé et de la mortalité des enfants de 0-5 ans.

Elles sont nombreuses et de nature diverse. Sur le plan des maladies, on peut citer le paludisme, la rougeole, les IRA et les maladies diarrhéiques comme causes principales des décès des enfants de moins de cinq ans.

Sur le plan socio-économique et institutionnel, on peut retenir : (i) le faible niveau des revenus des ménages qui freine l'accessibilité financière aux services de santé (ii) la faible performance du système national de santé caractérisée par : l'insuffisance de personnel de santé qualifié, la vétusté des infrastructures et des équipements sanitaires, l'insuffisance du circuit de distribution des médicaments et les grandes disparités régionales dans la répartition des ressources (iii) les crises militaro-politiques récurrentes qui ont empêché une mise en œuvre adéquate des programmes de santé en faveur des enfants, et qui ont également occasionné la destruction des infrastructures sanitaires, la perte des équipements biomédicaux et chirurgicaux ainsi que le déplacement massif des populations dans les régions affectées par le conflit, (iv) le faible accès à l'eau potable, à l'assainissement de base et à l'hygiène du milieu, (v) le très faible niveau d'alphabétisation des mères qui ne favorise pas le changement de comportement

<sup>12</sup> On notera, selon les statistiques sanitaires de 2006 de l'OMS, que la part de la mortalité néonatale représente environ 40% de la mortalité entre 0 et 12 mois. En 2000, elle a été estimée à 47,6‰ pour la RCA.

dans l'alimentation, la nutrition et la prise en charge correcte à domicile des premiers soins et la prévalence des maladies comme le paludisme, le SIDA et les maladies diarrhéiques.

### **Possibilité d'atteindre l'objectif 2015**

Si les tendances observées au cours des dix dernières années ne sont pas inversées, il est peu probable que l'objectif 5 soit atteint en 2015. Il ne peut en être autrement tant que d'importantes ressources extérieures ne seront pas mobilisées et ce, dès à présent. Elles permettraient ainsi de renforcer le processus d'amélioration en cours de la couverture vaccinale des principales maladies de l'enfance (rougeole et tétanos néo natal) et du système de surveillance intégré mis en place pour le contrôle des maladies. Elles aideraient en outre, à étendre sur l'ensemble du territoire, les autres programmes dont les stratégies ont été élaborées conformément aux orientations mondiales.<sup>13</sup> Ces actions devront par ailleurs être soutenues par un partenariat intersectoriel effectif et dynamique, notamment dans les domaines suivants : l'alphabétisation, l'eau et l'assainissement, l'agriculture et le microcrédit.

## **2. LES DEFIS POUR L'AMELIORATION DE LA SITUATION SANITAIRE DES ENFANTS**

Les principaux défis dans ce domaine concernent : (i) la mobilisation des communautés pour une première prise en charge des soins à domicile, ce qui permettra de soulager et de désengorger les formations sanitaires, (ii) la réhabilitation de constructions et remise à niveau des infrastructures/équipements pour la mise en œuvre à l'échelle nationale des programmes de santé infanto-juvénile, (iii) le recrutement et la motivation de personnel de santé qualifié et leur déploiement de façon équitable sur l'ensemble du pays, (iv) le renforcement de l'appropriation des communautés autour des programmes de santé infantile (moustiquaires imprégnées d'insecticide, nutrition et lutte contre l'insalubrité), et (v) l'intégration des activités de lutte contre la mortalité des enfants aux autres programmes de santé.

## **3. LES POLITIQUES NATIONALES**

Hormis le PEV qui a reçu un important financement extérieur et dont les succès ont été

primés, les autres programmes connaissent une mise en œuvre difficile faute de ressources. Afin d'y pallier, des politiques et/ou plans stratégiques ont été adoptés pour la période 2006-2015, en cohérence avec le PNDS II. Il s'agit du « plan pluriannuel du PEV 2007-2011 » - qui est validé et nécessitera que l'action multi partenariale actuelle soit maintenue afin de consolider les résultats positifs amorcés depuis 2004 – et du « plan stratégique 2007-2011 de la PCIME » - qui est dans sa phase d'extension mais qui aura besoin de ressources importantes pour sa mise en œuvre à l'échelle de tout le Pays. Il en est de même pour le Plan Stratégique National 2006-2010 « Faire reculer le paludisme », de la PTPE, et de la Politique nationale de nutrition. Les stratégies en cours pour la mise en place des réseaux communautaires de mutuelles de santé devraient être étendues et consolidées pour faciliter le paiement communautaire des soins.

## **4. PRIORITES DE L'AIDE AU DEVELOPPEMENT**

Les priorités de l'Aide Publique au Développement, en matière de santé infanto-juvénile, doivent cibler trois axes : (i) le financement à échelle nationale et durable, des programmes ci-dessus cités, (ii) le soutien au mécanisme de surveillance épidémiologique intégrée des maladies de l'enfance, y compris le dispositif de contrôle du tétanos néonatal et des épidémies de rougeole et (iii) le financement des infrastructures et équipements dans le cadre de la remise à niveau des formations sanitaires.

## **5. MECANISMES DE SUIVI ET EVALUATION**

### **Environnement pour le suivi et l'évaluation**

La mise en place actuelle du réseau de surveillance intégrée des maladies de l'enfance est un atout qu'il faudra consolider, à l'instar du système de surveillance du PEV qui a permis à la RCA d'obtenir le prix d'excellence et d'encouragement à la vaccination au niveau régional en novembre 2006.

---

<sup>13</sup> La lutte contre le paludisme (GFATM/RBM), la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance (PCIME), la Prévention de la Transmission Parents-Enfants du VIH/SIDA (PTPE)

**Tableau 6 :** Evaluation du dispositif de suivi évaluation

	Evaluation		
	Faible	Moyen	Fort
Capacités à collecter des données		x	
Qualité de l'information récente		x	
Capacités à suivre l'information statistique		x	
Capacité à l'analyse statistique		x	
Capacité d'utilisation et d'incorporation des données statistiques		x	
Mécanisme de suivi et évaluation		x	

Source : Ministère de la Santé

### Principaux indicateurs nécessaires pour le suivi et l'évaluation de la réalisation de l'objectif

Le but ultime de la politique visera, en moins d'une décennie, à accélérer la baisse du taux de la MIJ de 220‰ à 70‰ d'ici 2015. Afin d'y parvenir pendant la phase 2007-2011, les principaux indicateurs à suivre sont :

- Taux de couverture adéquate des unités de soins infanto juvéniles en personnel qualifié ;
- Nombre de structures de prise en charge des maladies et autres infirmités des enfants de 0-5 ans réhabilitées et rééquipées ;
- Taux d'utilisation et de satisfaction de l'offre de soins de qualité ;
- Pathologies graves et invalidantes correctement traitées (Paludisme, la méningite, l'IRA) ;
- Taux de couverture vaccinale ;
- Part du financement intérieur dans les ressources globales.

## Objectif 5

# Améliorer la santé maternelle

### CIBLE 6

Réduire de 3/4, entre 1990 et  
2015, le taux de mortalité maternelle.





## OBJECTIF 5 : AMELIORER LA SANTE MATERNELLE

### Cible 6 : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle

**Indicateur 16 :** Taux de mortalité maternelle

**Indicateur 17 :** Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié

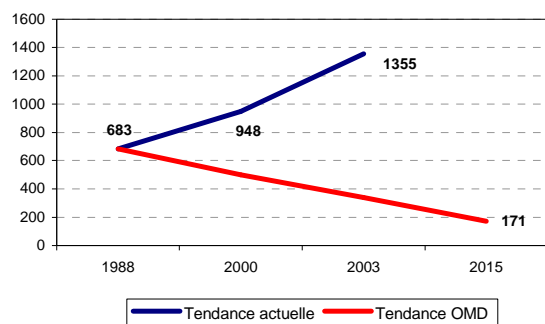
#### 1. SITUATION ET TENDANCES

##### Evolution de la situation

La santé des femmes enceintes s'est beaucoup détériorée au cours des deux dernières décennies. De 683 pour 100 000 naissances vivantes (NV) en 1988, le taux de mortalité maternelle a grimpé à 948 en 1995 avant d'atteindre le taux record de 1355 pour 100 000 NV en 2003, soit un des taux les plus élevés de l'Afrique subsaharienne.

En rapport avec cette évolution, on peut noter que la proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié est passée de 49,8% en 1995 à 44% en 2000. En outre, la couverture prénatale reste très faible avec seulement 34% des femmes enceintes ayant effectué au moins 4 visites prénatales en 2000, et 1/3 des grossesses considérées à risques en 2001, aussi bien dans la capitale qu'en province.

**Graphique 7 :** Evolution du taux de mortalité maternelle



##### Principales causes de mortalité maternelle

*Causes immédiates.* Les décès maternels surviennent dans 86,6% des cas de causes obstétricales directes : i) les hémorragies (37,7%), le travail prolongé par dystocies (24,4%) dont les ruptures utérines (11%) et les infections du post-partum (6,6%). Plus spécifiquement, le décès survient après les complications infectieuses des avortements clandestins (17%). Quant aux causes médicales

ou indirectes, (13,4% des décès), elles sont dues au paludisme et à l'éclampsie.

*Causes profondes et structurelles.* Les principaux facteurs de détérioration de la santé maternelle sont : (i) Les accouchements à domicile dont le taux est passé de 50,2% en 1995 à 52,4% en 2000. Ces accouchements sont effectués dans des conditions d'hygiène les plus déplorables par des accoucheuses traditionnelles dont les  $\frac{3}{4}$  ne sont pas formées ; (ii) La pauvreté des ménages qui limite l'accessibilité financière des femmes enceintes aux soins pré et postnatals et aux soins de qualité pendant et après l'accouchement dans une maternité ; (iii) L'accès très limité de la femme et de l'homme à l'IEC/CCC favorable à l'amélioration de leur santé reproductive, avec ses corollaires : (a) un taux élevé de l'infection à VIH/SIDA chez les femmes enceintes (15% en 2002, (b) une faible prévalence contraceptive : 27,9% (dont 6,9% et 3% respectivement en 2000 et en 1994 pour la contraception moderne) ; (iv) La faiblesse de l'offre des services de santé de qualité aux femmes enceintes caractérisée par : (a) une forte concentration du personnel qualifié à Bangui au détriment des zones rurales (régions et préfectures sanitaires), (b) une insuffisance et la vétusté des infrastructures et des équipements de Maternité Sans Risque (MSR) et (c) un faible mécanisme d'approvisionnement en produits de la Santé Reproductive (médicaments, réactifs, matériels et équipements d'urgences obstétricales et néonatales, moyens d'évaluation etc.); (v) le taux élevé d'analphabétisme des femmes qui a un effet néfaste sur l'amélioration de la santé de la mère<sup>14</sup> ; (vi) l'absence d'une approche communautaire qui limite le suivi prénatal au niveau des populations, surtout dans les zones reculées.

<sup>14</sup> Les enquêtes en cours (COS, PPS et MICS 2005) permettront de fournir des données actualisées d'ici 2007.



## Possibilité d'atteindre l'objectif 2015

Dans les conditions actuelles, les objectifs relatifs à la mortalité maternelle ne seront pas atteints en 2015. Par ailleurs, les possibilités d'atteindre cet objectif 5 sont d'autant plus réduites que d'une part, les écarts sont importants entre les ressources réelles à mobiliser et les intentions de financement des programmes en cours et que d'autre part, les actions à mener dépendent de plusieurs contraintes complexes et de plusieurs partenaires.

## 2. LES DEFIS POUR LA LUTTE CONTRE LA MORTALITE MATERNELLE

Les défis à surmonter pour espérer réduire les risques de mortalité maternelle pendant l'accouchement sont : (i) la motivation et le déploiement du personnel requis dans les zones reculées de sorte qu'au moins 80% des accouchements soient assistés par du personnel qualifié (ii) la réhabilitation et l'équipement des infrastructures d'accueil selon les normes requises, (iii) la mobilisation et la prise de conscience communautaire pour prendre en charge les urgences obstétricales et assurer l'évacuation. (iv) La mobilisation de ressources intérieures et extérieures pour assurer le financement des activités.

## 3. LES POLITIQUES NATIONALES

Les stratégies de réduction de la mortalité maternelle constituent l'une des composantes de la politique nationale de santé de la reproduction qui a été adoptée en octobre 2003. Les résultats des enquêtes COS et PPS permettront d'élaborer le programme national de réduction de la mortalité maternelle, en adéquation avec la feuille de route du plan d'accélération 2004-2015. Néanmoins, d'importants programmes visant l'amélioration de la santé maternelle sont en cours, en partenariat avec l'UNFPA, l'UNICEF, l'OMS et l'AFD pour la période 2007-2011. Cependant, le faible effectif des partenaires dans le domaine de la santé maternelle nécessite que des efforts de mobilisation d'autres intervenants bilatéraux et multilatéraux soient envisagés aux plans national et international.

## 4. PRIORITES DE L'AIDE AU DEVELOPPEMENT

Pour être efficace, l'aide au développement doit aller en direction des besoins prioritaires, à savoir : (i) La réhabilitation et la construction des unités de soins obstétricaux essentiels et

urgents (services de soins pré et post-natals, maternités, laboratoires, blocs opératoires, salles de réanimation) ; (ii) L'achat d'équipements adéquats, de matériels biomédicaux et chirurgicaux aux normes requises et d'ambulances équipées de matériels de soins intensifs et de radios de communication ; (iii) La formation continue spécialisée et en cours d'emploi du personnel, avec un accent particulier sur l'approche qualité en soins obstétricaux essentiels et urgents ; (iv) L'approvisionnement des structures sanitaires en produits de SR et en vaccins ; (v) L'appui aux initiatives relatives au partage des risques liés aux urgences obstétricales et néonatales (mutuelles de santé, activités génératrices de revenus).

## 5. MECANISMES DE SUIVI ET EVALUATION

### Environnement pour le suivi et l'évaluation

Le dispositif pour l'analyse de l'information sanitaire est encore insuffisant et doit être amélioré dans la perspective du suivi des réalisations (projets/programmes de réduction de la mortalité maternelle), des résultats intermédiaires (effets et extrants) et des indicateurs (d'impact) pour l'atteinte de l'objectif 5 d'ici 2015.

**Tableau 7** : Evaluation du dispositif de suivi évaluation

	Evaluation		
	Faible	Moyen	Fort
Capacité à collecter des données		x	
Qualité de l'information récente		x	
Capacité à suivre l'information statistique	x		
Capacité à l'analyse statistique		x	
Capacité d'utilisation et d'incorporation des données statistiques		x	
Mécanisme de suivi et évaluation	x		

Source : Ministère de la Santé

### Principaux indicateurs nécessaires pour le suivi et l'évaluation de la réalisation de l'objectif

- Pourcentage des structures de soins maternels réhabilitées et équipées ;
- Pourcentage des unités de soins respectant les normes et procédures cliniques en soins obstétricaux ;

- taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié (au sein des maternités) ;
- Pourcentage des urgences obstétricales (hémorragies, dystocies, infections puerpérales) correctement prises en charge ;
- Taux de couverture en surveillance pré et post-natale de qualité ;
- La prévalence contraceptive (en l'occurrence post-natale) ;
- Taux de couverture vaccinale des femmes enceintes en VAT2 et + ;
- le taux de couverture des structures communautaires en accoucheuses traditionnelles ;
- Pourcentage du personnel qualifié formé à la prise en charge correcte des causes obstétricales directes des décès maternels ;
- Pourcentage des ressources globales couvertes par le financement intérieur.

## Objectif 6

# Combattre le VIH/SIDA, le Paludisme et d'autres maladies

### CIBLE 7

D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle.

### CIBLE 8

D'ici à 2015, avoir maîtrisé le Paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle.



## OBJECTIF 6 : COMBATTRE LE VIH/SIDA, LE PALUDISME ET D'AUTRES MALADIES

**Cible 7 : D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle**

**Indicateur 18 :** Taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans

**Indicateur 20 :** Nombre d'enfants orphelins du Sida

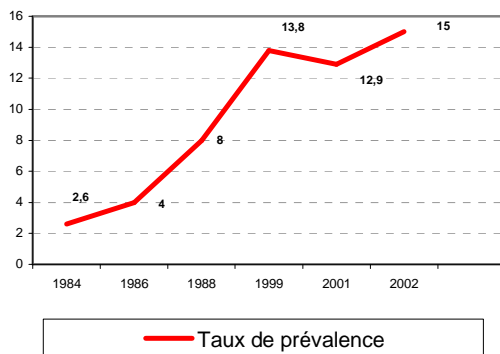
### 1. SITUATION ET TENDANCES 1990–2006

#### Evolution de la situation

Les données disponibles en RCA sur l'épidémie varient selon les sources, dans des proportions importantes et peuvent prêter à confusion. L'ONUSIDA a publié récemment un taux de prévalence de 10,7% tandis que l'enquête MICS 2006 indique un taux de prévalence de 6,2%. Etant donné qu'il s'agit de données ponctuelles, elles ne permettent pas de suivre l'évolution de l'épidémie. Pour ces raisons, le présent rapport se basera sur des données antérieures, estimées d'année en année à partir des mêmes démarches et donc pouvant donner des indications sur les tendances d'évolution du VIH/SIDA en RCA.

Depuis l'annonce officielle des premiers cas de SIDA en 1984, l'épidémie de l'infection à VIH n'a cessé de croître. De 2% en 1984, la prévalence est passée progressivement de 4% en 1986 à 8% en 1988 à l'issue des enquêtes randomisées réalisées à Bangui, pour atteindre 12,94% en 2001. Parallèlement, les données de la cartographie de l'infection à VIH réalisée en 2002 par l'Institut Pasteur de Bangui présentent une prévalence nationale de 15%.

**Graphique 8 :** Evolution du taux de prévalence chez les femmes de 15-49 ans



La cartographie de l'infection à VIH/SIDA révèle que le taux de prévalence parmi les femmes

enceintes âgées de 15-24 ans est de 26,7% et que les populations des zones rurales sont aussi infectées que celles des zones urbaines. Toutes les tranches d'âge des deux sexes sont touchées et surtout les personnes dans les âges les plus économiquement actifs, en particulier, les adolescentes et les jeunes femmes de 10 à 29 ans. Selon l'étude sur les impacts socio-économiques du SIDA sur le développement de la RCA réalisée par le PNUD en 2005, l'effectif des orphelins passerait de 143 850 en 2005 à 211 000 en 2015. Certaines catégories socioprofessionnelles sont particulièrement touchées (les enseignants, les hommes en tenue, les conducteurs des poids lourds, etc.).

#### Principales causes de l'explosion de l'épidémie

Les facteurs suivants expliquent les causes de la généralisation de l'épidémie : (i) La pauvreté et la détérioration des conditions de vie des populations ; (ii) Le poids de l'ignorance qui confine la majorité des populations dans des pratiques néfastes propices à la propagation de la maladie. Il en est ainsi de la persistance des comportements sexuels à risque reflétée par la faible proportion des adolescents des deux sexes qui disent ne pas utiliser le préservatif et des pratiques de multi-partenariat non protégé ; (iii) Le niveau d'information en matière de VIH/SIDA qui reste encore faible (Rapport PNUD, 2005) et la faible fréquentation des structures d'encadrement des jeunes (UEPA, Octobre 2005) ; (iv) La faible intégration de la lutte contre le VIH/SIDA dans la politique globale de développement qui n'a pas permis une prise en compte efficace de la lutte. A cela s'ajoute la non appropriation de la lutte par les acteurs en général et la société civile et la communauté en particulier.

#### Possibilité d'atteindre l'objectif 2015

Les tendances observées dans l'évolution de l'épidémie montrent que dans les conditions actuelles, il sera difficile au pays de réaliser cet objectif si des actions et des mesures



vigoureuses ne sont prises dès maintenant. Il s'agit d'intensifier le programme national de prévention contre le VIH/SIDA, d'accroître l'offre des services en rendant disponibles et accessibles les préservatifs et la prise en charge.

## **2. LES DEFIS DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA**

Les principaux défis auxquels le pays doit faire face pour stopper la progression du VIH/SIDA sont : (i) Les changements de comportements des populations vis-à-vis de la maladie à travers des vastes programmes de lutte contre la pauvreté, de prévention, de sensibilisation ainsi qu'une plus large mobilisation des populations vulnérables en particulier les femmes et les jeunes (notamment par l'introduction du VIH/SIDA dans les curricula); (ii) La prise en charge intégrale de tous les PVVIH (40 000) et orphelins du SIDA (140 000); (iii) Le renforcement de l'appropriation de la lutte par les acteurs, les communautés et la société civile.

## **3. LES POLITIQUES NATIONALES**

Pour réduire la propagation de l'infection à VIH et son impact sur la communauté, le Gouvernement a mis en place dès 1987, un Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) dont la coordination était assurée par le Ministère de la Santé. D'autres organes consultatifs ont été progressivement créés notamment le Comité National de Lutte contre le SIDA sous la présidence du Ministre de la Santé Publique et de la Population. Pour renforcer l'approche multisectorielle de lutte contre le VIH/SIDA, un autre comité national de lutte contre le SIDA (CNLS) a été créé le 26 Janvier 2001 et placé sous l'autorité directe du Président de la République.

Le Gouvernement Centrafricain a développé et mis en œuvre successivement de 1987 à 2005 des plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH/SIDA. Le dernier Cadre Stratégique National 2006-2010 (CSN) s'est inspiré du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), de la politique nationale de promotion de la femme et de la politique nationale de l'équité et de l'égalité des sexes. Ce nouveau CSN a pour ambition pour 2010, de contenir et de réduire la propagation du VIH et d'améliorer la qualité de vie des personnes infectées et/ou affectées. Les principaux axes stratégiques retenus dans le CSN sont :

- Intensification de la prévention pour réduire la transmission de l'infection à VIH ;

- Amélioration de la prise en charge globale des personnes infectées et/ou affectées par le VIH/SIDA ;
- Promotion d'un environnement favorable à la multisectorialité, à une meilleure gestion, au suivi évaluation et à la coordination des actions de lutte contre le VIH/SIDA.

Au cours de la dernière Assemblée Générale du Comité National de Lutte contre le SIDA, le chef de l'Etat a donné à chaque acteur des directives présidentielles pour les responsabiliser davantage dans la mise en œuvre du nouveau Cadre Stratégique National.

## **4. PRIORITES DE L'AIDE AU DEVELOPPEMENT**

Pour atteindre l'objectif du millénaire pour le développement, l'aide au développement reste une contribution importante pour accroître progressivement les capacités de prise en charge médicale de 3 500 malades aujourd'hui à 40 000 personnes en attente d'une prise en charge.

## **5. MECANISMES DE SUIVI ET EVALUATION**

Le Comité national de Lutte contre le VIH/SIDA joue un rôle de premier plan en matière de suivi et évaluation des activités de lutte contre le VIH/SIDA. Il veille à ce que les exercices de suivi des activités de mise en œuvre du Cadre Stratégique National soient effectués. Il œuvre en étroite collaboration avec des structures décentralisées dont les Comités préfectoraux de lutte contre le VIH/SIDA, le Comité de Bangui de Lutte contre le VIH/SIDA, les ONG, les Média et les communautés et le système d'information sanitaire alimenté par les programmes et projets. Le système mis au point n'est pas fonctionnel faute de moyens matériels, financiers et humains pour son opérationnalité. Pour permettre de mesurer les progrès accomplis, des enquêtes SIDA ou EDS doivent être réalisées pour le suivi des indicateurs. La non disponibilité des données sur une période donnée est un indicateur d'appréciation de la faiblesse du système. Le CNLS dispose d'un cadre Stratégique National avec des objectifs stratégiques, des indicateurs avec des valeurs de référence et valeurs cibles qui constituent un outil de pilotage du suivi de la mise en œuvre du CSN.



## Environnement pour le suivi et l'évaluation

**Tableau 8 :** Evaluation du dispositif de suivi évaluation

	Evaluation		
	Faible	Moyen	Fort
Capacité à collecter des données	x		
Qualité de l'information récente		x	
Capacité à suivre l'information statistique	x		
Capacité à l'analyse statistique		x	
Capacité d'utilisation et d'incorporation des données statistiques	x		
Mécanisme de suivi et évaluation	x		

Source : Ministère de la Santé

## Les principaux indicateurs nécessaires pour le suivi et l'évaluation de la réalisation de l'objectif

- Le taux de prévalence chez les femmes de 15-24 ans ;
- Taux d'accès aux ARV chez les femmes séropositives et enceintes ;
- Le taux de dépistage chez les jeunes et les femmes ;
- Nombre des OEV scolarisés.

## Cible 8 : D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle

<b>Indicateur 21 :</b>	Taux de prévalence du paludisme et taux de mortalité liée à cette maladie
<b>Indicateur 22 :</b>	Proportion de la population vivant dans les zones à risque qui utilisent des moyens de protection et des traitements efficaces contre le paludisme
<b>Indicateur 23 :</b>	Taux de prévalence de la tuberculose et taux de mortalité liée à cette maladie
<b>Indicateur 24 :</b>	Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre de traitements de brève durée sous surveillance directe

## 1. SITUATION ET TENDANCES

### Evolution de la situation

En République Centrafricaine, le paludisme est une endémie majeure en constante progression à côté du VIH/SIDA. Avec une prévalence de 26% en 1996 tous âges confondus et 32% en 2000 chez les enfants de 0 à 5 ans, il constitue la principale cause de morbidité et de mortalité. Par ailleurs, le paludisme, véritable problème de santé publique, représente 40% des causes de consultations, 40% des motifs d'hospitalisation dans les formations sanitaires et 45% des cas de mortalité hospitalière surtout chez les enfants de moins de 5 ans. En 2000, les plus atteints sont des enfants du milieu rural (34,4%) par rapport au milieu urbain (27,7%).

Pour ce qui concerne la tuberculose, sa résurgence est liée à la progression de la pandémie du VIH/SIDA. Chaque année 9.000 nouveaux cas sont attendus et la polychimiothérapie qui se fait par le Traitement Directement Observé (TDO ou DOTS) est bien conduite. Enfin, les maladies endémiques

que sont la lèpre, l'onchocercose, le ver de guinée, les troubles dus à la carence en iode et la méningite sont en régression.

### Principales causes de la résurgence du paludisme et possibilité d'atteindre l'objectif 2015

Cette situation est aggravée par l'insalubrité, le développement rapide de la résistance du parasite à la chloroquine, la rareté des partenaires au développement pour appuyer la lutte contre le paludisme, le recours tardif à une formation sanitaire qui augmente les complications et la pauvreté. Selon les résultats de l'analyse des bases épidémiologiques de lutte contre la tuberculose en 1999, les principales causes de l'augmentation des cas d'infection par la tuberculose sont la pauvreté, la promiscuité, la co-infection au VIH/SIDA et les ruptures de stocks d'antituberculeux.

L'objectif de 2015 peut être atteint si les moyens de lutte prévus sont mobilisés à temps. L'espoir est

permis avec les contributions du Fonds Mondial VIH/SIDA, Tuberculose et Paludisme dans le cadre de la distribution des moustiquaires aux mères.

## 2. LES DEFIS DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME ET AUTRES GRANDES MALADIES

### Dans le domaine de la lutte contre le paludisme

La promotion de la salubrité dans la perspective de l'amélioration du cadre de vie devrait être l'objectif premier de la lutte contre le paludisme. Elle doit s'accompagner d'autres mesures privilégiant l'information, l'éducation et la communication envers les populations et l'accès massif des ménages aux moustiquaires imprégnées.

### Dans le domaine de la tuberculose et les autres endémies

Le défi est d'augmenter la capacité de dépistage des tuberculeux et d'accroître la couverture de la stratégie DOTS.

## 3. LES POLITIQUES NATIONALES

En ce qui concerne le paludisme, le document de déclaration de politique de lutte contre le paludisme a été adopté en 2005. Il définit les grandes orientations en matière de lutte contre le paludisme et est assorti d'un plan stratégique de lutte contre la tuberculose. L'objectif premier de la lutte contre le paludisme est de redynamiser le réseau de dépistage et de traitement de la tuberculose dans l'ensemble du pays. Plus spécifiquement, il s'agit pour la période 2005-2009 de :

- Renforcer la sélection des cas suspects ;
- Renforcer les capacités de la Coordination du Programme ;
- Renforcer les capacités des laboratoires ;
- Renforcer les capacités du LNR ;
- Soutenir les activités du LNR ;
- Accélérer l'extension de la DOTS ;
- Mettre en place le système permanent d'évaluation des transférés et de relance des perdus de vue ;
- Gérer les malades.

## 4. PRIORITES DE L'AIDE AU DEVELOPPEMENT

En ce qui concerne les indicateurs 21 et 22, les partenaires au développement interviennent sur la

base du plan stratégique de lutte contre le paludisme qui prévoit d'atteindre 80 % de prise en charge correcte des cas de paludisme et 80 % de protection de la population par les moustiquaires imprégnées. La priorité est de fournir des moustiquaires imprégnées de longue durée et des médicaments aux groupes vulnérables (femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans). Pour les indicateurs 23 et 24, la priorité est la prise en charge correcte des cracheurs de BK et le dépistage par microscope suivi de la prise en charge.

## 5. MECANISMES DE SUIVI ET EVALUATION

Un mécanisme de suivi évaluation est mis en place au niveau des formations sanitaires via le système d'information sanitaire. Les outils de collecte de données harmonisés existent, les données collectées sont compilées et traitées au niveau du service de lutte contre le paludisme. Il en est de même pour la tuberculose confrontée au problème du faible taux de complétude et de promptitude et de la démotivation des agents de collecte des données au niveau des formations sanitaires. Pour contourner la difficulté, l'assistance aux formations sanitaires est conditionnée par la production des rapports d'activité.

### Environnement pour le suivi et l'évaluation

**Tableau 9** : Evaluation du dispositif de suivi évaluation

	Evaluation		
	Faible	Moyen	Fort
Capacité à collecter des données	x		
Qualité de l'information récente		x	
Capacité à suivre l'information statistique	x		
Capacité à l'analyse statistique	x		
Capacité d'utilisation et d'incorporation des données statistiques		x	
Mécanisme de suivi et évaluation	x		

Source : Ministère de la Santé

### Principaux indicateurs pour le suivi et l'évaluation de la réalisation de l'objectif

- Taux de prévalence ;
- Taux d'accès aux moustiquaires imprégnées ;
- Taux d'assainissement ;
- Taux d'accès aux médicaments et au traitement.

## objectif 7

# Assurer un environnement durable

### CIBLE 9

Intégrer les principes du développement durable dans les politiques nationales et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales.

### CIBLE 10

Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable salubre.

### CIBLE 11

Réussir, d'ici à 2020, à améliorer sensiblement la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis.





## OBJECTIF 7 : ASSURER UN ENVIRONNEMENT DURABLE

### Cible 9 : Intégrer les principes du développement durable dans les politiques nationales et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales

<b>Indicateur 25 :</b>	Proportion de zones forestières
<b>Indicateur 26 :</b>	Superficie des terres protégées pour préserver la biodiversité
<b>Indicateur 28 :</b>	Émissions de dioxyde de carbone (par habitant)

#### 1. SITUATION ET TENDANCES 1990–2006

##### Evolution de la situation

Le pays dispose d'importantes richesses naturelles renouvelables, avec un potentiel de 16 aires protégées d'une superficie de 67.615 km<sup>2</sup> soit 11% du territoire national en 2000. Il prévoit d'accroître progressivement la superficie des aires protégées de 67.615 km<sup>2</sup> en 2005, à 78.428 km<sup>2</sup> en 2010 et à 93.430 km<sup>2</sup> en 2015. Toutefois, aujourd'hui, les systèmes et moyens de protection des aires protégées sont non seulement très aléatoires, mais surtout très vulnérables face aux problèmes de braconnage, d'insécurité qui affectent particulièrement les régions du Nord et de l'Est où sont concentrées plus 90% des aires zones protégées. Du fait des conditions d'insécurité généralisée au cours des dix dernières années, 80% des aires protégées centrafricaines seraient menacées.

La superficie des forêts sous aménagement qui était de 150 208 ha en 2000 est passée en 2004 à 1 571 327 ha. En 2005, la presque totalité de la forêt du sud-ouest sera sous aménagement. Ceci permet d'avoir une meilleure connaissance de cette ressource, et d'en faire une meilleure planification pour sa gestion.

Pour la même période, les reboisements et les forêts classées sont passés de 5650 ha en 2000 à 6335 ha en 2004 soit 0,002%. Cette proportion reste encore très infime si l'on considère le taux de déboisement actuel (2500 ha/an) autour des grandes villes. Le taux de régression de la formation forestière qui était de 2,5% 1995 est passé à 2% 2004.

##### Principales causes de la dégradation de l'environnement

Les tendances à la dégradation de l'environnement sont étroitement liées à trois causes principales. Premièrement, le mode d'exploitation et de gestion n'est pas durable. En effet, la pression des ménages est croissante,

car plus de 90% des sources de consommation énergétique sont ligneuses, tant en milieu urbain que rural, 100% des pratiques agricoles sont extensives sur brûlis et 100% des activités pastorales sont liées à la transhumance. L'industrie forestière n'a pas suffisamment évolué vers le respect optimal des règles et normes d'abattage et d'aménagement privilégiant la préservation. Deuxièmement, les mesures administratives, juridiques et techniques de gestion et d'aménagement sont insuffisantes pour garantir la conservation de la biodiversité. Elles sont peu connues des acteurs, ou sont contournées en raison de la faiblesse du dispositif de contrôle. Troisièmement enfin, la politique de gestion du patrimoine n'est pas soutenue par un mécanisme de planification durable. Depuis son élaboration en 1998, le Plan National d'Action Environnemental n'est toujours pas appliqué.

##### Possibilité d'atteindre l'objectif 2015

Les efforts actuellement faits en matière d'aménagement forestier sont largement insuffisants pour réaliser les 93 430 km<sup>2</sup> en 2015. Ils sont annihilés par la faiblesse des capacités des institutions en charge du secteur à procéder à des réformes vigoureuses pour le relèvement du secteur. L'insécurité et la dégradation récurrente du contexte national ne sont pas de nature à garantir la durabilité des mesures de redressement.

#### 2. LES DEFIS DE LA LUTTE CONTRE LA DEGRADATION DE L'ENVIRONNEMENT

Trois défis majeurs sont identifiés : (i) La diversification des sources de consommation énergétique au niveau des ménages, le développement des pratiques agricoles et pastorales intensives et la promotion des modes d'exploitation et d'aménagement forestier durables; (ii) La promotion des mesures administratives, juridiques et techniques adaptées au besoin de conservation, avec la participation des acteurs; (iii) la planification



durable à travers la relance du processus du PNAE amendé.

### 3. LES POLITIQUES NATIONALES

D'importantes initiatives nationales et Conventions internationales (PNAE, PAFN, PDA, PDA/PARFF, PAF, Plan de Convergence de la COMIFAC, PFBC, PCIV, CDB, CCCC, CCD, etc.) ont jeté les bases de la gestion durable des ressources naturelles. La nouvelle politique en matière de gestion et de protection de la biodiversité s'articule autour de : (i) la gestion des projets transfrontaliers, (ii) l'expérience de cogestion des zones cynégétiques villageoises, (iii) la gestion des terroirs de chasse villageoise pour un développement durable. Elles ont permis de capitaliser des expériences en matière de planification participative, de gestion communautaire, et des permis d'exploitation, Beaucoup reste à faire pour avancer dans les perspectives définies par les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

### 4. PRIORITES DE L'AIDE AU DEVELOPPEMENT

Les plus grands projets sont financés par la communauté internationale (ECOFAC-NGOTTO et ECOFAC-ZCV, Zones Cynégétiques Villageoises ZCV) et demeurent des exemples mieux réussis en matière de gestion des ressources de la faune sauvage. Ils ont fortement impliqué les populations locales, particulièrement les femmes dans le processus de prise de décision et de planification de l'aménagement forestier et de la biodiversité. Le Fonds Mondial pour l'Environnement (FEM), dans le cadre du Projet Forêt Bangassou et du Projet « Stratégie et Plan d'Action pour la conservation de la Biodiversité » a fourni l'occasion de promouvoir l'expérience en matière de gestion hautement décentralisée des ressources de la biodiversité et la micro-finance. Il s'agit d'un instrument de gestion durable des aires protégées, et de promotion de la participation locale et des initiatives communautaires dans ce secteur. Enfin le consortium du WWF-International est le premier partenaire qui a introduit la notion de gestion

participative des aires protégées et développé l'I.E.C.

Face aux défis pendants, le renforcement de l'aide de la communauté internationale est plus que jamais indispensable. Les priorités de l'Aide Publique pourraient se concentrer sur la réforme du dispositif de planification et le renforcement des capacités institutionnelles en matière de programmation, de gestion technique et financière, de développement de l'éducation de masse liée à la gestion équitable des ressources de la biodiversité etc.

### 5. MECANISMES DE SUIVI ET EVALUATION

#### Environnement pour le suivi et l'évaluation

**Tableau 10** : Evaluation du dispositif de suivi évaluation

	Evaluation		
	Faible	Moyen	Fort
Capacité à collecter des données	x		
Qualité de l'information récente	x		
Capacité à suivre l'information statistique	x		
Capacité à l'analyse statistique		x	
Capacité d'utilisation et d'incorporation des données statistiques	x		
Mécanisme de suivi et évaluation	x		

Source : Ministère des Eaux, Forêts, Chasse et Pêche

#### Principaux indicateurs nécessaires pour le suivi et l'évaluation de la réalisation de l'objectif

Les principaux indicateurs sont :

- % de la superficie forestière par rapport au territoire national ;
- Superficie des aires protégées ;
- % des espèces menacées ;
- % sources d'énergie ligneuse dans la consommation énergétique.

## Cible 10 : Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable salubre

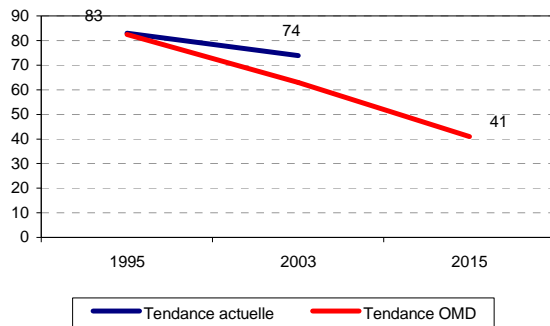
**Indicateur 29 :** Proportion de la population n'ayant pas accès à une source d'eau potable

### 1. SITUATION ET TENDANCES 1990 – 2006

#### Evolution des indicateurs

Près de 80% de la population n'avait pas accès à l'eau potable en 1995 contre 74% en 2006 (68,5% en milieu urbain et 74% en milieu rural en 2006). Si cette tendance se maintient, c'est plus de 60% qui n'y aurait toujours pas accès en 2015.

**Graphique 9 :** Proportion de la population n'ayant pas accès à l'eau potable



#### Principales causes du faible taux d'approvisionnement en eau potable

La conjonction d'un certain nombre de facteurs est à l'origine du faible taux d'accès à l'eau potable et du lent progrès enregistré dans son évolution. Les causes principales identifiées sont :

- Le coût élevé des infrastructures réalisées, en majeure partie, à partir de matériels importés ;
- la très forte dépendance de l'aide extérieure qui a chuté au cours de la dernière décennie ;
- le problème d'insécurité récurrente qui empêche ou freine les interventions dans certaines zones ;
- la pauvreté croissante des populations qui ne leur permet pas d'avoir accès à l'eau potable même lorsque les infrastructures sont disponibles ;
- Le problème de gouvernance et de gestion car le secteur se trouve confié à plusieurs départements à la fois.

### Possibilité d'atteindre l'objectif 2015

Les tendances des indicateurs du secteur de l'eau indiquent un taux de croissance annuelle de l'ordre de 0,8%. Dans les conditions actuelles, la possibilité d'atteindre l'objectif 2015 qui est de desservir 67% de la population rurale et 61% de la population urbaine en eau potable est peu probable, sauf si des mesures vigoureuses sont prises pour augmenter les taux de desserte.

### 2. DEFIS DE L'ACCES DES PAUVRES A L'EAU POTABLE

L'accroissement rapide des investissements (pour des montants importants) dans le secteur de l'eau reste le principal défi à surmonter pour améliorer l'accès des populations à l'eau potable. Par ailleurs, l'eau a un coût qui n'est pas toujours à la portée des pauvres. Enfin, il est important de réduire les inégalités de l'offre de service au niveau de la répartition géographique et au niveau des différentes couches sociales.

### 3. LES POLITIQUES NATIONALES

L'engagement du gouvernement en faveur du secteur de l'eau s'est traduit par l'élaboration du document de politique et stratégies en matière d'eau et d'assainissement (PSNEA) adopté dès 1983 pour régir les opérations du secteur. Deux plans d'actions (1983-1985 et de 1986-1990) ont été mis en œuvre, suivis de l'élaboration du Schéma Directeur de l'eau et de l'assainissement (1995-1997) validé en janvier 2001. Le document de politique et stratégie en matière d'eau et d'assainissement a été révisé et adopté en Septembre 2005 par le Gouvernement. La loi N°06.001 portant code de l'eau a été adoptée en 2006.

Les efforts budgétaires déployés en faveur de l'eau et de l'assainissement entre 1990-1999 se sont traduits par des dépenses d'environ 10% du budget total d'investissement. Depuis, ces taux sont retombés et se situent en moyenne autour de 2,5%.

La réforme du cadre institutionnel du secteur est en cours mais le manque de ressources est un handicap à sa mise en œuvre. Ce nouveau cadre institutionnel, qui se caractérise par l'option de décentraliser et de libéraliser le secteur, traduit une volonté de gestion

démocratique et participative des ressources allouées au développement du secteur. Cette réforme ne doit pas être vue comme un désengagement de l'Etat puisqu'il joue, d'une part, un rôle de régulateur en vue de garantir un meilleur accès à l'eau des populations les plus démunies et que d'autre part, il continue de rechercher et de mobiliser les ressources nécessaires pour le fonctionnement du secteur.

#### 4. PRIORITES DE L'AIDE AU DEVELOPPEMENT

Les principales réalisations dans le domaine de l'eau ont été exécutées avec l'aide des partenaires multilatéraux tels que l'UNICEF, le PNUD, l'Union Européenne, et dans le cadre de la coopération bilatérale avec le Japon, la France, la Suède et le Danemark. Avec l'assistance financière extérieure, le pays pourrait étendre l'approvisionnement en eau potable dans le milieu rural et péri urbain, et renforcer les infrastructures d'adduction d'eau potable en milieu urbain, à travers la construction de points d'eau et de puits améliorés.

#### 5. MECANISMES DE SUIVI ET EVALUATION

La disparité dans la gestion du secteur de l'eau se caractérise par un manque de coordination des actions en matière d'eau. Ainsi, le pays ne dispose pas encore d'un système d'information

fiable pour favoriser un suivi et une évaluation conséquents de ce secteur.

#### Environnement pour le suivi et l'évaluation

**Tableau 11** : Evaluation du dispositif de suivi évaluation

	Evaluation		
	Faible	Moyen	Fort
Capacité à collecter des données	x		
Qualité de l'information récente		x	
Capacité à suivre l'information statistique		x	
Capacité à l'analyse statistique		x	
Capacité d'utilisation et d'incorporation des données statistiques		x	
Mécanisme de suivi et évaluation	x		

Source : Ministère des Mines et de l'Energie

#### Principaux indicateurs nécessaires pour le suivi et l'évaluation

- Taux d'accès à l'eau potable.

### Cible 11 : Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un système d'assainissement de base

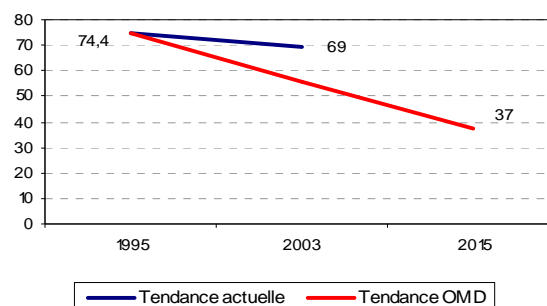
**Indicateur 30** : Proportion de la population ayant accès à un système d'assainissement de base

#### 1. SITUATION ET TENDANCES 1990–2006

##### Evolution des indicateurs

A défaut de données appropriées pour apprécier la tendance d'évolution du secteur assainissement, le recoupement des informations en 2005, indique une aggravation de la situation : 69%<sup>15</sup> des ménages centrafricains ne disposent pas d'installations sanitaires hygiéniques et acceptables.

**Graphique 10** : Evolution de la proportion des ménages ne disposent pas d'installations sanitaires améliorées



D'après les statistiques sanitaires de 2005, les maladies diarrhéiques et parasitaires dues à l'insalubrité sont la deuxième cause de morbidité. Les plus touchées sont les

<sup>15</sup> Données du RGPH 2003

populations des quartiers défavorisés des villes et des zones rurales pauvres.

### **Principales causes du faible taux d'accès des populations à l'assainissement de base**

Le très faible taux d'accès à l'assainissement et la tendance négative de l'évolution de ce secteur proviennent essentiellement du manque de financements du secteur pour la réalisation et la vulgarisation des infrastructures de base et de l'absence de coordination des activités du secteur. Une cause autre non négligeable, réside dans le fait que les populations sont peu impliquées et pas suffisamment sensibilisées sur les problèmes d'hygiène et d'assainissement.

### **Possibilité d'atteindre l'objectif 2015**

La situation révèle que près de 70% de la population n'avait pas accès à l'assainissement de base en 2000 et que si la tendance se maintenait, plus de 60% n'y aurait toujours pas accès en 2015. Il est donc pratiquement improbable d'atteindre l'objectif fixé pour 2015. Seule une importante mobilisation de fonds et des acteurs du secteur peut permettre d'améliorer sensiblement l'accès d'un plus grand nombre à l'assainissement de base.

## **2. DEFIS MAJEURS POUR L'ASSAINISSEMENT DE BASE**

Pour offrir aux populations des conditions de vie plus hygiéniques et plus humainement acceptables, il faudrait accroître les financements et les investissements du secteur. En outre, une meilleure coordination des actions du secteur est nécessaire de même qu'une appropriation des programmes d'hygiène et de d'assainissement par les populations.

## **3. LES POLITIQUES NATIONALES**

Les différentes politiques adoptées visent en priorité l'amélioration du cadre de vie quotidien des familles. En l'absence d'une politique cohérente de la gestion du secteur, on assiste aujourd'hui à une gestion assez floue de l'assainissement compte tenu d'une part, du chevauchement des responsabilités entre les différents acteurs qui en ont la charge et d'autre part, de la réalisation des actions sans synergie et concertation véritables. Les Municipalités ont la charge de la gestion des ouvrages publics (y compris les collecteurs de drainage, dépôts d'ordures, etc.) de leurs circonscriptions. Le Ministère de la Santé intervient en détachant des agents d'hygiène au niveau des municipalités pour assurer le suivi au niveau local, mais ce

département a également des services déconcentrés qui interviennent localement (Direction de la Santé Communautaire) en milieu urbain et rural.

Plusieurs autres départements ministériels interviennent également : Le Ministère de la Reconstruction des Edifices Publics, de l'Urbanisme et du Logement ; le Ministère des Mines, de l'Energie et de l'Hydraulique ; le Ministère, des Eaux, Forêts, Chasses et Pêches, chargé de l'Environnement ; le Ministère de la Famille, des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale ; AGETIP Centrafrique et les organisations de la Société Civile.

Il convient aujourd'hui de mieux coordonner les interventions pour permettre une meilleure lisibilité et pour faire face aux défis majeurs de ce secteur.

## **4. PRIORITES DE L'AIDE AU DEVELOPPEMENT**

Très peu de ménages au niveau national disposent d'installations sanitaires hygiéniques et acceptables (13%). Mais il existe une véritable prise de conscience nationale sur l'ampleur du déficit du secteur. La priorité de l'aide au développement en matière d'assainissement doit viser les infrastructures à moindre coût tels que la latrinisation (vulgarisation des latrines traditionnelles améliorées), la collecte et l'évacuation des déchets solides (création de dépotoirs).

## **5. MECANISMES DE SUIVI ET D'EVALUATION**

En l'absence d'un système centralisé (pour collecter et analyser les données) eu égard à la disparité dans la gestion des actions du secteur, la capacité de suivi et d'évaluation des actions demeure limitée.



## Environnement pour le suivi et l'évaluation

**Tableau 12** : Evaluation du dispositif de suivi évaluation

	Evaluation		
	Faible	Moyen	Fort
Capacité à collecter des données	x		
Qualité de l'information récente		x	
Capacité à suivre l'information statistique		x	
Capacité à l'analyse statistique		x	
Capacité d'utilisation et d'incorporation des données statistiques		x	
Mécanisme de suivi et évaluation	x		

Source : Ministère des Mines et de l'Energie

## Principaux indicateurs nécessaires pour le suivi et l'évaluation de la réalisation de l'objectif

- Taux de latrinisation au niveau des ménages ;
- Nombre d'ouvrage de collecte et d'évacuation des déchets solides.