

RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
Unité – Dignité – Travail



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA POPULATION

DOSSIER D'INVESTISSEMENT

**Pour la réduction de la mortalité maternelle,
néonatale et infanto-juvénile, et pour
l'amélioration de la santé des adolescents**

2024-2026



Préface

La mortalité maternelle, néonatale et Infanto-Juvénile constitue le défi de santé majeur avec respectivement un taux de Mortalité de 835 pour 100 000 naissances vivantes (le second le plus élevé au monde) et des ratios de mortalité infanto-juvénile et néonatale respectivement de 99 et 28 décès pour 1000 naissances vivantes. Les causes sont multifactorielles nécessitant une approche multidisciplinaire et multisectorielles. Pour répondre à ce défi, le gouvernement, dont la santé et le développement des femmes, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents sont les priorités majeures, a engagé une réforme profonde du secteur de santé avec des efforts sans précédents de mobilisation des ressources domestiques et internationales. C'est dans ce contexte que l'élaboration du Dossier d'Investissement axée sur la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile a été initiée avec l'appui du GFF.

Lancée en 2021 puis révisée en 2023, la mise à jour du Dossier d'Investissement a suivi un processus participatif et inclusif impliquant la population cible, la Société Civile, le secteur privé les Partenaires Techniques et Financiers humanitaires ainsi que ceux du développement. Il est donc le fruit d'une mobilisation multisectorielle et d'un partenariat agissant en faveur de la Mère, de l'Enfant, du Nouveau-né, des Adolescents et de la nutrition.

Le Dossier d'Investissement 2024-2026 est un levier crucial pour atteindre la Couverture Santé Universelle. En effet, il vise à sauver 13 270 enfants de moins de 5 ans additionnels dont 2 532 nouveaux nés et 1406 mères additionnels d'ici à la fin 2026 en déployant des stratégies probantes, et innovantes ainsi que des paquets des interventions à haut impact.

Le Gouvernement et les populations Centrafricains saluent à juste titre le partenariat RCA-GFF et exhorte toutes les parties prenantes à apporter leur contribution à la mise en œuvre et le suivi de ce Dossier d'Investissement 2024-2026.

Pr. Faustin Archange TOUADERA
Président de la République Centrafricaine

Remerciement

La mise à jour du Dossier d'Investissement pour prendre en compte les données de MICS 2019 et son alignement sur les stratégies prioritaires du PNDS de 3^{ème} génération a été un processus participatif et inclusif impliquant les populations cibles, les prestataires, la Société Civile, les Partenaires Techniques et Financiers, les ONG humanitaires, le secteur privé ainsi que d'autres institutions. Ce document est le fruit d'une mobilisation multisectorielle et d'un partenariat agissant en faveur de la Mère, de l'Enfant, du Nouveau-né et des Adolescents.

Le Ministre de la Santé et de la Population remercie sincèrement tous les Experts Nationaux et Internationaux, les Partenaires Techniques et Financiers, les secteurs privés ainsi que la Société Civile qui ont contribué de manière multiforme au processus de mise à jour dudit document. Particulièrement à l'endroit des partenaires et collaborateurs ci-après :

Partenaires multinationaux et bilatéraux :

- Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
- Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)
- Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA)
- Banque Mondiale (BM) et Global Financing Facility (GFF)
- Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI)
- Union Européenne (UE)
- Fonds Mondial (FM)
- Programme Alimentaire Mondiale (PAM)
- United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (UNOCHA)
- United States Agency for International Development (USAID)

Les organisations non-gouvernementales (ONGs) :

- Médecins Sans Frontières (MSF France, MSF Belgique, MSF Espagne et MSF Hollande)
- Comité International de la Croix Rouge (CICR)
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC)
- Croix Rouge Française (CRF)
- World Vision (WV)
- Association des Sages Femmes et Infirmiers Accoucheurs de Centrafrique (ASFIACA)
- Société Centrafricaine de Gynécologie Obstétrique (SOCAGO)
- Fondation « Cri de Cœur d'Une Mère » (CCM)
- Coalition des Organisations de la Société Civile-GFF
- Organisation des Femmes Centrafricaines (OFCA)
- Bureau d'Études en Management et Santé (BEMS)

Dr Pierre SOMSE
Le Ministre de la Santé et de la Population.

Table des matières

Préface	3
Remerciement	4
Table des matières	5
Abréviations	6
1. Contexte national	7
1.1 Contexte géo-politico-administratif, socio-économique et sécuritaire	7
1.2 Contexte de santé	9
1.3. Processus d'élaboration du dossier d'investissement	13
2. Analyse situationnelle de la SRMNIA-N	14
2.1 Principaux indicateurs de la SRMNIA-N	14
2.2 Synthèse des principaux goulots d'étranglement et mesures correctives pour une utilisation effective des services de SRMNIA-N de qualité	20
3. Réponse proposée pour l'amélioration de la SRMNIA-N	29
3.1 Vision du secteur et mission du dossier d'investissement.....	29
3.2 La théorie du changement	30
3.3 Où investir : domaines et régions prioritaires et choix du scénario	32
3.4 Impacts attendus sur la SRMNIA-N du scénario adopté	38
3.5 Cadre de Résultats.....	42
4. Les réformes prioritaires et les modalités de mise en œuvre	44
4.1. Les réformes prioritaires du Dossier d'Investissement.....	44
4.2 Les mécanismes de financement et de la mise en œuvre	48
4.3 Les modalités de mise en œuvre du Dossier d'Investissement	50
4.4 Partenariat pour la mise en œuvre du DI impliquant les PTF, les OSC et le secteur privé	53
5. Financement du dossier d'investissement	54
5.1. Les besoins financiers du DI	54
5.2. Les ressources potentiellement disponibles : analyse de l'espace budgétaire et du gap financier.....	55

Abréviations

ACT	Combinaisons thérapeutiques à base d'Artémisinine	ODD	Objectifs de Développement Durable
ARV	Anti Rétroviral	OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ASC	Agent de Santé Communautaire	OMS	Organisation Mondiale de la Santé
BCG	Vaccin Bilié de Calmette et Guérin	ONG	Organisation Non Gouvernementale
BM	Banque Mondiale	ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
CNS	Comptes Nationaux de la Santé	PCIMA	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë
CPN	Consultation Périnatale	PCIMNE	Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant
CS	Centre de Santé	PEC	Prise en charge
CSU	Couverture Sanitaire Universelle	PEV	Programme Elargi de Vaccination
DI	Dossier d'Investissement	PMA	Paquet Minimum d'Activités
DM	Décès Maternel	PTF	Partenaires Techniques et Financiers
EDS	Enquête Démographique et de Santé	PTME	Prévention de la transmission Mère-Enfant du VIH
ENIP	Enquête Nationale sur les Indicateurs du Paludisme	RCA	République Centrafricaine
FBP	Financement Basé sur la Performance	RMO	Recherche de Mise en Œuvre
FOSA	Formation Sanitaire	RHS	Ressources Humaines pour la Santé
GAS	Gestion des Approvisionnements et des Stocks	RS	Région Sanitaire
GATPA	Gestion Active de la Troisième Phase d'Accouchement	SARA	Service Availability and Readiness Assessment
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization	SMART	Standardised Monitoring and Assessment of Relief and Transitions (enquête nutritionnelle)
GFF	Global Financing Facility	SNIS	Système National d'Information Sanitaire
HD	Hôpital de District	SONU	Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence
HeRAMS	Health Resource Availability Monitoring System	SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
HHFA	Harmonized Health Facility Assessment	SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
HRU	Hôpital Régional Universitaire	SRMNIA-N	Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infanto-juvénile, et des Adolescents, y inclus la Nutrition
HTA	Hypertension Artérielle	SRO	Solution de Réhydratation Orale
IRA	Infection Respiratoire Aigue	TPI	Traitement Préventif Intermittent
IST	Infection Sexuellement Transmissible	UE	Union Européenne
MAM	Malnutrition Aiguë Modérée	UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
MAS	Malnutrition Aigüe Sévère	UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
MCE	Médicaments et Consommables Essentiels	VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
MEG	Médicaments Essentiels Génériques	VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey		
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticides		
MIJ	Mortalité Infanto – Juvénile		
MILDA	Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action		
OCHA	Bureau des Nations Unies pour la Coordination des Affaires Humanitaires		

1 Contexte national

1.1 Contexte géo-politico-administratif, socio-économique et sécuritaire

Enclavé au centre du continent africain entre les deux Soudans à l'est, le Cameroun à l'ouest, le Tchad au nord et les deux Congo au sud, la République Centrafricaine (RCA) a une superficie de 623.000 km² avec une pluviométrie couvrant six mois sur douze qui lui procure au sud un couvert végétal parmi les plus denses d'Afrique avec une zone de savane boisée au nord. Les seuls accès du Pays au Golf de Guinée se font à travers le Cameroun ou le Congo. Son climat subéquatorial offre des conditions propices au développement des maladies endémo épidémiques telles que le paludisme, les filarioses, la méningite, etc.

En 2022, la population du Pays est estimée selon la cartographie numérique du quatrième Recensement Général de la Population et de la Population (RGPH-4) de 2021, à 6,1 millions d'habitants répartis dans 7 régions, 20 préfectures, 75 sous-préfectures 180 communes urbaines et rurales et 12 000 villages avec une répartition inéquitable sur le territoire national : « les régions du centre, de l'Est et du Sud-Est occupent plus de la moitié du territoire national (53%) mais ne rassemblent que 20% de la population totale »¹. La population est en majorité rurale (62,1%) et jeune (49,4% avec moins de 18 ans).

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

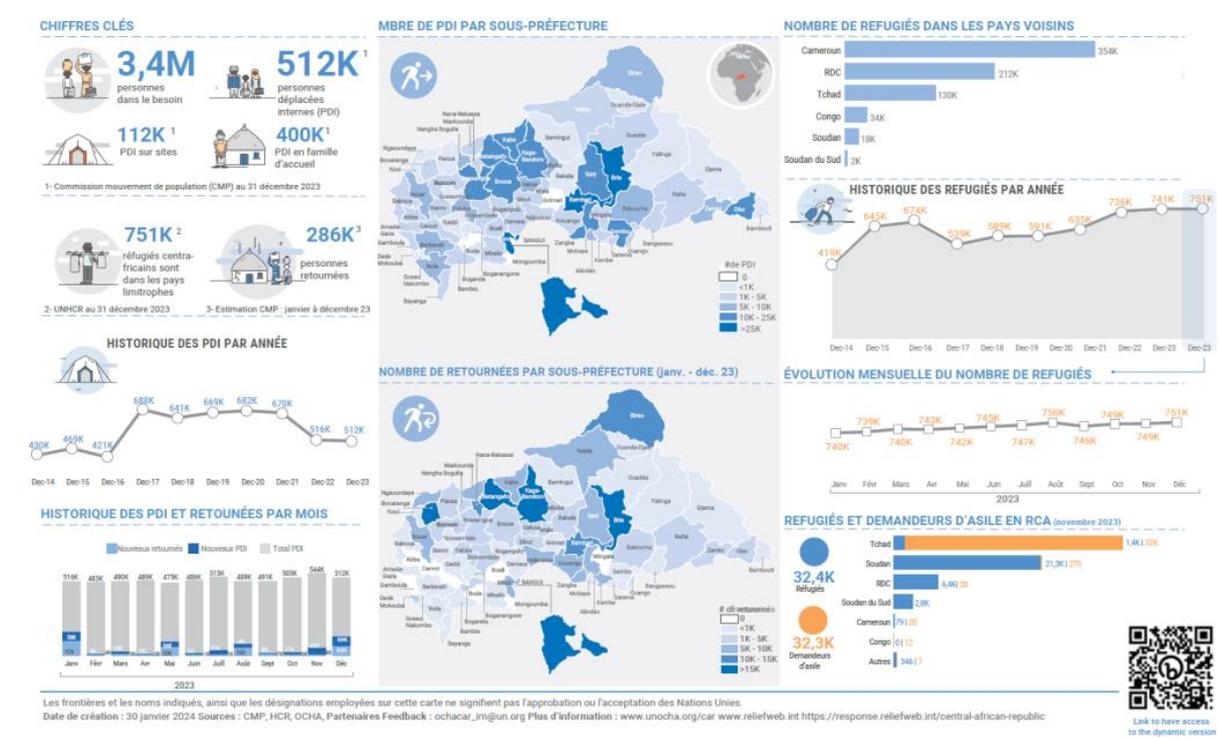
la solidarité nationale. Ces crises militaro-politiques répétées ont amené une bonne partie de ces populations à se déplacer vers des zones difficiles d'accès ou péri-urbaines plus sécurisées ou vers les pays avoisinants éloignant ces familles déplacées des services sociaux de base existants.

En février au 31 Aout 2022, selon les statistiques collectées par le Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires, le nombre total de personnes déplacées internes (PDI) en RCA est estimé à 654 688 individus composés respectivement de 146 625 personnes vivant dans les sites pour personnes déplacées et 508 063 personnes dans des familles d'accueil. Cela représente une hausse globale de 6 805 (1%) personnes par rapport au mois de juillet 2022 où le nombre de PDI était estimé à 647 883 personnes. La tendance à la hausse des nouveaux déplacements qui avait commencé en mai s'est accentuée avec 19, 977 nouveaux déplacés en août, dont 6 805 sont demeurés déplacés à la fin du mois. Ces déplacements sont observés dans les zones affectées par les incursions et exactions des éléments armés contre la population civile ainsi que les pluies diluviennes suivies d'inondations causant des écroulements de maisons à Bangui et dans la Préfecture de l'Ouham.

13 172 retours spontanés ont été enregistrés en raison de l'amélioration de la situation sécuritaire dans les villages et quartiers de provenance des anciennes PDI.

¹ Plan Pluri Annuel Complet 2018-2023

Figure 1 : Carte des mouvements opérés par les populations déplacées (décembre 2023)



Source : OCHA Aperçu des mouvements de population au 31 décembre 2023 en République Centrafricaine

Au 31 décembre, le nombre total de personnes déplacées internes (PDI) en République centrafricaine (RCA) était estimé à 511 803. Parmi elles, 22% (111 803 personnes) vivaient sur des sites dédiés et 78% (399 954 personnes) dans des familles d'accueil. Cela représente une baisse de 5,9% (32 016 PDI) du volume global de déplacements par rapport au mois de novembre où le nombre de PDI était estimé à 543 819 personnes.

Sur le plan économique, la RCA est classée 188ème² sur 189 pays pour l'Indice de Développement Humain (2019) et le Gouvernement ne dispose pas de ressources financières suffisantes pour satisfaire les besoins fondamentaux des populations, notamment en matière de Santé, Éducation, Formation, Emploi et Habitat et la croissance économique du Pays ne connaît pas un rythme soutenu et durable. Depuis quelques années

un relèvement a tenté de s'accomplir même si à un rythme plus faible que la moyenne observée dans les pays en sortie de crise³. En effet, à la suite d'une contraction de 36% en 2013, le taux de croissance du produit intérieur brut (PIB) a atteint 1% en 2014 avant d'atteindre 5,5% en 2015 et 4,5% en 2019. Mais la crise sanitaire du COVID-19 avec ses conséquences a entraîné en 2021 une baisse drastique de la croissance économique au taux de 0,4 %. Avec cette pandémie et les contre-performances économiques déjà connues pour un État qui dépense plus qu'il ne gagne est le lit d'une paupérisation croissante, en particulier en milieu rural où la majeure partie de la population vit dans une situation de pauvreté et ne peuvent pas couvrir financièrement leurs besoins de santé.

² Avec une valeur de l'IDH de 0,397

³ PISS 2018-2019

1.2 Contexte de santé

1.2.1 Description du système de santé et de ses principaux intervenants

Le système de santé est de type pyramidal avec le niveau central à son sommet, le niveau périphérique et opérationnel avec 35 districts sanitaires à la base et le niveau intermédiaire entre les deux avec les sept régions sanitaires.

Ces régions et districts sanitaires sont directement rattachés à la Direction du Cabinet du Ministre de la Santé et de la Population et bénéficient de l'appui technique et financier des partenaires du secteur garantissant ainsi la fonctionnalité d'une bonne partie d'entre elles.

Au total en 2019, on dénombre 387 centres de santé (CS) appelés à couvrir 10.000 habitants chacun, et autour desquels gravitent 434 postes de santé (PS) au niveau rural et périurbain constituant le premier niveau de contact⁴. Ces CS assurent tant bien que mal un paquet minimum d'activités (PMA) et réfèrent techniquement aux hôpitaux de district (HD) – au nombre de 52 – qui, à leur tour réfèrent aux cinq hôpitaux régionaux universitaires (HRU) qui peuvent recevoir directement des CS. Les HRU constituent ainsi le second niveau de référence. Le niveau tertiaire et ultime référence nationale est constitué de sept établissements nationaux dont trois de diagnostic et quatre de soins⁵.

Tableau 1 : Répartition géographique des types de formations sanitaires (FOSA)

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

Une enquête HeRAMS menée en 2016 a révélé que 84% des structures sanitaires du pays étaient publiques ; le secteur privé représentait 16% des structures sanitaires, réparties entre le secteur privé lucratif (6,5%), le secteur privé non lucratif (5%) et le secteur confessionnel (4,5%)⁶.

L'enquête SARA/HeRAMS⁷ de 2019 stipule qu'au total, 82% des structures de santé (poste de santé ou PS, centre de santé ou CS, hôpital de district ou HD et hôpital régional universitaire ou HRU) étaient complètement ou partiellement fonctionnelles. L'enquête a dénombré (i) 0,8 médecins pour 10.000 habitants, (ii) 1,6 sage-femmes/infirmiers accoucheurs pour 10.000, (iii) 2,5 infirmiers diplômés d'état pour 10.000 (Norme OMS : 25 médecins, infirmiers et sage-femmes pour

10.000 habitants⁸). Parmi les FOSA fonctionnelles, seules 31% et 48% ont respectivement accès à une source d'énergie ou à une source d'eau potable.

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

⁴ Enquête SARA/HeRAMS 2019

⁵ PISS 2018-2019

⁶ Rapport HERAMS 2016

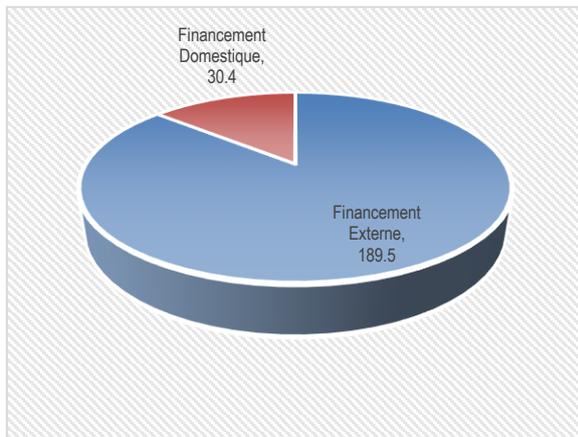
⁷ Une enquête SARA était menée dans les régions 1,2 et 7 et une enquête HeRAMS dans les autres.

⁸ OMS, Rapport sur la Santé dans le Monde 2006

1.2.2 Le financement du secteur

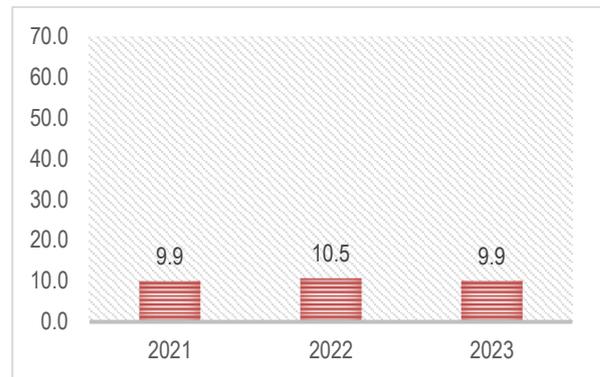
La SRMNIA-N est essentiellement financée par les partenaires non-étatiques. En effet, sur la période 2021-2023, les engagements budgétaires des partenaires non-étatiques sont évalués à 189,5 Milliards de F CFA contre seulement 30,4 Milliards de F CFA d'engagements étatiques (Figure 2). On note ainsi une augmentation de 31,7% par rapport au financement total de la SRMNIA-N à la cartographie 2020-2022 (CRSD, 2022). Quant aux ressources étatiques, elles passent de 4,0% du financement du secteur de la santé sur la période 2017-2019 (CRSD 2016-2019, 2020) à 9,3% sur la période 2020-2022 (CRSD 2020-2022, 2022) et ; à 13,8% sur la période 2021-2023. Malgré cette tendance croissante, les financements étatiques demeurent encore moins suffisants.

Figure 2 : Contribution (en milliards de FCFA) des sources de financement pour la SRMNIA-N sur la période 2021-2023



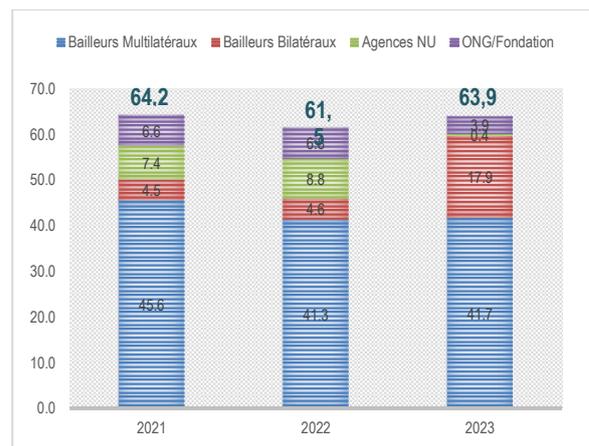
Comme observé dans la cartographie 2020-2022, l'analyse des ressources étatiques par année indique toujours une constance dans l'allocation des ressources au cours de la période 2021-2023. En effet, la contribution de l'Etat dans la SRMNIA-N est de l'ordre de 9,9 Milliards de F CFA en 2021 ; 10,5 Milliards de F CFA en 2022 et 9,9 Milliards de F CFA en 2023 (Figure 3).

Figure 3 : Évolution de la contribution (en milliards de FCFA) de l'État pour la SRMNIA-N sur la période 2021-2023



Quant aux contributions des partenaires non étatiques, l'analyse montre une tendance irrégulière sur la période 2021-2023 : 64,2 Milliards de F CFA en 2021, 61,5 Milliards de F CFA en 2022 et 63,9 Milliards de F CFA en 2023 (Graphique 12). Ces financements externes proviennent à 67,9% des bailleurs multilatéraux contre 14,3% des bailleurs bilatéraux ; 9,1% des ONG et fondations et 8,7% des agences des Nations Unies. Les principaux contributeurs sont ainsi : BM/GFF (24,1%) ; FM (23,6%) ; GAVI (16,5%) ; USAID (12,3%) ; UNICEF (5,8%) et MSF (5,0%) (Graphique 13).

Graphique 12 : Évolution des financements externes (en milliards de FCFA) pour la SRMNIA-N par type de partenaires sur la période 2021-2023



1.2.3 Principaux défis du système de santé

Le contexte socio-sanitaire de la RCA, exacerbé par la pandémie du COVID-19 reste caractérisé par une dégradation continue de tous les indicateurs de santé depuis une quinzaine d'années, signe de la détérioration des conditions de vie de la population et de la faillite du système sanitaire⁹. Les enquêtes réalisées avant la crise sanitaires du COVID, présentent des niveaux de mortalité et de morbidité parmi les plus élevés du monde malgré une relative baisse entre 2010 et 2019 ; constituant ainsi le premier défi important du secteur. Selon le MICS 2018-2019, la mortalité infanto-juvénile reste élevée avec 99 pour 1.000 naissances vivantes chez les enfants de

moins de 5 ans même si elle était estimée à 179 pour 1.000 naissances vivantes en 2010. En 2020, l'OMS a estimé 835 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes.

En réponse à cette situation sanitaire, les interventions à haut impact pour la SRMNIA-N restent insuffisamment utilisées avec des proportions non négligeables des populations ne bénéficiant pas de ces soins essentiels : environ 25% manquent la supplémentation en vitamine A, jusqu'à 70% qui manquent l'utilisation des combinaisons thérapeutiques à base d'Artémisinine (ACT) en cas de paludisme tandis que 87% manquent le zinc en cas de diarrhée.

Tableau 2 Couvertures des principales interventions à haut impact

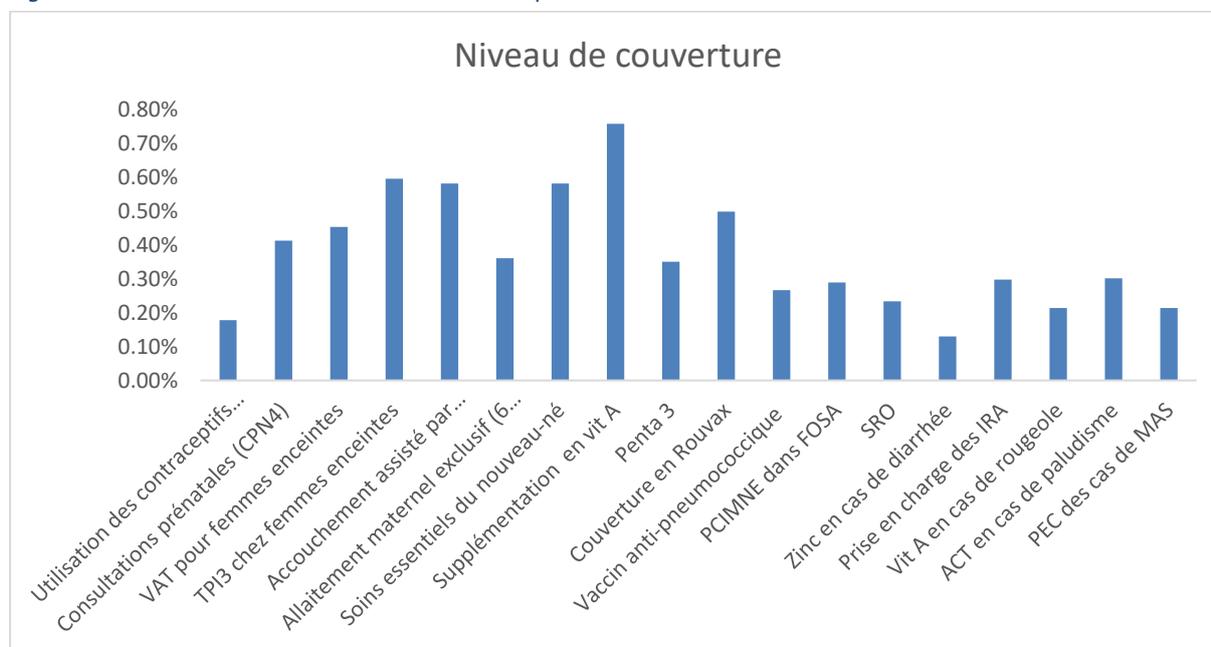
Indicateur de l'intervention à haut impact	Niveau de couverture	Référence
Utilisation des contraceptifs modernes	14,4%	MICS 2018-2019
Consultations prénatales (CPN4)	41,4%	MICS 2018-2019
Vaccin antitétanique (VAT) pour femmes enceintes	45,4%	MICS 2018-2019
Traitement préventif intermittent du paludisme (TPI3) chez femmes enceintes	59,7%	MICS 2018-2019
Accouchement assisté par personnel qualifié	58,3%	MICS 2018-2019
Allaitement maternel exclusif (6 mois)	36,2%	MICS 2018-2019
Soins essentiels du nouveau-né	58,3%	MICS 2018-2019
Supplémentation en vitamine A (vit A)	75,9%	MICS 2018-2019
Couverture en 3 ^e dose de vaccin pentavalent (Penta 3)	35,1%	MICS 2018-2019
Couverture en Rouvax	50%	Joint Reporting Form 2017
Couverture en 3 ^e dose de vaccin antipneumococcique (Pneumo 3)	26,7%	MICS 2018-2019
Prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant (PCIMNE) dans FOSA	29%	MICS 2010
Utilisation de la solution de réhydratation orale (SRO) en cas de diarrhée	23,4%	MICS 2018-2019
Utilisation du Zinc en cas de diarrhée	13%	MICS 2018-2019
Prise en charge (PEC) des infections respiratoires aiguës (IRA) par des antibiotiques oraux	29,8%	MICS 2018-2019
Vit A en cas de rougeole	21,4%	MICS 2010
ACT en cas de paludisme	30,2%	MICS 2018-2019
PEC des cas de malnutrition aiguë sévère (MAS)	21,4%	MICS 2010

⁹ PISS 2018-2019

Par ailleurs, l'utilisation des interventions à haut impact sur la SRMNIA-N montre une discontinuité importante de ces soins essentiels depuis l'utilisation des contraceptifs chez les femmes en âge de procréer jusqu'à la

prise en charge des cas de malnutritions chez les moins de 5 ans en passant par le suivi prénatal, l'accouchement, les soins du nouveau-né et les interventions préventives chez le jeune enfant (voir figure ci-dessous).

Figure 2 : couverture des interventions à haut impact sur la SRMNIA-N



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

Bien que les changements législatifs de la dernière décennie aient cherché à établir l'égalité juridique des femmes (par exemple, la nouvelle constitution en 2016 et les révisions du Code de famille en 2021), l'application de ces lois reste faible, et les normes socio-culturelles posent d'énormes obstacles à l'accès aux droits et services de santé, en particulier en matière de santé reproductive.¹⁰

Par ailleurs, la pandémie de la Covid-19 a eu des effets sur les prestations des services SRMNIA même si ces effets ne sont pas uniformes sur tous les services SRMNIA au niveau des FOSA. Selon une enquête réalisée en 2020¹¹, des effets psychologiques ont été noté dans toutes les FOSA chez les prestataires, marqué par la sensation d'être exposés à cette maladie ; la perception par des usagers d'une hésitation des prestataires et une longue attente par rapport à la période d'avant la pandémie en RCA (un peu plus de 28% des répondants) et également le constat d'un climat de méfiance de la part des prestataires. Par ailleurs, les produits de soins les plus demandés connaissent davantage de ruptures dont les principales raisons sont le retard de demande de réapprovisionnement par le/la responsable et le retard de livraison de produits dans la FOSA.

¹⁰ Nations Unies, *Profile Genre de la RCA*, 2021.

¹¹ Rapport de l'Étude sur la continuité de soins dans les services de santé de la reproduction en

contexte pandémique de la covid-19 dans les FOSA en RCA.

1.3. Processus d'élaboration du dossier d'investissement

1.3.1 But du DI

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

1.3.2 Principales étapes du processus d'élaboration et de validation du DI

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

1. Validation et adoption de la feuille de route pour l'élaboration du DI.
2. Collecte des données techniques nécessaires au développement d'une application « EQUIST ».
3. Vérification, validation et mise à jour des données dans l'outil EQUIST.
4. Choix (guidé par l'outil EQUIST) des interventions, analyse des goulots d'étranglement, proposition de stratégies correctrices, fixation de couvertures cibles, estimation et analyse des impacts.
5. Validation de ces produits de « EQUIST », y compris les zones et les interventions prioritaires et les impacts attendus.
6. Consultation des acteurs clés (prestataires, bénéficiaires, OSC, leaders communautaires et religieux, secteur privé de la santé lucratif et non lucratif).
7. Organisation d'une rencontre nationale de réflexion, sous le Haut Patronage de La Première Dame de Centrafrique, Madame Brigitte TOUADERA, sur la mortalité maternelle, néonatale et Infantile.
8. Réaliser une cartographie des ressources pour l'estimation du gap financier, tenant compte de l'estimation de l'espace budgétaire pour la santé.
9. Développement d'une application « One Health Tool » pour estimer les coûts / le budget du Dossier d'Investissement.

Encadré explicatif

Afin de garantir une planification basée sur les données probantes et répondre aux priorités d'un pays ou d'une région, les agences des Nations Unies ont développé des outils de planification et de budgétisation dont en particulier l'EQUIST et le One Health Tool (voir détails sur <https://equist.info>).

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

Par la modélisation EQUIST et OHT, les estimations OMS (2020) pour le taux de mortalité maternelle de 835/100,000 naissances vivantes et l'EDS 2018 pour le taux de mortalité infanto-juvénile de 99/1,000 naissances vivantes, ainsi que 28/1,000 naissances vivantes pour le taux de mortalité néonatale, ont été utilisés. C'est sur cette base que les niveaux de réductions espérés des taux de mortalité, le nombre de vie potentiellement sauvé ont été estimés.

10. Rédaction et partage de ce Dossier d'investissement avec l'option de mise en œuvre et les choix stratégiques.
11. Validation technique du Dossier d'investissement au cours d'un atelier multisectoriel national.
12. Adoption du Dossier d'investissement par le Comité de Pilotage.

2 Analyse situationnelle de la SRMNIA-N

2.1 Principaux indicateurs de la SRMNIA-N

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

Les taux de mortalité néonatale (26 p 1000) et infanto-juvéniles (99 p 1000) ainsi que le ratio de mortalité maternelle (880 décès maternels p 100.000 nv) restent parmi les plus élevés en Afrique sub-saharienne où la moyenne est estimée respectivement à 24,7 p 1000, 75 p 1000 et 546 p 100.000 nv¹².

Selon les résultats de l'enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS6-RCA) menée en 2018-2019, le taux de mortalité Infanto-Juvénile¹³ (MIJ) se situerait à 99 pour mille. Selon le MICS 2019, les trois derniers quintiles les plus pauvres restent les plus touchés au-delà de moyenne nationale particulièrement le dernier quintile, avec un quotient de mortalité de 109 p 1000. Le plus faible quotient de mortalité est observé chez le quintile le plus riche avec une valeur de 71 p 1000.

Les graphiques en face montrent qu'en suivant les tendances actuelles, l'écart par rapport aux

Objectifs de Développement Durable (ODD) est très important, et ces objectifs ne seraient pas atteints si les tendances historiques sont maintenues. C'est pourquoi, des efforts soutenus doivent être déployés afin que la RCA tende vers l'atteinte des ODD.

L'évolution du taux de mortalité infanto-juvénile présente une courbe en deux phases. En effet, de 1994 à 2010 on observe une évolution croissante du taux sur la période qui est passé de 157 décès p 1000 naissances vivantes en 1994 (EDS 1994-1995) à 179‰ en 2010 (MICS 2010). Après le pic d'évolution atteint en 2010, la tendance de la mortalité infanto juvénile est à la baisse depuis cette période jusqu'à atteindre 99‰ en 2019 (MICS 2018-2019). En se basant sur la tendance historique et un maintien des mêmes stratégies et niveau d'effort, le taux de mortalité infanto-juvénile en RCA sera de 66‰ en 2030 loin d'atteindre la cible des ODD en matière de mortalité infanto-juvénile qui est de 25‰.

Tableau 3 : Principaux indicateurs de mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvéniles

Indicateurs	Données de base	Année	Source
Mortalité maternelle	835 p 100.00	2020	Estimation OMS ¹⁴
Mortalité néonatale	28 p 1000	2019	MICS 2018-2019
Mortalité Infanto-Juvénile	99 p 1000	2019	MICS 2018-2019

¹² Site UNICEF

¹³Risque de décéder entre la naissance et avant le cinquième anniversaire

¹⁴ OMS (2023), *Trends in Maternal Mortality 2000 to 2020* (estimations d'OMS, UNICEF, UNFPA, Banque Mondiale et la Division de la Population des Nations Unies)

Figure 3 : Taux de mortalité maternelle et l'écart pour atteindre les ODD

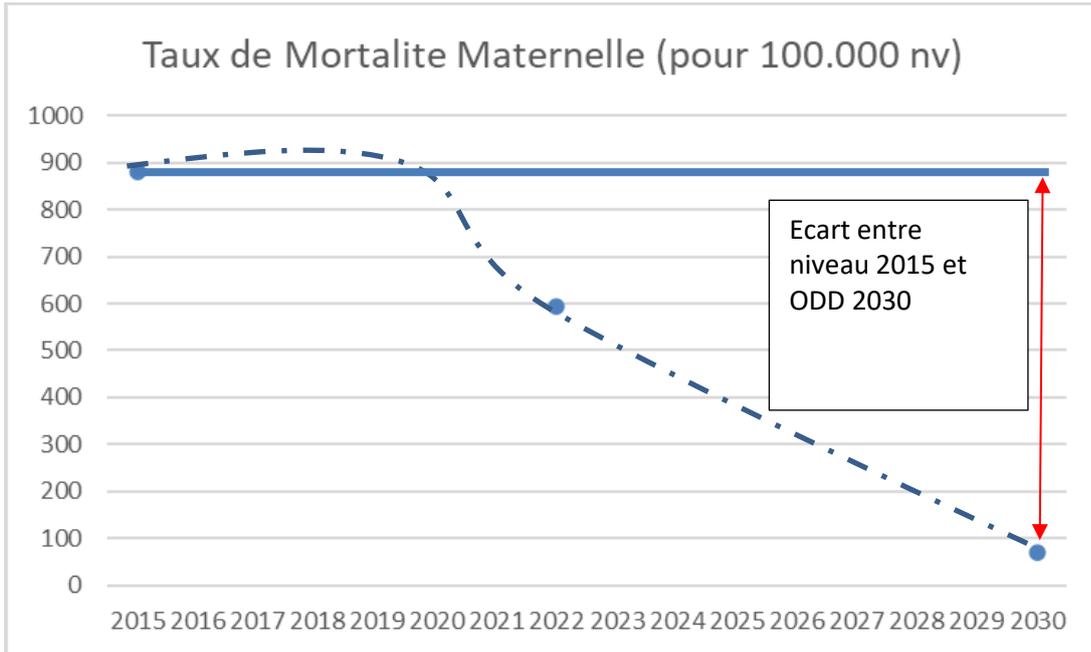
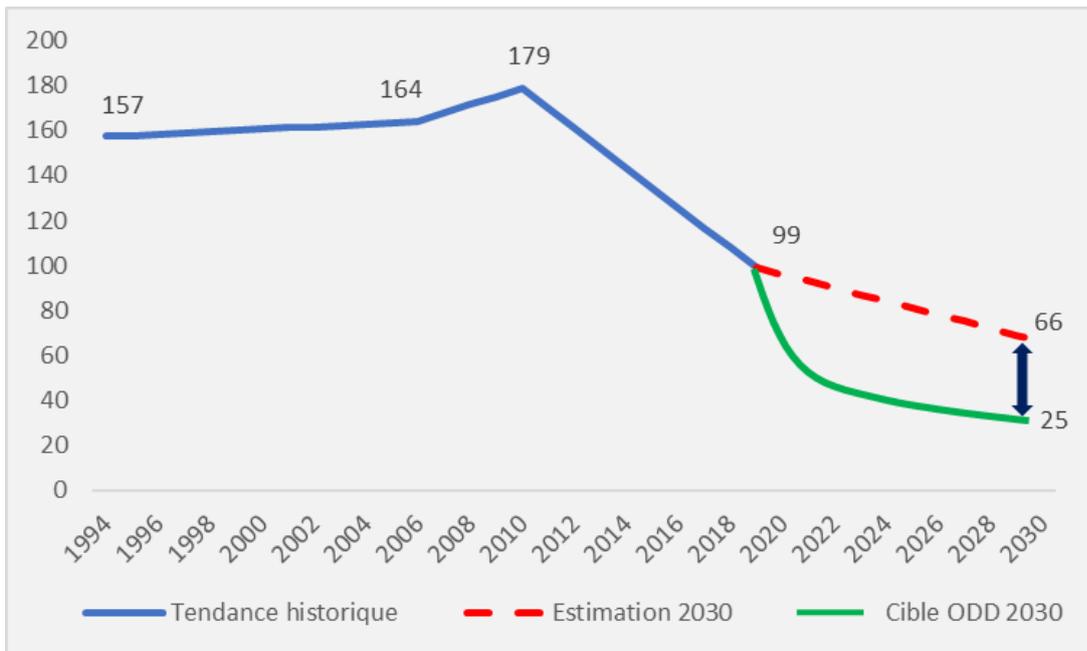


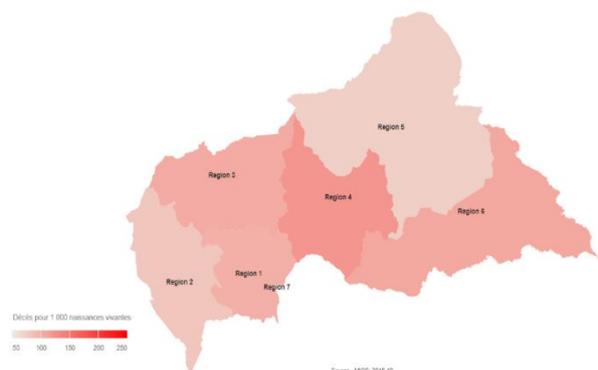
Figure 4 : Taux de mortalité Infanto-Juvenile et l'écart pour atteindre les ODD



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

Cette carte montre que le problème de mortalité infanto-juvenile se pose avec plus de sévérité dans les préfectures sanitaires 4, 6, 3 et 1 qui enregistrent respectivement un taux de décès de 123%, 108%, 105%, et 101% supérieur à la moyenne nationale.

Figure 5 : Cartographie de la mortalité infanto-juvenile en RCA



Une analyse comparée du taux de mortalité des moins de 5 ans et le nombre de décès estimé sur la base des naissances vivantes de 2022, met en exergue la réalité occultée par les taux. En termes de valeur absolue, quatre régions ont le nombre de décès les plus élevés. Il s'agit de la région 3 (4139), suivie de la région 4 (3110), de la région 1 (3005) et de la région 2 (2828), pour lesquelles une attention particulière devrait être accordée si on veut réduire considérablement le taux de mortalité infantile en RCA.

De façon globale, les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans ont remarquablement baissé dans toutes les régions à l'exception de la région 4 qui a enregistré la plus faible marge de diminution.

Figure 6: taux de mortalité infantile vs nombre de décès par région

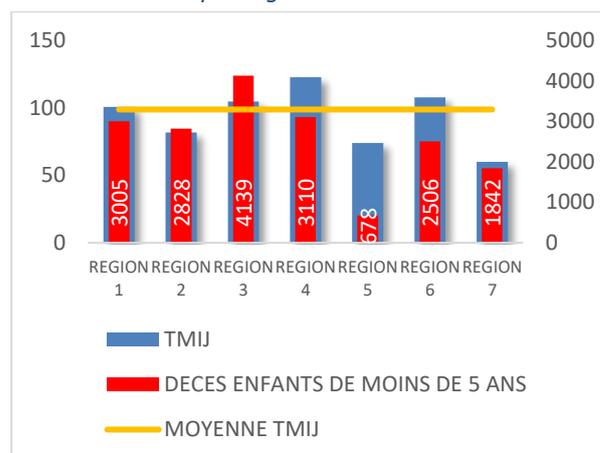
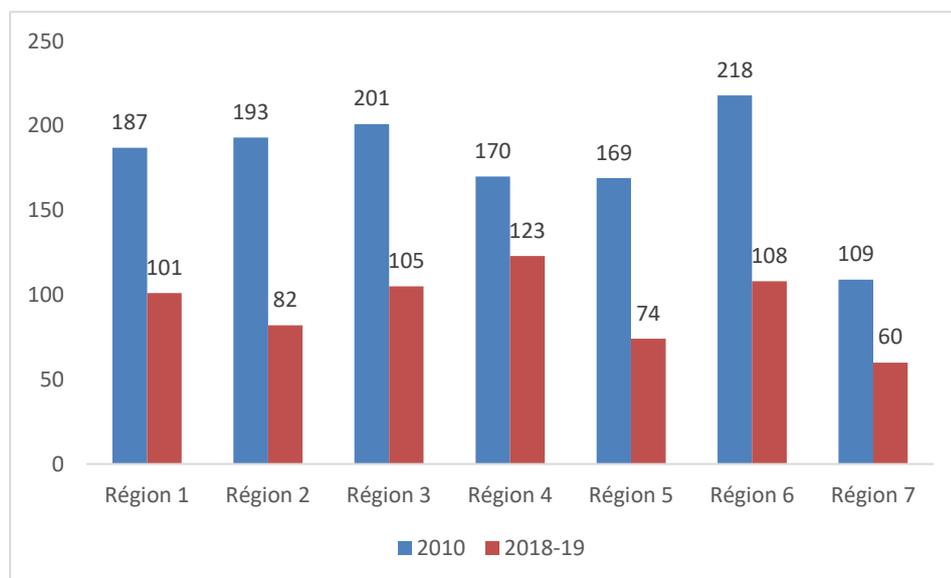


Figure 7 : Évolution du taux de mortalité infantile par région, MICS 2010 et le MICS 2018-19



L'analyse du tableau ci-dessous met en exergue que les problèmes de mortalité infantile se posent avec plus d'acuité chez les plus pauvres par rapport aux plus riches. Cependant de 2010 à 2019, le niveau de réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans s'est beaucoup plus accentué dans les quintiles des pauvres (-52%) et celui des plus pauvres (-46%).

Tableau 4 : Évolution du TMIJ selon le quintile de bien-être économique

Quintile	2010	2018-19	Écart
Le plus pauvre	201	109	-46%
Pauvre	217	104	-52%
Moyen	188	108	-43%
Riche	162	91	-44%
Le plus riche	116	71	-39%

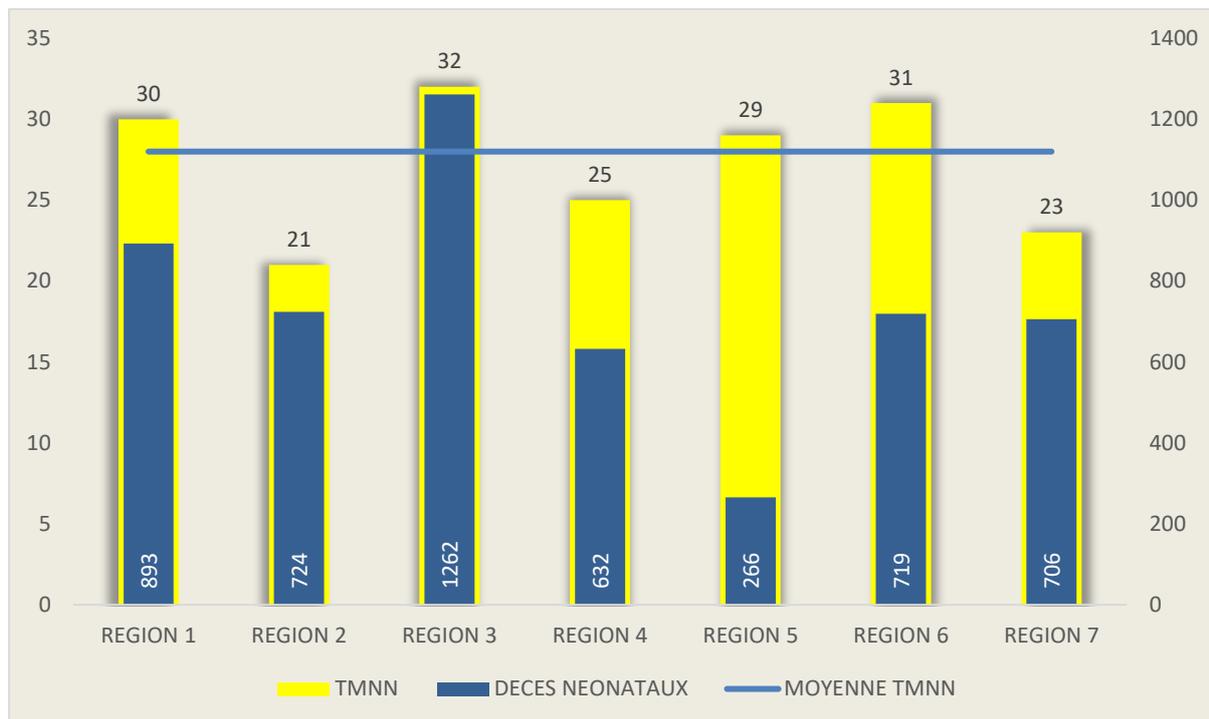
En ce qui concerne la mortalité néonatale, la figure 11 montre que 4 régions sur 7 ont enregistré des taux élevés et supérieurs à la moyenne nationale qui est de 28‰ naissances vivantes. Les régions concernées, sont la région 3 (32‰), suivie de la région 6 (31‰), la région 1 (30‰) et enfin la région 5 (29‰).

En considérant les nombres absolus de décès, les régions 3, 1, 2 et 6 ont les plus forts

nombres de décès d'enfants de moins d'un mois respectivement : 1 62 ; 93 ; 724 et 719.

L'analyse comparative des taux de mortalités néonataux et des taux de mortalité infanto-juvénile par régions mets en lumière certaines disparités significatives dans la structure de la mortalité des enfants de moins de 5 ans en RCA. Ainsi, les stratégies à mettre en œuvre devront tenir compte de ces spécificités afin d'obtenir des résultats plus efficaces.

Figure 8 : Répartition de la mortalité néonatale (taux vs nombre de décès) en 2018 par région

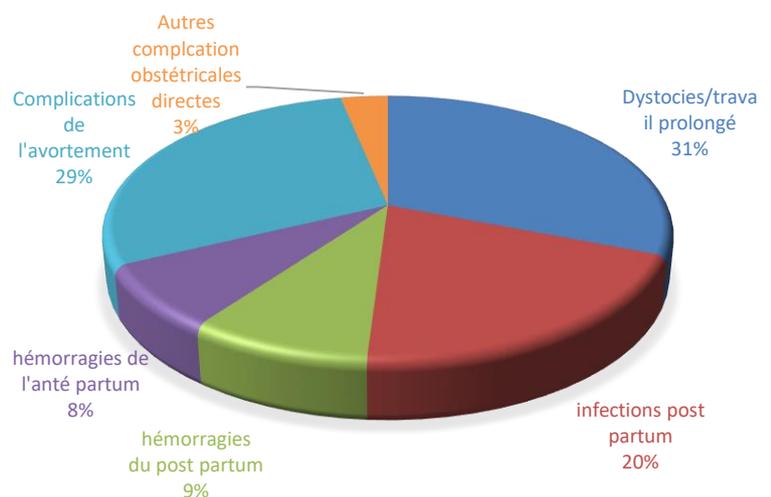


2.1.3 Causes de mortalités maternelles, néonatales et infanto-juvéniles en RCA

L'enquête SONU réalisée en 2021 et le Global Burden of Disease Study 2019 ont révélé que les cinq principales causes de décès maternels en RCA étaient les dystocias/travail prolongé (31%), suivies des complications de l'avortement (29%), des infections du post partum (20%) et des hémorragies du post partum et de l'ante partum (respectivement 9% et 8%).

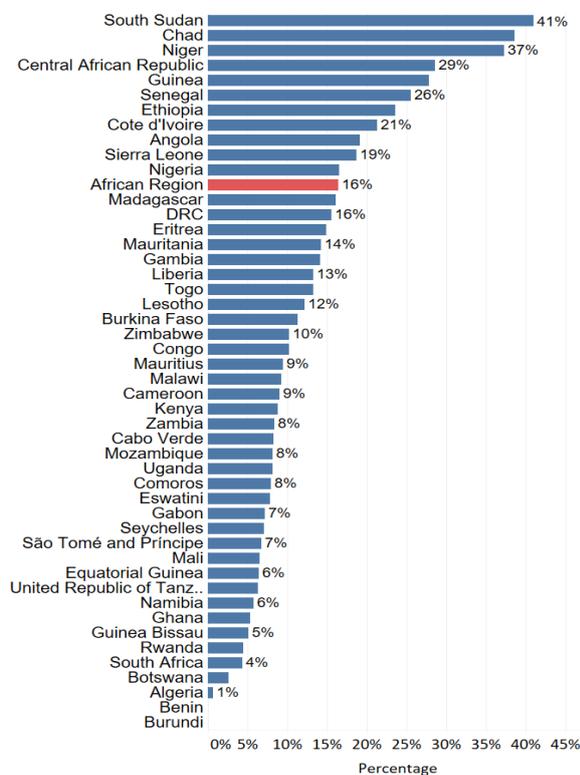
Source: Calculé sur la base de l'Enquête SONU 2021 et Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results, Seattle, IHME, 2020. (<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>)

Figure 9 : Répartition des principales causes de décès maternels en RCA



Cette étude révèle que la RCA occupe malheureusement la quatrième position en Afrique quant aux décès liés à l'avortement non sécurisé après le Soudan du Sud, le Tchad et le Niger.

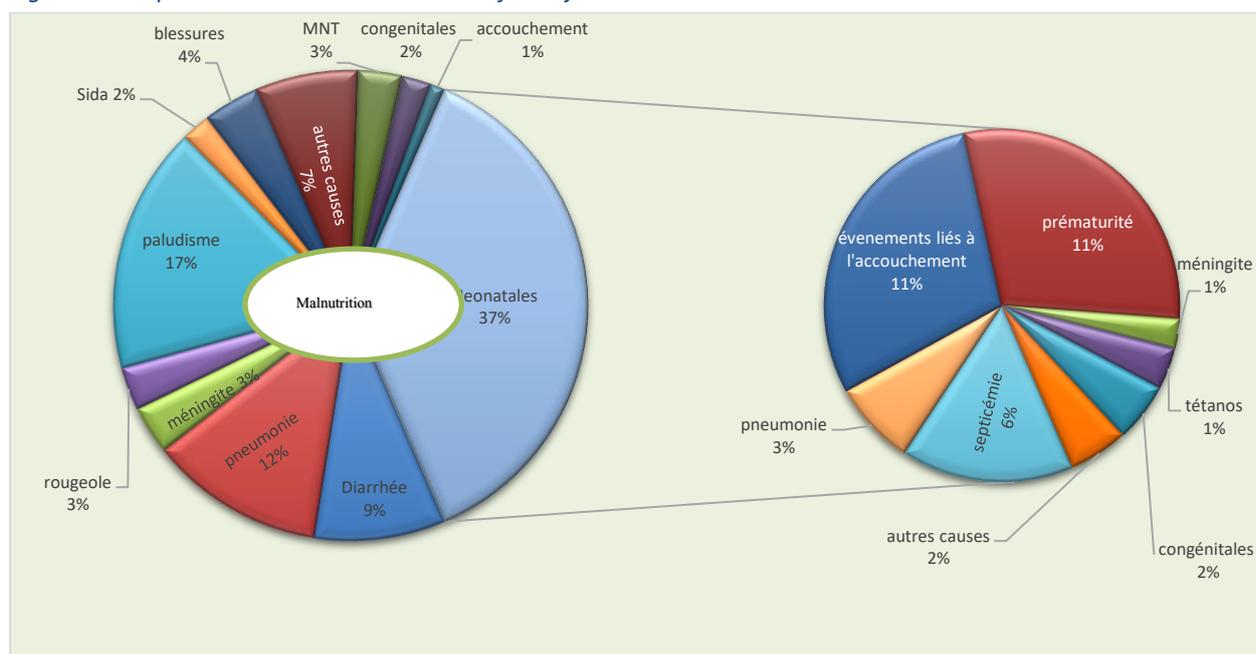
Figure 10 : Comparaison des décès liés à l'avortement non sécurisé en Afrique



Source: Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019)

Les causes néonatales (37%) sont responsables d'une grande partie des décès infanto-juvéniles en RCA. Au-delà de ces causes, les décès chez les enfants de moins de 5 ans sont dominés par le paludisme (17%), la pneumonie (12%) et la diarrhée (9%). Par ailleurs, la malnutrition demeure une cause sous-jacente très importante. Ainsi, l'enquête MICS 2018-2019 montre que 21,5% et 7% des enfants de moins de 5 ans sont, respectivement, affectés par l'insuffisance pondérale modérée et sévère alors que le retard de croissance se manifeste de façon modérée chez 39,8% des enfants de moins de 5 ans et de façon sévère chez 20% de ces enfants. Enfin, 5,4% des enfants de moins de 5 ans sont atteints d'émaciation modérée au moment où 1,5% d'entre eux sont atteints par la forme sévère menaçant la vie.

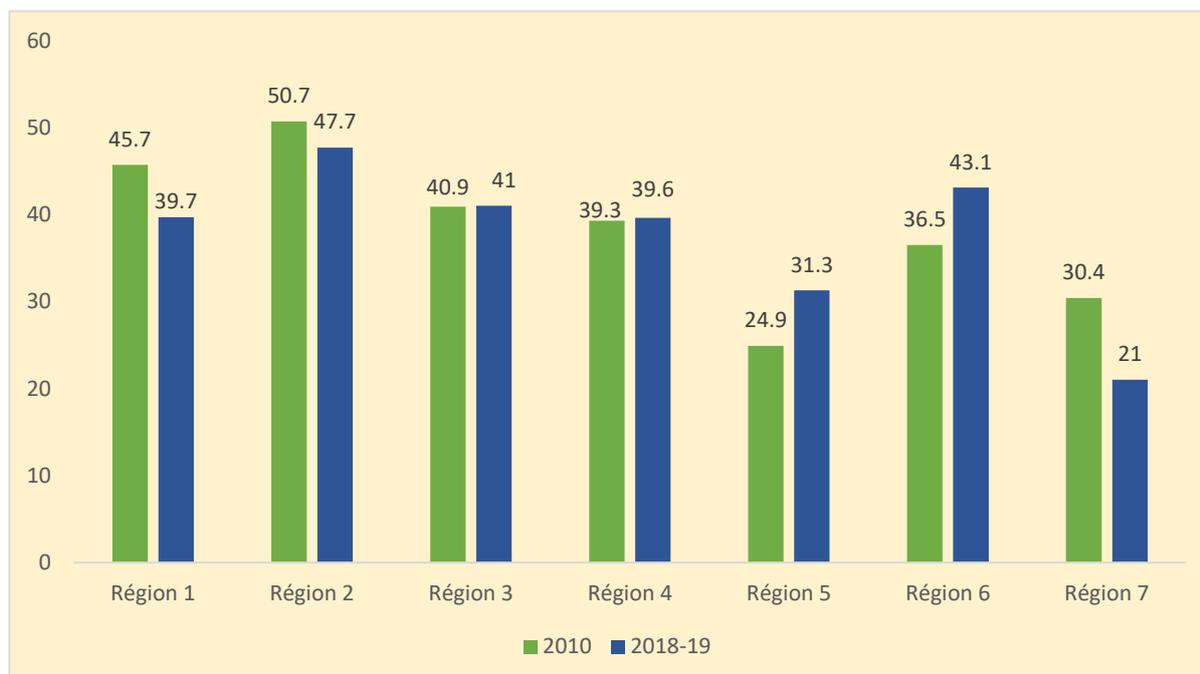
Figure 11 : Répartition des causes de décès infanto-juvéniles en RCA



La situation de l'évolution des proportions du retard de croissance est alarmante. En effet, dans 4 régions sur 7, la proportion des enfants de moins de 5 ans atteints de retard de

croissance en 2018-19 a été supérieure à celle de 2010. Les régions qui ont enregistré des variations positives sont les régions 5 (+28%), 6 (+18%), 4 et 3 (+1% chacune).

Figure 12 : évolution des proportions des retards de croissance selon les régions



2.1.4 La santé des adolescents en RCA

Les adolescent(e)s et les jeunes ont souvent des pratiques et comportements qui nuisent à leur bien-être immédiatement ou dans le futur, entravant ainsi leurs capacités à contribuer au développement et avec des conséquences constituant un fardeau pour leur famille et pour la communauté entière. Parmi ces pratiques, nous avons les comportements sexuels à risque. Les indicateurs de santé sexuelle et reproductive des adolescents, demeurent préoccupants en RCA. En effet, près de 43% des femmes âgées 20-24 ans étaient

exposées aux grossesses précoces avant 18 ans, avec un taux de fécondité de 18,4% (184 pour 1000) entre les adolescentes ; près de 38,4% d'entre elles ont des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans contre 30,4% chez les garçons au même âge. Les causes de décès chez les adolescents en RCA seraient dominées par les complications des avortements clandestins (Hémorragie, septicémie...), l'hémorragie de la délivrance chez les adolescentes en grossesse, les traumatismes liés aux accidents de la voie publique et le VIH/SIDA.

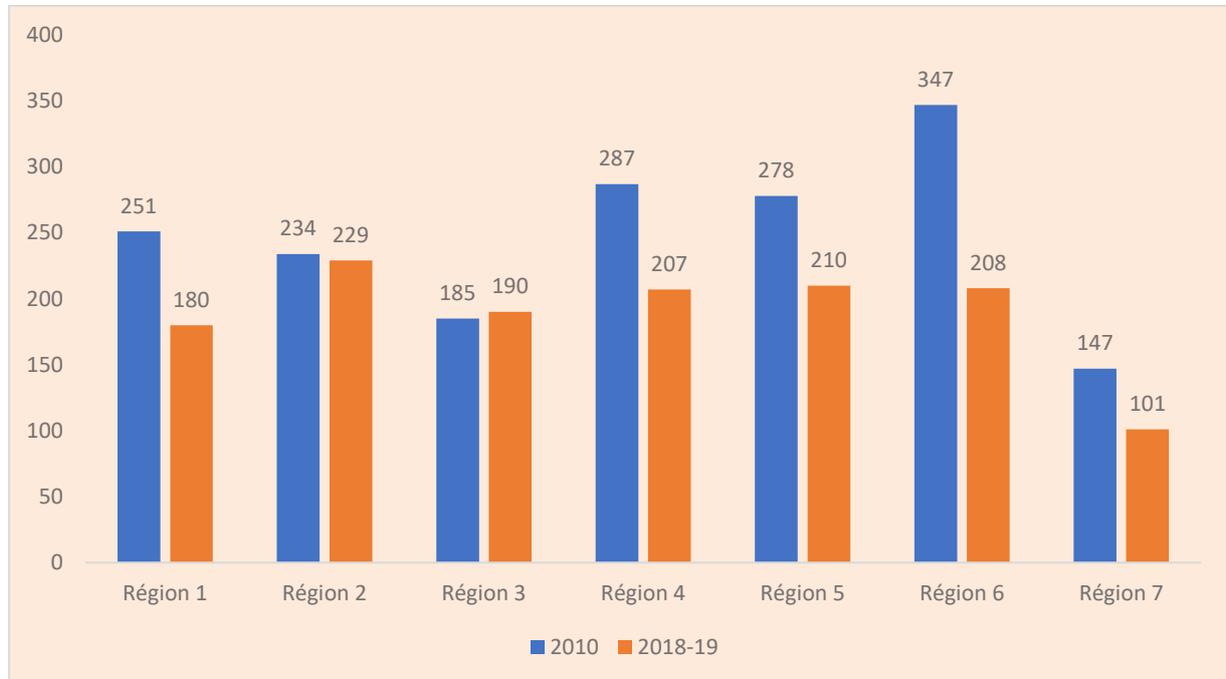
Tableau 5 : Principaux indicateurs de santé des adolescents en RCA

Indicateurs	Indicateur	Source
Grossesses précoces (naissance vivante avant 18 ans)	35,9%	MICS 2018-2019
Rapports sexuels à l'âge de 15 ans chez les jeunes femmes	38,4%	MICS 2018-2019
Rapports sexuels à l'âge de 15 ans chez les jeunes hommes	30,4%	MICS 2018-2019
Taux de fécondité chez les adolescentes	184 pour 1000	MICS 2018-2019

De fortes réductions dans le taux de fécondité des adolescentes ont été obtenus au niveau national, mais au niveau de deux régions (les régions 2 et 3) les taux sont restés quasi identiques. La région 2 est passée de la

troisième à la dernière place entre 2010 et 2018-19. La région 6 a réalisé quant à elle une amélioration significative, comblant ainsi le grand écart entre elle et les autres régions du pays.

Figure 13 : évolution des taux de fécondité des adolescentes selon les régions



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

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

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

subdivisé en deux sous-niveaux (clinique simple et de référence)

Tenant compte de la documentation disponible et de la connaissance de la situation du système de santé, les différentes parties prenantes du processus ont mené une analyse des causes de ces goulots d'étranglement afin de leur proposer des mesures correctives adaptées à la situation du Pays. L'analyse détaillée des goulots d'étranglement sur la base des données de couverture en interventions à haut impact pour la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent est présentée dans le document en annexe 3. L'assistance technique a joué un rôle de guidance et de partage des expériences d'ailleurs qui a facilité l'aboutissement aux causes consensuelles ci-dessous.

Les causes de ces goulots et leurs mesures correctives sont présentées ci-dessous par groupe de déterminants :

- les déterminants de **l'offre de service** pour tout ce qui concerne la disponibilité des intrants, la disponibilité des ressources humaines qualifiées et l'accessibilité géographique.
- les déterminants de **la demande de services** avec en particulier l'accessibilité financière

et l'acceptabilité socio-culturelle et comportementale

- les déterminants en lien avec les **piliers du système de santé** (leadership, gouvernance, coordination, organisation des services, suivi, système d'information)
- les déterminants directement liés à **l'utilisation** adéquate (ou continue) ou effective (de qualité) **des services**.

Méthode de l'analyse des Goulots d'étranglement

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

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

Pour chacun des trois domaines couverts – santé maternelle et néonatale, santé infanto-juvénile, et santé des adolescents – il est procédé à l'analyse des paquets d'intervention aux niveaux communautaire, préventif et curatif à travers des interventions « traceurs » choisis au sein de chaque paquet dans une logique de représentativité rendant le processus moins lourd.

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

2.2.1 Causes des goulots d'étranglement liés à l'offre des services

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

Tableau 6 : Cause des goulots liés à la disponibilité des intrants

Cause des goulots	Stratégies correctrices	Réformes
<p>Centrale d'achat des MEG peu fonctionnelle</p> <p>Inexistence d'un système harmonisé de gestion des médicaments et intrants</p> <p>Non prise en compte de la liste des médicaments et consommables essentiels</p> <p>Manque de formation en gestion de stock</p> <p>Faible capacité de planification des besoins par les FOSA</p> <p>Non prise en compte des besoins exprimés par les FOSA dans l'approvisionnement et la distribution intrants essentiels</p> <p>Procédures lentes et inefficaces de passation de marchés pour l'acquisition des intrants essentiels (médicaments et consommables essentiels)</p> <p>Insuffisance de moyens d'acheminement des produits vers les districts/ FOSA</p> <p>Insuffisance des dépôts au niveau national, régional et districts (8/35)</p> <p>Stockage insuffisant et inadapté (manque de dépôt adapté) dans la plupart des zones en crise</p>	<p>Développement et mise en œuvre d'une stratégie nationale de renforcement de la gestion des approvisionnements et des stocks (GAS) répondant aux besoins des différents niveaux de la pyramide de santé (coordination, renforcement de capacités, équipements, maintenance, etc.)</p>	<p>Renforcer les prérogatives et les moyens et décentraliser la Centrale d'achat des MEG jusqu'au niveau intermédiaire</p>
<p>Insuffisance des ressources financières, étatiques en particulier, allouées à l'acquisition des médicaments essentiels</p> <p>Disponibilité des intrants essentiels fortement liée à la présence ou non des partenaires</p> <p>Approvisionnement fortement dépendant des partenaires intervenants dans leurs zones spécifiques</p>	<p>Plaidoyer soutenu pour une mobilisation additionnelle des ressources financières garantissant une disponibilité permanente des intrants essentiels</p>	<p>Développer une plateforme conjointe d'appui au GAS</p>
<p>Réseau routier inapproprié et insuffisance de moyens d'acheminement des produits vers les districts/ FOSA dans les zones en crises</p>	<p>Plaidoyer pour l'amélioration et entretien du réseau routier et le transport aérien des intrants (en collaboration avec les acteurs humanitaires, utilisation des nouvelles technologies)</p>	
<p>Insuffisance points de distribution d'eau et de sources améliorées d'eau, ainsi que de leur maintenance préventive</p> <p>Faible couverture en point des distributions d'eau : Incapacité de la SODECA à couvrir les besoins de la population dans le pays (Bangui, Berberati, Bouar, Bambari, Bossangoa, Bangassou, Ndélé,)</p>	<p>Installation de points d'eau additionnels et plaidoyer pour l'augmentation de la capacité de production et de distribution d'eau de la SODECA</p>	

Tableau 7 : Cause des goulots liés à la disponibilité des ressources humaines

Cause des goulots	Stratégies correctrices	Réformes
<p>Insuffisance de personnel de santé et faiblesse de la rémunération des agents</p> <p>Insuffisance de la motivation des agents de santé (motivation matérielle et morale)</p> <p>Complexe de supériorité et ignorance pour rendre compte à qui de droit de la zone de juridiction</p>	<p>Mise à échelle du FBR et Développement de mesures incitatives du personnel de la santé</p> <p>Promotion de la redevabilité, la déontologie et l'éthique professionnelle</p>	<p>Réforme de la grille salariale pour l'adapter aux besoins des secteurs sociaux et à la performance</p>
<p>Insuffisance de formation du personnel malgré certains profils connaissant actuellement un certain nombre de chômeurs</p> <p>Insuffisance des formations spécifiques (PTME, MMK, etc.)</p> <p>Couverture insuffisante des programmes de prise en charge des violences basées sur le genre (VBG)</p> <p>Insuffisance de couverture sanitaire en prise en charge de la prématurité</p> <p>Insuffisance de recyclages périodiques</p> <p>Insuffisance de compétence de santé communautaire tant au niveau central, opérationnel et de la communauté</p>	<p>Mise en œuvre d'un plan de formation national intégrant à la fois la formation de base, la formation continue et pour le niveau communautaire</p>	<p>Adapter les curricula de formation aux besoins du marché de l'emploi des agents de santé</p>
<p>Programme économique et social national limitant les recrutements de personnels de santé</p> <p>Absence de plan de développement et de redéploiement des personnels de santé</p>	<p>Plaidoyer en faveur de recrutement de personnels de santé conformément aux besoins du secteur</p>	<p>Mise en œuvre d'un plan ambitieux de recrutement de personnels de santé conformément aux besoins du secteur</p>
<p>Mauvaise répartition du personnel en défaveur des zones reculées</p> <p>Insuffisance de FOSA ayant le personnel adéquat et formés pour les services de promotion de l'ANJE</p> <p>Problèmes de regroupement de familles ne facilitant pas la stabilité des agents de santé en périphérie</p> <p>Zones d'insécurité inaccessibles aux personnels</p>	<p>Mise en œuvre d'un plan de redéploiement du personnel avec mesures d'accompagnement</p>	<p>Élaborer, adopter et mettre en œuvre un Plan stratégique de développement des RHS et un plan intégré de développement de la santé communautaire</p>
<p>Quantité insuffisante de jeunes scolarisés dans certains villages</p> <p>Faible capacité de déploiement des OSC/OAC</p>	<p>Mettre en œuvre des mesures pour assurer la complémentarité par la santé communautaire et les OSC/OAC</p>	
<p>Insuffisance des moyens financiers des FOSA ne leur permettant pas de recruter le personnel nécessaire</p> <p>Manque de volonté de certaines FOSA pour le recrutement de personnels</p>	<p>Mise en œuvre d'un plan de recrutement de personnels pour les HRU et les HD</p>	<p>Allocations additionnelles de fonds aux HRU et HD pour prise en charge des personnels additionnels</p>

Tableau 8 : Cause des goulots liés à l'accessibilité géographique

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

2.2.2. Causes des goulots liés à la demande des services

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

Tableau 9 : Cause des goulots liés à l'accessibilité financière

Cause des goulots	Stratégies correctrices	Réformes
<p>Revenu faible d'une bonne proportion des ménages ne leur permettant pas l'accès à des intrants ou services essentiels</p> <p>Les FOSA n'arrivent pas à assurer une gratuité des médicaments et consommables pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, entre autres, à une insuffisance de ressources financières allouées à ces produits au niveau national</p> <p>Absence de mécanismes alternatifs au paiement direct (mutuelle de santé et d'assurance maladie)</p> <p>Frais élevés pour les bilans prénataux</p> <p>Coût du transport et de la prise en charge de la femme et de ses accompagnants, pour accéder aux dépistages etc.</p>	<p>Allocation budgétaire couvrant les coûts de gratuité</p> <p>Mise en œuvre de mécanismes adaptés de partage de coûts incluant les coûts indirects (Tiers payant, remboursement des frais de transport, etc.) sans distinction d'âge pour les femmes enceintes.</p> <p>Développer des mesures novatrices</p> <p>Promotion du financement des activités génératrices de revenus</p>	<p>Révision de la politique de gratuité afin de la rendre plus effective</p> <p>Adoption et mise en œuvre d'une loi de protection sociale nationale</p>
<p>Circuits parallèles illicites de vente de médicaments et consommables les rendant plus chers ; coûts des « dessous de tables »</p>	<p>Renforcer la supervision des FOSA et le contrôle des points de vente</p>	<p>Renforcement de la régulation de la vente des médicaments</p>
<p>Faiblesse de l'approche communautaire comme solution intermédiaire moins coûteuse</p>	<p>Renforcer et impliquer les ASC dans les zones d'insécurité et d'accès difficile</p>	<p>Adopter une stratégie nationale de santé communautaire</p>
<p>Absence de ligne budgétaire pour la santé des adolescents</p> <p>Coût d'opportunité élevé dans l'accès des services des adolescents par rapport à leurs activités scolaires</p>	<p>Élaboration et mise en œuvre d'un plan stratégique multisectoriel de santé des adolescents</p>	<p>Allocation additionnelle de budget national en faveur de la santé des adolescents</p>

Tableau 10 : Cause des goulots liés à l'acceptabilité socio-culturelle et aux comportements

Cause des goulots	Stratégies correctrices	Réformes
<p>Automédication, en particulier chez les enfants malades retardant l'utilisation des services</p> <p>Méconnaissance des bienfaits des interventions préventive : AME, CPN, PEC MAS)</p> <p>Pas de loi de protection du lait maternel</p> <p>Absence d'accompagnement de l'AME au niveau communautaire : absence de groupes de soutien au niveau communautaire</p> <p>Méconnaissance des valeurs nutritives des aliments de complément</p> <p>Résistance au changement de comportement dans l'utilisation des MILDA</p> <p>Insuffisance de collaboration avec les tradipraticiens</p> <p>Manque de messages adaptés de communication</p> <p>Insuffisance de support de communication et de sensibilisation (boite à image)</p>	<p>Élaboration et mise en œuvre d'un Plan national de communication autour des pratiques familiales essentielles et des pratiques néfastes à la SRMNIA-N</p>	<p>Adoption de textes nationaux protégeant l'allaitement maternel et les populations cibles clés du Programme santé et nutrition</p>
<p>Normes, us et coutumes essentiellement patriarcales, généralement défavorables à la femme.</p> <p>Tabous et autres considérations socio-culturelles autour de la santé sexuelle, des mariages précoces et du VIH.</p> <p>Lévirat et sororat ; sexualité précoce, excision (zone rurale, certaines ethnies)</p> <p>Insuffisance dans la communication agent de santé – patient (adolescent) liée à la méconnaissance des standards des adolescents</p> <p>Insuffisance de communication entre parents et adolescents) sur la sexualité</p> <p>Peur de la stigmatisation de certains groupes et des adolescents et jeunes</p> <p>Insuffisance du Plan de communication en santé sexuelle et de reproduction</p>	<p>L'application des textes de loi contre certaines pesanteurs socio-culturelles et religieuse, pour le Genre et contre toutes formes de discrimination, et pour le VIH, etc.</p> <p>Un programme de formation et de changement de comportement des prestataires afin de rendre les soins de santé plus respectueux et adaptés aux femmes et adolescentes (en particulier la planification familiale et le continuum de soins de maternité).</p> <p>Programmes d'engagement et de communication pour les jeune-filles au niveau communautaire.</p>	

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

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

Tableau 11 : Cause des goulots liés au leadership et à la gouvernance au sein du système de santé

Cause des goulots	Stratégies correctrices	Réformes
Insuffisance de leadership national, intermédiaire et périphériques	Mise en œuvre des mesures pour le renforcement du leadership national, intermédiaire et périphérique, avec un accent sur l'engagement des femmes dans le leadership	Réforme institutionnelle du secteur mettant en avant le leadership, le contrôle, le partenariat et la redevabilité
Mauvaise parité hommes-femmes dans les rôles de direction et dans les organes décisionnels		
Insuffisance dans la gouvernance et le partenariat à tous les niveaux	Renforcement de la gouvernance et le partenariat à tous les niveaux	Programmes de formation et mentorat pour les femmes leaders
Textes inexistantes en matière de règlement du secteur privé en RCA	Réglementation en matière de l'intervention du secteur privé en RCA	Conception et mise en applications des lois et règlement en matière de SRMNIA
Manque de coordination entre programmes et intervenants (cadre de concertation au niveau national et décentralisé) Insuffisance de coordination dans l'approvisionnement ou la distribution des intrants essentiels entre le MSP et ses partenaires Insuffisance des contrôles, audits et de missions suivi et évaluation	Mettre en place des mécanismes adaptés de coordination par niveau et par thématique de la Santé maternelle et néonatale, décentralisation du COPII à tous les niveaux	Conceptions et mise en applications des lois et règlement en matière de SRMNIA
Absence de stratégie nationale de financement de la santé pour tendre vers CSU	Mise en œuvre de mécanismes adaptés de partage de coûts incluant les coûts indirects	Adoption et mise en œuvre d'une loi nationale d'assurance maladie obligatoire à travers des textes d'application et des plans d'action spécifiques
Stratégie nationale en faveur de la santé communautaire non encore disponible et insuffisance dans la mise en œuvre des interventions du niveau communautaire	Élaborer, adopter et mettre en œuvre une stratégie nationale de santé communautaire	

Tableau 12 : Cause des goulots liés à l'organisation des prestations

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

Tableau 13 : Cause des goulots liés au suivi et à la gestion de l'information stratégique

Cause des goulots	Stratégies correctrices	Réformes
<p>Faible complétude et qualité des rapports, l'insuffisance en information stratégique ne facilitant pas la planification ou le suivi-évaluation</p> <p>Problème d'opérationnalisation du SNIS avec intégration du DH12 ; Système de collecte non efficace au niveau FOSA et DS</p>	<p>Renforcement du SNIS</p> <p>Utilisation effective de DIHS2</p> <p>Redynamisation du circuit de transmission des données</p>	<p>Revitalisation du SNIS : Élaboration et mise en œuvre d'un plan stratégique de développement du SNIS</p>
<p>Insuffisance de supervisions régulières par niveau</p>	<p>Réactualisation des directives nationales de supervision intégrée</p>	<p>Mise en œuvre d'un plan intégré de suivi et évaluation du secteur</p>
<p>Faible capacité de recherche et peu d'informations sur les goulots d'étranglement à la réforme spécifiques à la RCA</p>	<p>Renforcement des capacités de recherche de mise en œuvre</p>	
<p>Manque de statistiques / données sur le genre et sur les adolescentes</p>	<p>Intégration des indicateurs sur le genre dans le SNIS, le enquêtes et les grilles de supervision</p>	

3 Réponse proposée pour l'amélioration de la SRMNIA-N

3.1 Vision du secteur et mission du dossier d'investissement

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

Cette vision d'une RCA où les services de SRMNIA-N sont géographiquement, culturellement et financièrement accessibles aux femmes, aux enfants, aux adolescents et aux jeunes permettant à ces groupes de les utiliser de manière la plus optimale en vue d'une baisse substantielle des mortalités spécifiques dans ces groupes, reste matérialisée et occupe une place prépondérante dans la stratégie nationale du secteur de la santé (PNDS 2023-2026).

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

coordination et de mise en œuvre, et de suivi et évaluation.

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

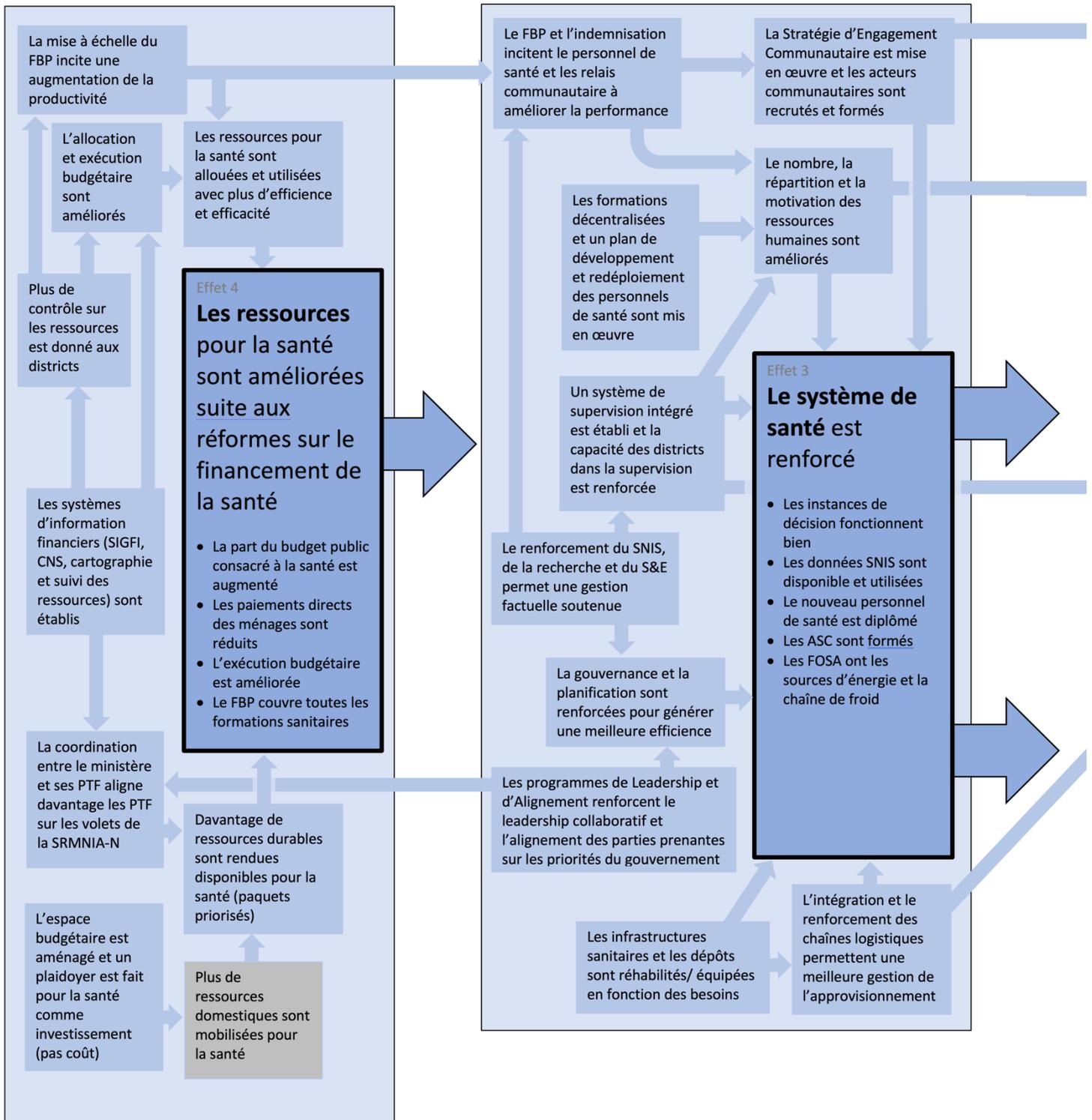
Ce Dossier d'investissement repose sur quatre principes de base :

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

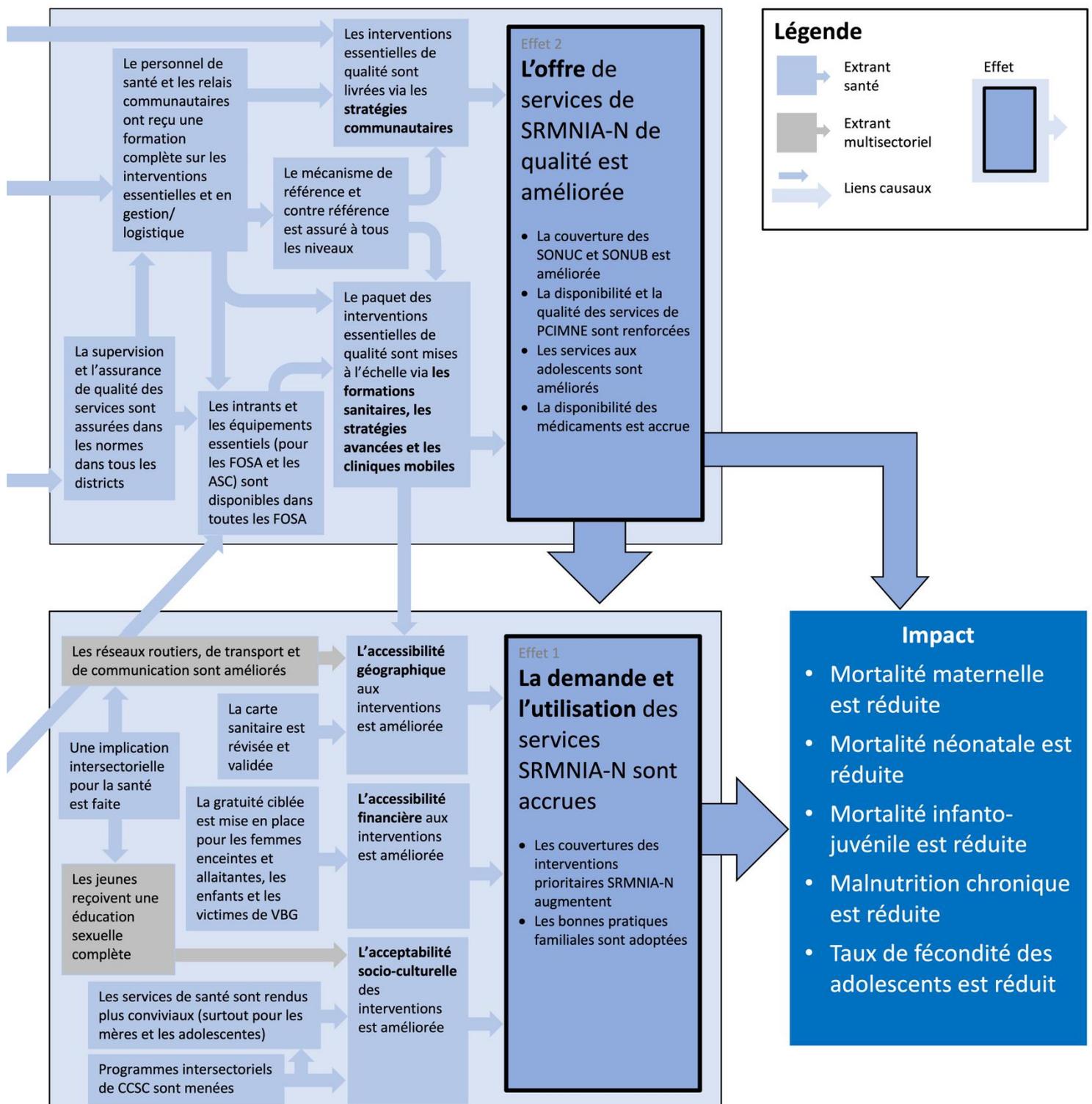
3.2 La théorie du changement

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

Afin de permettre à toutes les parties prenantes de gérer efficacement la mise en œuvre du Dossier d'Investissement, le Cadre de Résultats sera fortement basé sur cette Théorie du Changement ; ce qui garantit le suivi complet des interventions elles-mêmes,



mais aussi et surtout les stratégies sous-jacentes visant à renforcer les différents piliers du système de santé y compris les ressources matérielles et financières pour la santé.



3.3 Où investir : domaines et régions prioritaires et choix du scénario

3.3.1 Les Populations Cibles

Les cibles prioritaires **en matière de SRMNIA-N** retenues lors des concertations nationales¹⁵ sont :

1. les femmes en âge de reproduction (de 15 à 49 ans)
2. les femmes enceintes et allaitantes
3. les nouveau-nés
4. les enfants de 0 à 5 ans et
5. les adolescent(e)s et les jeunes.

Le nombre de femmes, d'enfants ou d'adolescents et jeunes bénéficiant des différentes interventions à haut impact varie d'année en année. Les tableaux ci-dessous donnent, les populations cibles en 2021.

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

Tableau 14 : Populations ciblées par le Dossier d'Investissement

	Proportion	Nombre estimé en 2024	Nombre estimé en 2025	Nombre estimé en 2026	Source
Femmes en âge de procréer (15-49 ans)	0,245	1 443 639	1 470 426	1 497 397	RGPH2003 Projection à partir de Spectrum
Femmes enceintes	0,04	235 696	240 069	244 473	
Nouveau-nés	0,0304	179 129	182 453	185 800	
Enfants de moins de 5 ans	0,173	1 019 386	1 038 301	1 057 346	

3.3.2 Les zones prioritaires

Le choix des zones prioritaires permet de préparer le développement de scénarii progressifs en fonction du nombre de régions/préfectures, et donc de districts de santé, qui seront couverts dans le cadre des scénarii alternatif. Dans le cadre de la mise à jour du présent DI, qui s'appuie sur les données disponibles du MICS et d'autres récentes enquêtes, le choix des zones s'est fait sur la base des régions sanitaires, et suivant un processus participatif avec le consensus des

principales parties prenantes. L'absence de données par district n'a pas permis de pousser cette désagrégation et donc cette priorisation jusqu'au niveau du district de santé.

Les critères de choix des régions prioritaires sont bâtis sur la base d'indicateurs d'impact et d'effet liés aux cibles et désagrégés par région. Ainsi, pour classer les régions en fonction de leur niveau de priorité, l'atelier a retenu 4 domaines (la santé néonatale, la santé infanto-juvénile, la santé maternelle et la santé

¹⁵ Concertations menées en novembre 2018 lors de l'exercice « EQUIST » et dont les conclusions ont

été confirmées en mars 2019 lors des concertations communautaires

des adolescents) et six indicateurs consensuels pour cette catégorisation des régions :

1. le taux de mortalité néonatale
2. le taux de mortalité infanto juvénile
3. le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié
4. le taux d'achèvement de la CPN4
5. le taux de prévalence contraceptive moderne
6. la prévalence du VIH/SIDA parmi les adolescents et
7. le taux de grossesse précoces

Pour la santé maternelle, en l'absence de ratio par préfecture, un diagramme de problèmes de la mortalité maternelle a permis de choisir les trois indicateurs de couverture retenus. Concernant la morbidité chez les adolescents, les régions ont été classées en fonction du poids du nombre de cas par préfecture exprimé en %.

Ainsi, la valeur au niveau régional de chaque indicateur a été comparée avec la moyenne nationale + ou – la moitié de l'écart type. Ce qui a permis de classer la valeur de chaque indicateur par région en 3 catégories : la valeur au-dessus de la moyenne nationale + la moitié de l'écart type, la valeur en dessous de la moyenne nationale - la moitié de l'écart type et les valeurs comprises entre la moyenne de l'écart type + ou – la moitié de l'écart type. Par suite une couleur a été attribuée aux valeurs de chacun des indicateurs par région en fonction de sa catégorie, avec le « rouge » traduisant une situation défavorable, la couleur « orange » pour la catégorie intermédiaire et la couleur « verte » pour toute valeur de l'indicateur en situation favorable. Un simple décompte permet de classer les régions sanitaires en deux groupes (les régions prioritaires totalisant le nombre le plus élevé de rouge et les régions non prioritaires avec un nombre de couleur verte dominant).

Vu le nombre réduit de régions (7) la partie nationale a opté pour deux groupes :

- Les 4 régions sanitaires totalisant un nombre élevé d'indicateurs en « rouge » et classées dans l'ordre de priorité c'est à dire avec de lourdes charges en termes de morbidité et de mortalité. Ce sont les régions sanitaires 3,4,2 et 6 couvrant 24/35 districts de santé, 63% de la population, et représentant 69% des décès infanto-juvéniles et 68% des cas de grossesses précoces et 57% des personnes infectées par le VIH/SIDA chez les adolescents.
- Les 3 autres régions moins prioritaire couvrant l'ensemble du pays.

3.3.3 Les interventions prioritaires

En plus de la dimension géographique, le développement des scénarii à analyser est basé sur une sélection de 2 paquets successifs d'interventions à couvrir à l'échéance 2026.

Le premier est le paquet complet retenues depuis l'analyse Equist et constitué d'une sélection d'interventions à haut impact du niveau communautaire, éducatif et préventif et curatif et mis en œuvre aux différents échelons de la pyramide sanitaire. Ce paquet complet garanti le continuum de soins unanimement jugé nécessaire pour une efficacité de l'action de santé et pour une durabilité des acquis. De ce paquet complet, il est tiré un sous paquet nommé paquet minimum, il est constitué d'une liste d'interventions essentielles au niveau district et dont l'efficacité et la couverture peut être garantie à l'échelle national avec des niveaux de ressources relativement moins élevé que le paquet complet. De plus, ce sous paquets prévoit une mise en œuvre renforcée des interventions permettant d'adresser les causes de décès et de morbidité relevées depuis l'analyse épidémiologique, dans ce sens il intègre par exemple pour le volet curatif, la prise charge du paludisme (principale cause de décès des enfants), l'« accouchement assisté par un professionnel qualifié » incluant une prise en charge adéquat de la délivrance et les soins liés à l'avortement.

Les deux paquets d'interventions sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 15 : Les deux paquets d'interventions prévus dans le cadre du scénario adopté

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

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

Interventions du paquet « complet » du DI	Interventions du paquet « minimum »
3.3 Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)	
Accès à un établissement offrant des services SONUB lors du travail et de l'accouchement	✓
Accès à un établissement offrant des services SONUC lors du travail et de l'accouchement	
Réanimation néonatale en cas de besoin	
PEC sans risque de l'avortement	✓
Prise en charge des cas de grossesse extra-utérine	
Administration de corticostéroïdes prénatals lors d'un travail prématuré	
Administration d'antibiotiques en cas de rupture prématurée des membranes (RPM)	
Prise en charge de l'éclampsie avec utilisation du Sulfate de Magnésium	
Déclenchement du travail pour les grossesses de plus de 41 semaines	
Prise en charge des cas de septicémie maternelle	
Prise en charge de la prématurité	
Prise en charge de la pneumonie et de la septicémie du nouveau-né	
3.4 Soins complets en matière d'avortement	
Mise en place de service de Soins Après Avortement dans les FOSA	✓
Disponibilité des kits pour les Soins Après Avortement dans les FOSA	✓
Éducation sexuelle complète	✓
Avortement médicalisé	✓
Rendre disponible l'avortement à la demande de la femme, fille ou toute autre personne enceinte, sans l'autorisation d'une autre personne, organisme ou institution.	✓
4 Santé des adolescents	
Vaccination antitétanique (VAT) en milieu scolaire	
Supplémentation en fer acide folique	
Éducation sexuelle et nutritionnelle pour les adolescents et leurs parents & lutte contre les mariages précoces	
Ouverture des points d'informations pour les Adolescents et Jeunes dans les FOSA	
Disponibilité et utilisation des méthodes modernes de contraception y compris le préservatif et la pilule du lendemain	✓
Planification familiale (contraceptifs modernes) pour les personnes non en union ou âgées de moins de 15 ans	✓
Distribution de kit de dignité (hygiène menstruelle)	✓
Dépistage des IST/VIH chez les adolescents	✓
Traitement des IST/VIH chez les adolescents	✓
Soins aux victimes de violence conjugale : agression physique	
Soins aux victimes de violence entre partenaires intimes : agression sexuelle	

Sur la base d'une part, des analyses préliminaires en termes de goulots et de principales causes de morbidité et de décès, et d'autres parts d'une combinaison de critères comprenant (priorisation géographique et priorisation du paquet d'interventions), ce sont 2 scénarios de mise à l'échelle qui ont été constituées et soumis au choix par les autorités et les autres parties prenantes dont les partenaires au développement.

Le scénario qui a été retenu prévoit un déploiement et une mise à l'échelle complète du paquet minimum dans les 4 régions prioritaires dès la première année. Dans le reste du pays le paquet minimum connaîtra un niveau de renforcement qu'à partir de la deuxième année. A la fin de la période du DI, l'objectif cible visé est variable en fonction de chacune des interventions, mais l'effort devrait être mené pour atteindre généralement 80% de couverture pour la plupart des interventions du paquet minimum. L'objectif visé est d'atteindre un bon niveau de consolidation et une couverture adéquate à l'échelle nationale au cours de la période de planification du GFF en ce qui concerne ce paquet prioritaire.

En ce qui concerne les autres interventions du paquet complet, elles poursuivront leur mise en œuvre dans l'ensemble du pays selon leur tendance historique positive et graduellement.

Mais ces interventions pourraient être renforcées bien entendu en fonction des opportunités au niveau de chaque programme concerné. En effet, la mise à l'échelle de manière graduelle de ce paquet plus onéreux et exigeant en termes de capacité, pourra bénéficier des leçons apprises dans les zones prioritaires.

En outre dans ce scénario, dès la première année, l'orientation stratégique prévoit des interventions et actions de renforcement du système de santé pour soutenir l'offre de service de la SRMNIA-N dans les régions prioritaires dès la première année. Ces actions connaîtront également un début de mise en œuvre dans les autres régions qu'à partir de la deuxième année. Il s'agit entre autres du renforcement du système de gestion logistique pour un meilleur approvisionnement des intrants (médicaments, réactifs, vaccins) principalement au niveau opérationnel, du renforcement du système d'information sanitaire et des ressources humaines, les équipements et infrastructures, etc. Le tableau ci-dessous présente le scénario retenu et les modalités de son déploiement en fonction des 2 paquets d'interventions et des zones de couverture durant la période de mise en œuvre du GFF.

Tableau 16 : Paquets du scénario retenu et sa mise en échelle par zone géographique

Paquets d'interventions & zones		2024	2025	2026
Paquet (minimum)	Régions prioritaires	✓	✓	✓
	Ensemble du pays		✓	✓
Autres interventions du paquet complet	Ensemble du pays	-	-	-
Renforcement Systèmes de Santé*	Régions prioritaires	✓	✓	✓
	Ensemble du pays		✓	✓

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

3.4 Impacts attendus sur la SRMNIA-N du scénario adopté

Jusqu'en 2026, les avantages escomptés des interventions du scénario retenu mettant en avant le paquet minium dans l'ensemble du pays sont importants. Une synthèse des résultats en termes d'impact, d'effets et de coût au niveau national est présentée ci-dessous.

3.4.1 Impacts attendus en termes d'évolution des mortalités

Tableau 17 : Taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile assumé en 2023 et estimé en 2026

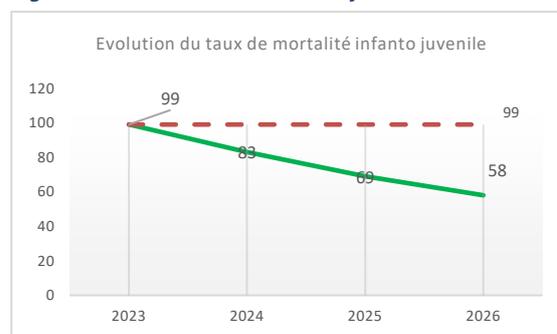
	Niveau de référence 2019 assumé en 2023	Estimation mise en œuvre en 2026
TMM	835/100,000 nv	555/100,000 nv
TMIJ	99/1,000 nv	58/1000 nv

Comme le montre le tableau ci-dessus, la mise en œuvre de ce scénario devrait permettre d'éviter de nombreux décès des mères, illustré par la réduction importante du ratio de mortalité maternelle passant de 835 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2023 à 555 en 2026. Le DI permettra de réduire le RMM de 32% et de 46% le GAP vers les ODD

A partir du niveau de base 99 (p 1000), la mise en œuvre du présent scénario permettra au pays d'amorcer une évolution favorable de la

MIJ vers l'atteinte de l'ODD en 2030 avec un taux de MIJ qui connaîtrait une réduction de 41% et atteindre 58 décès pour 1000 en 2026. Ce niveau d'effort permet de réduire le GAP par rapport aux ODD de 55%.

Figure 14 : Taux de Mortalité Infanto-Juvénile



La ligne en vert représente une tendance attendue entre 2023 et fin 2026 de la mise en œuvre du DI sur la réduction de la mortalité infanto-juvénile

3.4.2 Impacts attendus en termes de nombre de vies sauvées

En trois années de mise en œuvre des orientations du DI, l'action gouvernementale appuyée par les autres acteurs nationaux et internationaux permettrait d'éviter le décès à 1 406 mères, à 2.532 nouveau-nés et à 10 738 enfants de moins de 5 ans dans les différentes régions du pays atteignant un total cumulé de plus de **14.676** vies sauvées d'ici à 2026 :

Tableau 18 : Évolution du nombre attendu de vies sauvées du scénario adopté

Nombre de vies additionnelles sauvées	2024	2025	2026	TOTAL
Néonatales	602	935	995	2 532
Enfants âgés de 1 à 59 mois	2 089	3 790	4 859	10 738
Maternelles	251	475	680	1406
Total vies additionnelles	2 942	5 200	6 534	14 676

3.4.3 Nombre de vies maternelles sauvées

L'analyse des parts relatives des interventions retenues – tenant compte de leurs couvertures cibles après levée des goulots d'étranglement – en termes de nombre de vies sauvées permet de classer dans Tableau 29 ces interventions par ordre d'efficacité dans la mise en œuvre du DI. Quatre cinquièmes (84%) des vies maternelles seraient sauvées grâce à la mise à échelle de ces sept interventions à haut impact.

Plus de la moitié des accouchements (53,8%) se font déjà avec l'assistance d'un personnel

qualifié. Il s'agira d'améliorer la qualité de cette assistance à l'accouchement avec :

1. recours aux outils de surveillance (ex : partogramme), en particulier lors du 3^e stade (GAPTA)
2. suppléments en sulfate de magnésium ou en fer et acide folique en prévention, respectivement, de l'éclampsie ou de l'anémie, et
3. prise en charge des pathologies associées à la grossesse en particulier les infections et l'hypertension artérielle (HTA) gravidique.

Tableau 19 : Nombres de vies maternelles sauvées en 2026 par type d'intervention

Intervention	Proportion de vies maternelles sauvées	Nombre de vies maternelles sauvées
1 PEC du travail et accouchement propre	23%	153
2 Avortement sans risque et PEC post-avortement	21%	144
3 PEC de la prééclampsie avec Sulfate de Magnésium	11%	72
4 Supplémentation en fer et micronutriments aux FE	10%	66
5 PEC de l'infection maternelle	10%	66
6 PEC de la 3e phase du travail	6%	42
7 Prise en charge de l'HTA au cours de la grossesse	4%	30
Autres, y inclus la planification familiale	16%	107
Total	100%	680

3.4.4 Nombre de vies néonatales sauvées

De même, quatre cinquièmes (82%) des vies néonatales sauvées le seraient grâce à la mise à échelle de cinq interventions à haut impact. Grâce à un accouchement propre et une assistance efficace de l'accouchement, les

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

Tableau 20 : Nombres de vies néonatales sauvées par type d'intervention

Intervention	Proportion de vies néonatales sauvées	Nombre de vies néonatales sauvées
1 PEC du travail et accouchement propre	25%	249
2 Soins essentiels du nouveau-né	10%	100
3 Réanimation néonatale	7%	70
4 PEC de la prématurité	10%	100
5 PEC de l'infection et pneumonie néonatale	30%	299
Autres	18%	179
Total	100%	995

3.4.5 Nombre de vies infanto-juvéniles sauvées

Plus des deux tiers (71%) des vies infanto-juvéniles seraient sauvées grâce à la mise à échelle des sept premières interventions à haut impact dans le tableau ci-dessous. La mise à échelle des quatre autres interventions ramènerait ce taux à 81%. Pour réduire efficacement la mortalité infanto-juvénile, il s'agira de mettre à échelle :

1. la prise en charge des cas simples de paludisme grâce à un accès adapté aux ACT, y compris au niveau communautaire
2. la vaccination des moins d'un an contre les maladies évitables par le PEV
3. la prise en charge efficace des IRA, particulièrement chez les nouveau-nés et les enfants en bas âge
4. la prise en charge des cas de diarrhée grâce à l'accès aux SRO et au zinc et
5. la prise en charge de la malnutrition en particulier la forme aiguë sévère et les carences en micronutriments.

Tableau 21 : Nombres de vies infanto-juvéniles sauvées par type d'intervention

Intervention	Proportion de vies infanto-juvéniles sauvées	Nombre de vies infanto-juvéniles sauvées en 2026
1- PEC des cas de paludisme	25%	2712
2-Vaccination	10%	1070
3-PEC de l'infection et de la pneumonie néonatale	10%	1036
4-PEC des IRA	9%	977
5-SRO en cas de diarrhée	8%	903
6-Zinc en préventif et curatif de la diarrhée	7%	757
7-PEC de la malnutrition aiguë	6%	604
8-PEC de la prématurité	3%	315
9-Soins essentiels du nouveau-né	3%	294
10-Lavage des mains	2%	259
11-Vitamine A en supplémentation	2%	233
Autres	15%	1578
Total	100%	10 738

3.4.6 Cas de morbidité évités grâce à la mise en œuvre du DI

Plus de 17 544 cas de malnutrition chronique seraient évités chez les moins de 5 ans si le paquet d'interventions à haut impact est mis

en œuvre sur l'ensemble du territoire du Pays suivant les modalités du scénario adopté. Avec une valeur de base en 2023 de 2245, le nombre de cas de malnutrition chronique évités sera élevé à plus 7 fois en 2026.

Tableau 22 : Nombres de cas de malnutrition chronique évités chez les moins de 5 ans

	2024	2025	2026
Scénario adopté	5 877	12 985	17 544

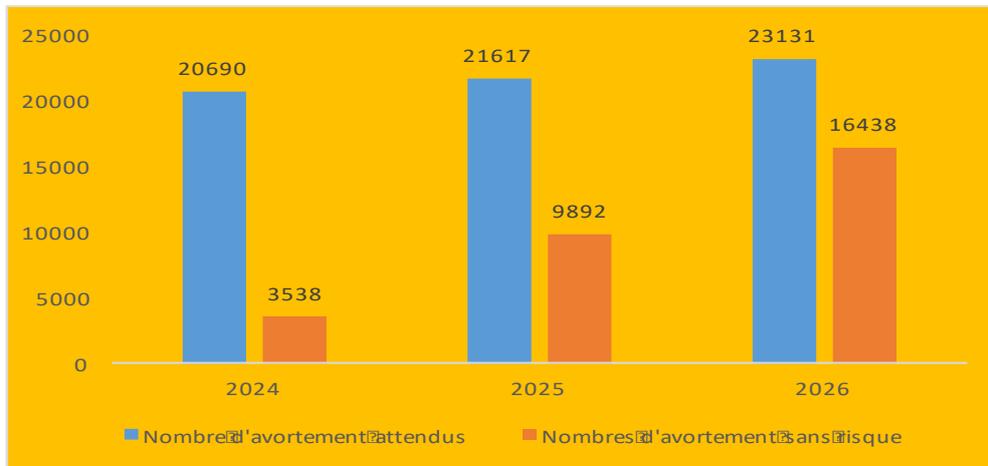
3.4.7 Les grossesses précoces et la prise en charge des avortements

La mise en œuvre du DI devrait permettre une baisse du taux de fécondité des adolescents de 184 naissances par 1000 adolescents à 110 naissances par 1000 adolescents.

Les grossesses précoces chez les adolescents sont plus exposées à des avortements spontanés ou provoqués que les grossesses chez les femmes au-delà de 20 ans. L'action

proposée d'assurer la prise en charge de ces avortements, ce qui participerait ainsi à sauver des vies maternelles. Le nombre d'avortements pris en charge est prévu d'augmenter proportionnellement avec la mise à échelle des actions prévues et le mode progressif du scénario retenu pour atteindre 70% des cas d'avortement qui seraient pris en charge de manière adéquate.

Figure 15 : Nombres d'avortements attendus vs avortements pris en charge



3.5 Cadre de Résultats

La table ci-dessous présente les indicateurs d'impact et d'effet qui vont être utilisés pour le suivi de la théorie du changement et les résultats du Dossier d'Investissement. Les

arrangements pour le suivi sont élaborés dans la section 4.5 ci-dessous. Les valeurs de base sont les données utilisées pour la modélisation quantitative (EQUIST/ OHT).

3.5.1 Matrice des indicateurs d'impact

	Base	Cible 2026
Mortalité maternelle (par 100 000 naissances)	835 Estimation OMS 2020	555
Mortalité néo-natale (par 1000 naissances)	28 MICS 2018/2019	19
Mortalité infanto-juvénile (par 1000 naissances)	99 MICS 2018/2019	66
Malnutrition chronique (enfants de moins de 5 ans)	38 % SMART 2022	29 %
Taux de fécondité chez les adolescents (par 1000)	184 MICS 2018/2019	110

3.5.2 Matrice des indicateurs d'effet

	Base	Cible 2026
Effet 1 : La demande et l'utilisation des services SRMNIA-N sont accrues		
Utilisation des contraceptifs modernes	14,4 % MICS 2018-2019	35,0 %
Consultations prénatales (CPN4)	41,4% MICS 2018-2019	80,0 %
Accouchement assisté par personnel qualifié	42,9% MICS 2018-2019	80,0 %
Soins post avortements	ND SNIS	70,0 %
Initiation précoce à l'allaitement	62,5 % SMART 2022	80,0 %
Couverture en Penta3	34,4 % MICS 2018-2019	80,0 %
SRO en cas de diarrhée	23,4% MICS 2018-2019	80,0 %
Antibiotiques oraux en cas d'IRA	29,8% MICS 2018-2019	80,0 %
Traitements ACT (CTA) pour le paludisme simple	9,0 % MICS 2018-2019	80,0 %
Utilisation des contraceptifs modernes chez les adolescentes	7,6 MICS 2018-2019	30,0 %

	Base	Cible 2026
Effet 2 : L'offre de services de SRMNIA-N de qualité est améliorée		
Disponibilité de Soins Obstétricaux d'Urgence de Base (SOUB)	33 % HeRAMS 2023	60 %
Disponibilité de Soins Obstétricaux d'Urgence Complets (SOUC)	68 % HeRAMS 2023	80 %
Disponibilité de soins qualifiés pendant l'accouchement (y compris les soins néonataux essentiels)	33 % HeRAMS 2023	60 %
Disponibilité de la PCIME dans les FOSA	50 % HeRAMS 2023	80 %
Nombre d'espaces sûrs pour les jeunes femmes fonctionnelles	0 Projet Maingo 2023	1.512
Disponibilité des médicaments traceurs dans les centres de santé	45 % (FOSA FBP) Portail FBP	80 % (toutes les FOSA)
Effet 3 : Le système de de santé (gouvernance, information, ressources humaines, infrastructures) est renforcé		
Proportion des femmes dans les instances de décision	ND	30 %
Pourcentage des réunions trimestrielles de la CCSSN où les rapports de suivi-évaluation du PNDS / Dossier d'Investissement sont discutés	0 % Comptes rendus	100 %
Taux de complétude des rapports SNIS	73 % SNIS	95 %
Nombre de personnels de santé qualifiés formés dans les écoles/annexes décentralisées	0 Rapports SENI-Plus	150
Nombre d'ASC formés à la surveillance et à la préparation aux épidémies	0	1.650
Disponibilité d'une source d'énergie dans les formations sanitaires	35 % HeRAMS 2023	60 %
Formations sanitaires avec un réfrigérateur à chaîne de froid fonctionnel	51 % HeRAMS 2023	80 %
Effet 4 : Les ressources pour la santé sont améliorées à la suite des réformes sur le financement de la santé		
Part du budget public consacré à la santé	9,16 % Loi de Finance 2023	15,0 %
Part des paiements directs des ménages dans les dépenses de santé courantes	60,3 % GHED 2019	30,0 %
Le taux d'exécution du budget de la santé	60,53 % Rapport d'Exécution Budgétaire nov. 2023	95 %
Proportion des formations sanitaires couvertes par le programme de Financement Basé sur la Performance (FBP)	50,5 % Portail FBR Janv. 2024	90 %

4 Les réformes prioritaires et les modalités de mise en œuvre

4.1. Les réformes prioritaires du Dossier d'Investissement

Tout comme le paquet minimum d'interventions a été priorisé pour assurer le plus grand impact possible, une série de réformes de renforcement des systèmes de santé a été considérée, et cinq réformes qui répondent le mieux aux besoins particuliers et aux goulots d'étranglement de la RCA ont été choisies. Une gamme complète de réformes du secteur de la santé continuera d'avancer, mais le Ministère de la Santé et ses partenaires s'aligneront en particulier sur ces cinq réformes clés, qui sont :

1. Renforcement de l'alignement du leadership, de la gouvernance et du suivi-évaluation
2. Renforcement de l'engagement communautaire pour la santé et le bien être
3. Renforcement de la chaîne d'approvisionnement et de la disponibilité de médicaments et équipements
4. Améliorations dans le nombre, la distribution et les capacités des ressources humaines
5. Mise à l'échelle du Financement Basé sur la Performance (FBP)

4.1.1. Renforcement de l'alignement, du leadership et de la gouvernance et du suivi-évaluation

En RCA, il existe une multitude de partenaires au développement qui pour la plupart travaillent en silos, totalement en marge des plateformes et des processus existant de planifications, de cadrage financier et de suivi évaluation. Ce défaut d'alignement nuit considérablement à l'optimisation des

ressources nécessaires pour répondre aux besoins du pays et compromet en fin de compte l'action en faveur de l'amélioration de la santé de la population centrafricaine.

Le pays a développé en 2023 son PNDS et a mis en place un comité multisectoriel de haut niveau, la Comité de Coordination du Secteur Santé et Nutrition (CCSSN), en charge de l'alignement. Les actions prioritaires devant aider le pays au renforcement de l'alignement, de la gouvernance et du suivi évaluation passeront par : la détermination du niveau de base du pays, l'élaboration d'un modèle de maturité, et la préparation d'un plan d'action national et accord sur le processus de suivi.

Un cadre/plan de suivi connexe devra être élaboré et assorti d'échéances pour assurer un suivi régulier. Le plan d'action devra être largement diffusé, y compris auprès des autres ministères, afin de renforcer la sensibilisation, la redevabilité et la confiance. A terme, le processus d'alignement contribuera à faire en sorte que le paysage actuel des cadres de résultats fragmentés et spécifiques aux programmes soit progressivement remplacé par une approche unique et intégrée du suivi et de l'évaluation de tous les plans du secteur de la santé, y compris le dossier d'investissement.

Le Programme de Leadership National ; (CLP) va s'articuler sur trois activités principaux, à savoir :

- ✓ Un atelier sur le leadership rassemblant les parties prenantes clés dans le système de santé visant (i) à favoriser l'identification et la résolution collectives des défis critiques et systémiques qui entravent l'efficacité du leadership ; et, (ii) à identifier et à agir sur

les leviers de leadership individuels et collectifs susceptibles d'inciter et d'accompagner un changement durable. L'atelier sur le leadership favorise également la communication et la compréhension mutuelle.

- ✓ Un accompagnement de proximité en temps réel sur 12 mois visant à maximiser l'impact du leadership transformateur des participants et à appuyer le processus de changement systémique engagé au cours de l'atelier.
- ✓ Une communauté de pratique sur le leadership national permettant aux leaders participant de tirer profit de connaissances collectives et apprendre de leaders qui entreprennent des changements systémiques similaires au sein de leurs systèmes de santé respectifs. Cette activité vise également à consolider une perspective axée sur l'apprentissage continu, et cela, dans un environnement propice à l'enrichissement personnel et professionnel.

Le CLP s'adresse principalement aux cadres supérieurs des gouvernements, des ONG, du secteur privé et des partenaires de développement, travaillant au sein ou en

relation avec les systèmes de santé et leurs réformes.

L'exercice de diagnostic de maturité d'alignement où les différents groupes d'acteurs (Gouvernements, PTFs, OSCs, secteurs privé) ont renseigné le cadre d'alignement et les indicateurs sur les domaines suivants : un plan, un budget et un rapport selon leurs perspectives, les résultats obtenus montrent que, l'ensemble le domaine du plan unique présente un degré d'alignement satisfaisant, ce n'est pas le cas dans certains sous-domaines du plan et dans les domaines du budget et du rapport unique. En effet, tandis que l'élaboration du plan du secteur de la santé a été faite de façon participative, et ses priorités ont été approuvées par toutes les parties prenantes, les domaines du budget unique et du rapport unique présentent des niveaux d'alignement à améliorer. Notamment, l'ensemble des systèmes et procédures de budgétisation du secteur de la santé et l'institutionnalisation des examens et des processus de suivis/évaluation conjoints sont peu opérationnels.

L'importance d'avoir des données à disposition ainsi que des acteurs qui participent et connaissent bien les systèmes et processus de planning, budget et monitoring lors de cet exercice est capitale

Tableau 23 : Niveau de maturité de l'Alignement en RCA

Domaine d'Alignement	Score Moyen	Pondération	Score
Un Plan	2.33	25%	0.58
Un Budget	1.81	40%	0.72
Un Rapport	1.65	35%	0.58
Niveau de l'Alignement en RCA			1.88

4.1.2. Renforcement de l'engagement communautaire pour la santé et le bien être

La stratégie d'engagement communautaire pour la santé et le bien-être en République Centrafricaine, constitue la première déclinaison de la politique nationale d'engagement communautaire à l'horizon

2030, alignée sur le plan national de développement sanitaire troisième génération (PNDS III 2022-2026). Sa mise en œuvre sera faite suivant sept (7) axes stratégiques, liés entre eux en vue d'une prise en compte holistique des problèmes systémiques et communautaires. Il s'agit de : (i) Renforcement

de la gestion et la coordination des structures de gouvernance de l'engagement communautaire à différents niveaux ; (ii) Développement d'une main d'œuvre disponible, motivée et compétente en engagement communautaire pour la santé et le bien-être ; (iii) Appui à la mise en œuvre des actions et services à base communautaire intégrés, complets et multisectoriels suivant le cycle de vie ; (iv) Renforcement de la synergie et du partenariat entre la population, les prestataires et les influenceurs, y compris les intervenants dans les différents secteurs sociaux ; (v) Renforcement des capacités des communautés, la préparation et la réponse contre les pandémies et épidémies futures, les situations d'urgence, les catastrophes y compris le changement climatique ; (vi) Développement d'un dispositif de suivi-évaluation et apprentissage pour un engagement communautaire basé sur les évidences ; (vii) Accroissement du financement et des investissements pour le soutien des programmes durables d'engagement communautaire avec équité et protection financière. Les sept (7) axes stratégiques sont déclinés en trente-deux (32) actions stratégiques, qui seront mise en œuvre à travers des activités correspondantes en vue de l'atteinte des objectifs fixés (Voir Annexe 3)

4.1.3. Renforcement de la chaîne d'approvisionnement et de la disponibilité des médicaments et équipements

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

La Centrale d'achats des médicaments et consommables essentiels (MCE) reste un objectif pour garantir une durabilité avec ses différentes antennes, et garantira l'approvisionnement et la distribution de ces produits essentiels jusqu'au niveau opérationnel (district de santé). Elle assurera

un coût abordable à ces MCE grâce à des procédures de passation de marché souples, transparentes faisant jouer pleinement la concurrence.

En attendant la mise en œuvre effective de cette stratégie et de ses différents instruments, une plateforme Gouvernement-PTF facilitera la coordination, la complémentarité et le suivi des différentes acquisitions et distributions d'intrants essentiels à la SRMNTA-N. Cette plateforme aura des représentations régionales – et si nécessaire au niveau des districts – lui permettant de veiller aux différentes acquisitions et distributions menées dans le cadre de projets locaux financés et appuyés par des intervenants nationaux ou internationaux.

Enfin, le Ministère de la Santé, avec l'appui de ses PTF, mènera un plaidoyer soutenu visant à augmenter sensiblement l'allocation budgétaire pour l'acquisition de ces produits et pour un fonctionnement optimal des instances nationales en charge de la mise en œuvre de la stratégie GAS. Des mécanismes innovants permettant de mieux utiliser les infrastructures logistiques du secteur privé pourront également être explorés.

Afin de garantir un accès géographique aux populations les plus vulnérables, le projet de carte sanitaire sera révisé et validé, puis sera adopté sous forme de loi par le Parlement afin de lui donner la force juridique le protégeant des éventuels changements en cours de mise en œuvre. Sa mise en œuvre passera par l'adoption d'un plan d'infrastructures et d'équipement des FOSA et une stratégie de maintenance des équipements existants ou à acquérir. Ces plans et stratégies seront élaborés en étroite collaboration avec les responsables des structures, les collectivités locales et les PTF engagés dans les zones concernées. Dans ce cadre, un accent particulier sera accordé aux chaînes de froid aux différents niveaux garantissant une disponibilité de vaccins de qualité sur l'ensemble du Pays.

Enfin, les moyens logistiques des FOSA (ambulances, motos) et des structures intermédiaires (véhicules et motos) seront renforcés afin de donner une place suffisante

aux services portés dans la couverture des besoins d'offre de services essentiels de SRMNIA-N. Ces activités avancées et mobiles seront planifiées et mises en œuvre de manière intégrée couvrant des paquets de services par chaque sortie en fonction des besoins des populations visitées, et en concertation avec les ASC de la zone et ses acteurs communautaires. Une collaboration avec le secteur privé pourra être explorée pour améliorer les chaînes d'approvisionnement logistiques des biens essentiels de santé.

4.1.4. Améliorations dans le nombre, la distribution et les capacités des ressources humaines

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

- Production dans le cadre d'un plan de formation de base en étroite collaboration avec les structures publiques et privées de formation en santé, et avec la participation des principaux utilisateurs (responsables de FOSA et cadres du Ministère de la santé) avec l'appui des PTF et d'autres secteurs tels que celui de l'éducation ; à cette occasion, les curricula seront révisés pour les rendre plus pratiques et les adapter aux besoins prioritaires de l'action de SRMNIA-N évitant ainsi les séminaires et formations source d'absentéisme.
- L'amélioration de la disponibilité et la répartition des Ressources Humaines qualifiées à tous les niveaux, sera facilitée par des programmes de formation décentralisés (3 régions) du personnel paramédical dans le cadre des réformes du système de santé en vue de la production locale des agents de santé qualifiés. La fidélisation du personnel à l'intérieur du pays sera une réalité sur la base d'un recrutement local, réduisant ainsi les graves

pénuries de personnel dans les zones mal desservies du pays.

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

4.1.5. Mise à l'échelle du Financement Basé sur la Performance (FBP)

La RCA a fait de l'approche du financement basé sur la performance (FBP) une politique nationale. Dans cette perspective, le gouvernement, avec le soutien de la BM/GFF et de l'UE, met en œuvre le FBP dans 22 districts de santé (15 soutenus par les fonds de la BM/GFF, et 07 soutenu avec ceux de l'UE).

Le DI soutiendra le pays à réfléchir à la manière de tirer parti des leçons apprises aux niveaux international et national en matière de FBP, et d'intégrer ces leçons dans ses évolutions futures du dispositif et du système de financement de façon plus générale. Une question particulière au contexte de la RCA est notamment de voir comment conjuguer différentes approches de financement et d'intervention (ex. politique de gratuité ciblée, aide humanitaire) pour renforcer l'accès de la population à des soins de santé primaire de qualité.

Des discussions initiales ont déjà permis d'identifier les domaines clés à soutenir afin d'assurer une meilleure mise à l'échelle du mécanisme FBP dans le pays et soutenir son institutionnalisation. Il s'agit :

- Arrangement institutionnel : intégrer les systèmes mis en place pour les deux dispositifs FBP qui co-existent aujourd'hui au sein des systèmes nationaux de gouvernance, et ouvrir cette gouvernance à d'autres acteurs.
- Vérification : vu le coût de la vérification, et les résultats du paiement à la performance, i un modèle de vérification pour en réduire les coûts et la rendre moins lourde est en pilote dans la Région Sanitaire 2
- Amélioration de la qualité des services : mieux intégrer et aligner le FBP dans le panorama d'interventions pour l'amélioration des services.
- Viabilité financière / coût du FBP : identifier les ressources domestiques alternatives et celles des autres partenaires pour soutenir le programme
- Gestion des finances publiques (GFP) : suffisamment intégrer le FBP ou tout au moins certains de ces mécanismes (ex. transfert direct aux formations sanitaires) dans la GFP nationale.

4.2 Les mécanismes de financement et de la mise en œuvre

4.2.1 Amélioration du financement du secteur

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

La politique de gratuité des soins aux enfants et à leurs mères sera évaluée et révisée afin de

garantir son application effective et lutter efficacement contre les circuits parallèles, souvent illégaux et pesants fortement sur le revenu des plus pauvres. Dans ce cadre, l'enveloppe allouée pour couvrir les coûts de cette gratuité sera revue dans ce sens. La mise à l'échelle du FBP – une des stratégies prioritaires du DI – sera couplée à la mise en œuvre de la gratuité des soins pour la femme enceinte et allaitante, les enfants de moins de 5 ans et des victimes des violences basées sur le genre (VBG). Il faut rappeler que le décret de la gratuité ciblée prend en compte plus l'état de la femme enceinte que son âge. En effet, l'âge conventionnel de 15 à 49 ans pour les Femmes en âge de procréer (FAR) ne permet pas d'exclure les personnes hors de cet âge selon leur état ; dans la mesure où certaines

jeunes femmes sont susceptibles de s'engager dans des relations sexuelles avant l'âge de 15 ans. Selon le MICS ce sont 29,7% des jeunes filles qui ont déjà eu des rapports sexuels avant 15 ans en RCA.

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

4.2.2 Un financement au service de la CSU

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

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

- les mutuelles de santé seront facilitées et accompagnées afin de couvrir des groupes organisés de personnes (fonctionnaires d'un secteur ou d'une institution, travailleurs d'un secteur informel assez bien organisés, etc.), mais aussi des groupes communautaires structurés dans des villages ou des quartiers ou encore dans des associations ; ces mutuelles seront plus tard maintenues et intégrées dans la mise à échelle de l'assurance maladie en tant qu'instrument complémentaires couvrant certains paiements directs.
- Les forfaits ou chèques santé ciblant un service ou un groupe de services (ex : grossesse, accouchement et post-partum) partageant les coûts entre les adhérents et

supportant ainsi les surcoûts des prestations les plus coûteuses.

- Les fonds de solidarité mobilisés au bénéfice de groupes très vulnérables préalablement recensés et supportant la quasi-totalité des coûts moyennant un effort de sensibilisation, de changement de comportement ou d'utilisation de services spécifiques.
- Le Financement Basé sur la Performance (FBP) aidera à améliorer la disponibilité des entrants et la motivation des ressources humaines ainsi que l'efficacité.

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

En outre le MSP a mis en place l'Unité de Gestion chargée de la coordination et du suivi programmatique et financier des Projets et Programmes du Secteur Santé (UGPPS) afin de renforcer la gouvernance fiduciaire du secteur de la santé afin d'améliorer l'efficacité et l'efficacité des investissements dans ledit secteur en rapport avec les quatre (04) axes stratégiques du plan national de développement sanitaire (PNDS III) doté un manuel de procédures administratives financières et comptables. Cette unité est chargée de

- Faciliter l'exécution programmatique et financière optimale des projets et programmes ;
- Faciliter l'exécution du manuel par toutes les parties prenantes
- Appuyer l'alignement sur les priorités nationales en matière de santé ;
- Appuyer le processus d'harmonisation des financements et des interventions et le renforcement de la culture de redevabilité et de résultat
- Produire les rapports.

4.3 Les modalités de mise en œuvre du Dossier d'Investissement

Le DI est un document stratégique de mobilisation des acteurs de la santé autour des priorités de SRMNIA-N. Sa mise en œuvre passera nécessairement par des outils de planification opérationnelle à différents niveaux de la pyramide sanitaire. Cette planification opérationnelle sera structurée par domaine et par projet ciblant les principaux déterminants et causes de morbidité et de mortalité.

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

4.3.1 Amélioration de l'organisation des services de santé

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

Parallèlement, les différentes FOSA seront encouragées, chacune en ce qui la concerne et

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

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

4.3.2 Coordination de la mise en œuvre et du suivi du DI

Les organes et mécanismes de coordination essentiels au développement et suivi du DI étaient mis en place à travers trois arrêtés (2018 et 2022). Ces mécanismes de coordination sont :

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

et d'assurer un suivi conjoint du secteur de la santé.

- **Le Sous-Comité Sectoriel Alignement et Harmonisation** (arrêté promulgué par le Ministre de la Santé et de la Population). Ce groupe est chargé, entre autres, de l'élaboration et mise en œuvre du Dossier d'Investissement.

4.3.3 Le Suivi et l'évaluation périodique de la mise en œuvre du DI

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

- **Trimestriellement**, le Sous-Comité Sectoriel Alignement fera un suivi détaillé du DI, basé sur une sou-collecte des indicateurs de routine d'effets et d'extrants du Cadre de Résultats et sur le suivi du décaissement des ressources engagés. L'objectif est d'identifier les actions et initiatives nécessaires pour assurer la réussite de la mise en œuvre du DI.
- **Annuellement**, la mise en œuvre du DI sera évaluée par le Comité de Pilotage à travers un rapport spécifique reposant essentiellement sur la cartographie et suivi des ressources et sur les principaux indicateurs d'effet du Cadre de Résultats. C'est à ce niveau que, si nécessaire, des changements au DI lui-même peuvent être proposé pour assurer la réalisation des résultats attendus. Par ailleurs, en lien avec le projet Renforcement du Capital humain et d'autres projets, des recherches de mise en œuvre (RMO) seront conduites tout au long de la mise en œuvre du DI, afin de documenter et capitaliser les acquis et leçons apprises.
- **A la fin de la période de mise en œuvre** du DI, une évaluation générale sera conduite à la suite d'enquêtes nationales (MICS et/ou EDS) permettant de donner la situation sanitaire des femmes, des enfants, des adolescents et des jeunes à travers une mesure des indicateurs d'impact du Cadre de Résultats. Cette évaluation sera

supervisée par le Comité de Pilotage pour présentation au Comité Sectoriel de Santé / la Primature.

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

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

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

engagements en matière de financement de la SRMNIA-N.

- **Les Comptes Nationaux de la Santé (CNS)** seront élaborés et permettront l'analyse de l'amélioration du financement du secteur de la santé.

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

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

4.3.4 Supervisions intégrées par niveau

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

L'orientation qui guidera ces directives repose sur :

- Une supervision semestrielle du niveau régional par le niveau central, de manière exhaustive pour les services régionaux et sur un échantillon des districts et des FOSA ;
- Une supervision trimestrielle du niveau district de santé par le niveau régional, de manière exhaustive pour les services des

districts de santé et sur un échantillon des FOSA ;

- Une supervision trimestrielle exhaustive des FOSA par les Équipe Cadres de District (ECD), menée mensuellement et par groupe de FOSA.

Des outils harmonisés de supervision seront révisés et, où faisable, digitalisés afin d'assurer un processus de supervision plus efficace et plus transparent.

4.3.5 Renforcement de l'acceptabilité socio-culturelle des services de santé

L'acceptabilité socio-culturelle des interventions à haut impact du Dossier d'Investissement sera renforcée à travers la mise en œuvre d'un plan de communication intégrée, impliquant l'ensemble des acteurs communautaires ayant les capacités et l'expérience requises, et visant un changement positif des comportements et des attitudes préalablement définis à travers des Études des Connaissances, Attitudes et Pratiques ciblées et des enquêtes comportementales, en particulier chez les jeunes femmes, les adolescents et les jeunes.

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

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

4.4 Partenariat pour la mise en œuvre du DI impliquant les PTF, les OSC et le secteur privé

4.1 Alignement des PTFs

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

Ainsi, le Comité de coordination du Sectoriel Santé et nutrition (CCSSN) ; et le Sous-Comité Sectoriel Alignement et Harmonisation qui comprennent les PTF du secteur e la sante, les représentants de la Coalition des Organisations de la Société Civile et du Secteur Privé veilleront au financement, à la mise en œuvre et au suivi de ce DI. Le Comité de Coordination du Sectoriel Santé et Nutrition de sera l'organe délibérant qui valide les éventuels changements à apporter aux choix stratégiques retenus, et assurant la mobilisation des ressources financières nécessaires et leur répartition géographique et thématique. Un plan d'assistance technique sera élaboré à la fin de chaque année par le Sous-Comité Sectoriel Alignement et Harmonisation et validé par le CCSSN, permettant d'harmoniser les différentes assistances techniques du secteur de la santé.

4.4.2 Engagement de la Société Ci vile

Les organisations de la société civile (OSC) jouent un rôle indispensable pour faire progresser la santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et la nutrition. Les OSC contribuent non seulement à la promotion de la redevabilité, à la recherche de données probantes et à l'assistance technique, mais aussi à la prestation de services et génèrent une demande d'accès à des services de santé de haute qualité particulièrement dans les zones difficiles à atteindre et dans les contextes fragiles où vivent les populations les plus pauvres et les plus délaissées. Les OSC sont des

acteurs indépendants du développement dont les efforts complètent l'action du gouvernement et du secteur privé.

Les organisations de la Société Civile Centrafricaine se sont organisées dans une coalition nationale (**COSC/GFF/RCA**) en mai 2021 pour appuyer les efforts du gouvernement dans le développement du DI afin de s'assurer que ce dernier donne la priorité aux populations affectées. Dans ce processus consensus, les actions prioritaires de la coalition s'articuleront essentiellement autour de (i) le plaidoyer, (ii) la redevabilité, (iii) la veille et le contrôle citoyen, (iv) l'appui à la planification et le suivi de la mise en œuvre du Dossier d'investissement

4.4.3 Engagement du secteur privé

L'engagement avec le secteur privé est une priorité pour le Ministre en charge de la santé, reconnaissant la nécessité d'impliquer le secteur privé dans le processus d'élaboration et de mise en œuvre du DI afin d'atteindre ses objectifs Le secteur privé de la santé est organisé en groupement professionnel (Groupement Interprofessionnel de Centrafrique – GICA) et patronnant (Union National des Patronats Centrafricains-UMP).

La volonté du MSP d'accroître l'engagement du secteur privé de la santé s'est traduite par un Dialogue Public-Privé dans le cadre de l'actualisation et de la mise en œuvre du Dossier d'Investissement. Malgré un démarrage effectif des activités de dialogue public-privé, il n'existe pas à ce stade de structure formelle de dialogue. L'existence d'un tel dispositif permettrait d'engager une communication plus systématique et d'approfondir la collaboration entre les secteurs public et privé. Le secteur privé pourrait notamment être mobilisé sur quelques questions clé comme les chaînes d'approvisionnement logistique et l'innovation.

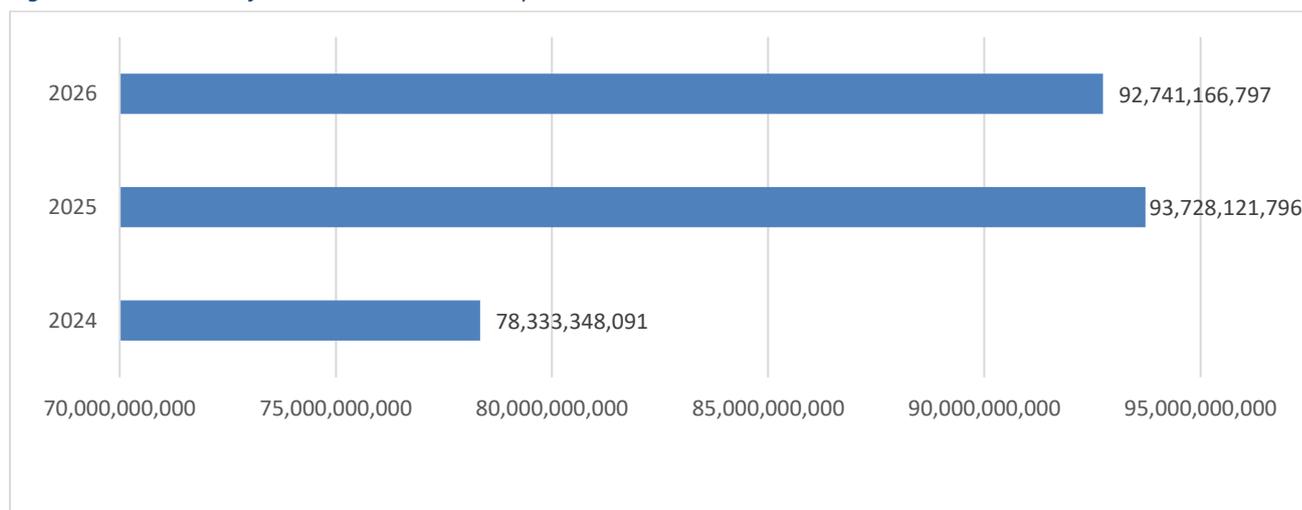
5 Financement du dossier d'investissement

5.1. Les besoins financiers du DI

Les ressources nécessaires à la réalisation du DI augmentent avec l'élargissement du paquet d'interventions et la couverture en zones géographiques du pays pour atteindre 264 802 636 684 F CFA, soit 464 566 029 \$ US pour les 3 années du DI. En moyenne, il s'agit d'un investissement annuel de plus de 88 milliards de F CFA (154 millions \$ US) qui sont requis

pour atteindre les objectifs escomptés (voir tableau 8). La décomposition des besoins par catégories de dépenses montre que la plus grande partie concerne les médicaments et la gestion logistique, suivi par le financement de la santé et enfin le renforcement de capacités qui occupent respectivement : 33%, 17% et 12% des ressources nécessaires.

Figure 16 : Besoins en financement nécessaires pour la mise en œuvre du DI en milliard de FCFA



L'analyse dans le tableau ci-dessous montre qu'une dépense moyenne par tête d'habitant comprise entre 23 et 27 \$ US est nécessaire pour le financement du DI soit en moyenne 26 \$ US chaque année.

Les gains sur le plan économique se feront sentir au fur et à mesure, car le coût par vie

sauvé est élevé en première année (44 376 \$ US) à cause des investissements en premier lieu conjugué avec un résultat faible. Mais déjà à partir de la deuxième année, on enregistre une baisse importante du coût par vie qui se situe en troisième année autour de 23 656 \$ US, soit 46% de moins que la première année.

Tableau 24 : Budget additionnel du DI par tête d'habitant et par an

	2024	2025	2026	TOTAL	Moyenne / An
Coûts total (en milliard de CFA)	78,33	93,72	92,74	264,80	88,26
Coûts total (en million \$)	137,42	164,43	162,70	464,56	154,85
Coûts total en FCA par tête d'habitant	13 294	15 617	15 174		14 695
Coûts total en USD par tête d'habitant	23	27	27		26
Coûts en USD par vie sauvée	44 376	30 041	23 656	-	32 691

5.2. Les ressources potentiellement disponibles : analyse de l'espace budgétaire et du gap financier

Après exploitation des documents macro-économiques nationaux, et selon les déclarations des principaux partenaires techniques et financiers rencontrés lors de l'exercice de cartographie des ressources, il ressort que le Pays pourrait disposer, pour les

trois prochaines années d'environ 369,2 millions d'USD. Au regard des besoins dégagés pour la mise en œuvre du DI, ce montant ne pourrait pas couvrir les besoins du scénario retenu dans le présent DI (464,5 millions d'USD).

Tableau 25 : Projections des disponibilités financières des différentes sources de financement

Sources de financement	Engagement pour 2024-2026 (en USD)	%
Gouvernement	51 032 401	14%
BM	76 576 230	21%
FM	75 159 776	20%
GAVI	52 442 569	14%
USAID	39 127 483	11%
UNICEF	18 454 351	5%
MSF	15 886 399	4%
BHA	8 770 632	2%
UE	5 824 785	2%
AFD	4 517 748	1%
OMS	4 364 621	1%
UNFPA	3 408 965	1%
FICR	1 679 170	0,5%
DFID	1 517 691	0,4%
Allemagne	1 452 572	0,4%
AUTRES	9 004 320	2%
Total engagements	369 219 713	100%
Besoins financiers	464 566 029	
Gaps financiers	-95 346 316	

Source : Sur la base des estimations de la cartographie des ressources, à partir des données de 2024-2026

Selon le tableau ci-dessus et les détails par année ci-dessous, les besoins financiers ne seront pas couverts dès la première année, générant ainsi un gap financier de 12 millions

\$US en première année à plus de 44 millions \$US pour descendre en 3^{ème} année à 38 millions \$US soit un montant global de 95 millions \$US à rechercher :

Tableau 26 : Projections de disponibilité et le gap financier par année pour le scénario adopté

	Engagement 2024	Engagement 2025	Engagement 2026	Total 2024 - 2026
Total engagements	125 000 874	119 735 219	124 483 619	369 219 713
Besoins financiers	137 426 926	164 435 301	162 703 801	464 566 029
Gaps financiers*	-12 426 052	-44 700 082	-38 220 182	-95 346 316

Pour la mise en œuvre de la SRMNEA-N, les engagements budgétaires sur la période 2024-2026 des différentes sources sont estimés à 79,0% des ressources nécessaires sur la période ; soit un gap de financement de 21,0% (Figure 19). Les principaux contributeurs aux côtés de l'État (11,0%) sont :

- la Banque mondiale (17,0%)
- le Fonds Mondiale (16,0%)
- le GAVI (11,0%)
- l'USAID (8,0)
- UNICEF (4,0%)
- MSF (3%) et
- les autres partenaires.

Les financements de la SRMNEA-N sont plus orientés vers le renforcement des systèmes de santé ; la vaccination ; la santé maternelle, du nouveau-né et de la reproduction y compris le paludisme ; la nutrition des enfants ; la santé de l'enfant ; l'eau, l'assainissement et l'hygiène ; la planification familiale, sans les adolescents ; la santé des adolescents et des jeunes (Figure 18).

Figure 17 : Contributions à la SRMNEA-N et aps financiers 2024-2026

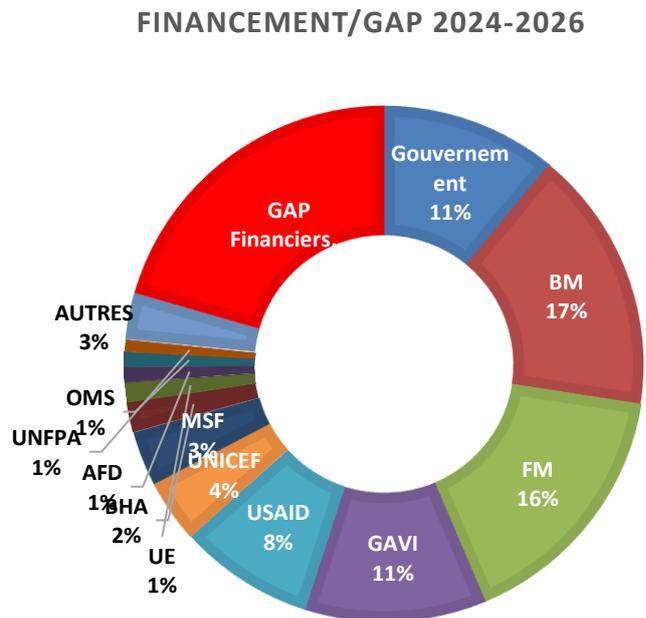
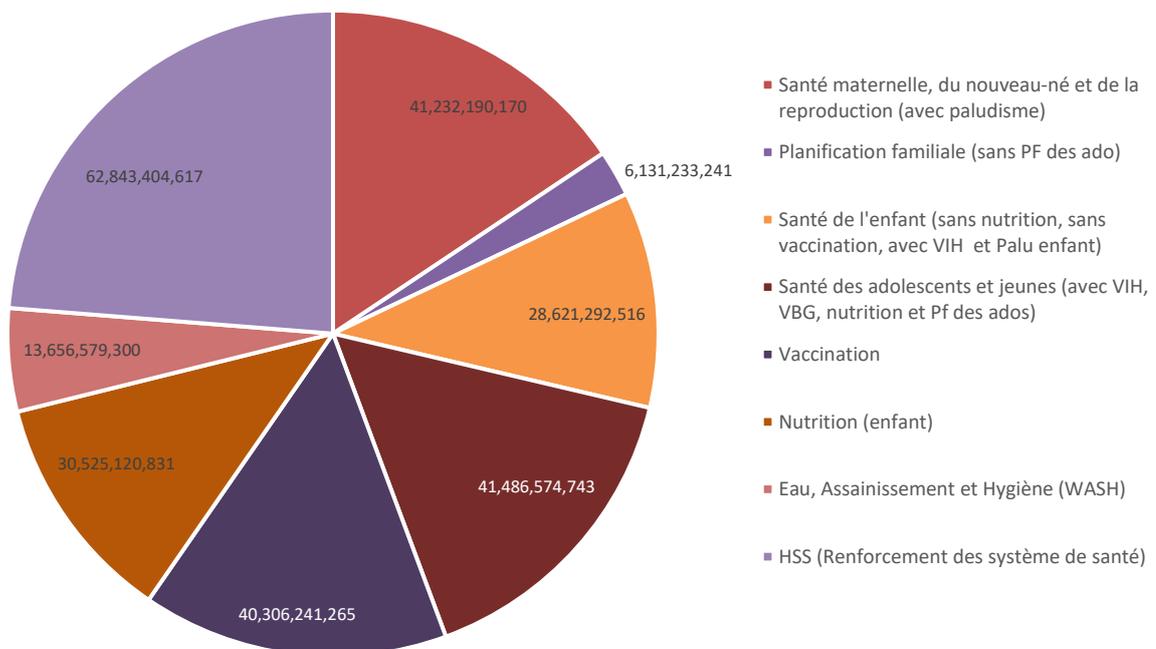


Figure 19 : Répartition du budget par domaine thématique pour la mise en œuvre du DI (en FCFA)



En outre, les médicaments et gestion logistique comptabilisent 33,0% des engagements budgétaires en faveur de la SRMNEA-N (Figure 34). Cette catégorie des coûts est suivie du financement de la santé (17,0%) ; des renforcements des capacités (12,0%) ; des infrastructures et équipements (11,0%) ; de la

santé communautaire (9,0%) ; des ressources humaines (7,0%) ; de la gestion et coordination des programmes (3,0%) ; des systèmes d'informations sanitaires (2,0%) ; de la recherche, suivi et évaluation (2,0%) ; de la politique, leadership et gouvernance (2,0%) ; de la

Figure 20 : Répartition du budget pour catégorie de coûts majeures

