



Ministère de la Santé et
de la Population



GLOBAL
FINANCING
FACILITY

Countdown to 2030
Women's Children's & Adolescent's Health



African Population and
Health Research Center
Transforming lives in Africa through research.

RAPPORT DE SYNTHÈSE ANALYSE DES INDICATEURS SRMNIA-N 2019-2025 RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

2026

Réunion annuelle nationale (CAM), Addis-Abeba, 29 juin – 3 juillet 2026

Countdown to 2030 en partenariat avec le ministère de la Santé de l'Éthiopie, le GFF, l'OMS, l'OOAS et l'UNICEF



#CAM2026



PRÉSENTÉ PAR :

Dr ZARAMBAUD BOHY-NGOMBET Romaric Ghislain, Ministère de la Santé et de la Population
Dr DOYAMA WOZA Rodrigue Herman, Ministère de la Santé et de la Population
M. DENGOU MOBONA Frédéric Aubin Bertin, Ministère de la Santé et de la Population
Dr NDA'CHI DEFFO Rodrigue, APHRC

1. Évaluation de la qualité des données des établissements de santé : numérateurs et dénominateurs

NUMÉRATEURS

Résumé de la qualité des données rapportées par les établissements de santé, DHIS2, 2020–2025

Code	Indicateur de qualité des données	2020	2021	2022	2023	2024	2025
1. Complétude de la notification mensuelle (moyenne CPN, accouchement, vaccination)							
% des rapports mensuels attendus effectivement reçus (national)				56	74	86	84
% de districts avec complétude de notification $\geq 90\%$				11	27	47	49
% de districts sans valeur manquante pour les 4 formulaires		69	63	66	58	63	70
2. Valeurs aberrantes extrêmes (moyenne CPN, accouchement, vaccination)							
2a % des valeurs mensuelles non aberrantes (national)		96	92	94	100	95	92
2b % de districts sans valeur aberrante extrême dans l'année		82	89	90	89	85	75
3. Cohérence de la notification annuelle							
3a Ratio CPN1 / Penta1		1.12	1.4	2.9	2.26	1.68	1.51
3b Ratio Penta1 / Penta3		1.39	1.29	1.78	1.2	1.16	1.22
3c % de districts avec CPN1/Penta1 dans la fourchette attendue		29	23	17	9	29	37
3d % de districts avec Penta1/Penta3 dans la fourchette attendue		77	91	86	91	69	83
4 Score annuel de qualité des données		50	51	60	64	68	70

Interprétations — On observe une progression quasi continue du score annuel de qualité des données, de 50 % en 2020 à 70 % en 2025, mais ce score demeure inférieur au seuil de référence de 90 %. Cette progression est tirée principalement par la complétude de la notification : la part des rapports mensuels attendus effectivement reçus au niveau national, nulle en 2020-2021, atteint 56 % en 2022 puis 74 à 86 % de 2023 à 2025, tandis que la part de districts avec une complétude $\geq 90\%$ passe de 0 % à 49 % sur la période — moins d'un district sur deux atteint donc encore ce seuil en 2025. En revanche, la part de valeurs mensuelles jugées non aberrantes reste stable, entre 92 % et 100 % selon les années, sans tendance nette d'amélioration. Ces progrès peuvent s'expliquer par l'extension progressive de la couverture du DHIS2 à l'ensemble des 35 districts sanitaires du pays ; ils appellent néanmoins un renforcement continu des capacités des prestataires en production, analyse, interprétation et utilisation des données, tant au niveau national qu'infranational.

• Numérateur : les ratios de cohérence CPN1/Penta1 et Penta1/Penta3 montrent une nette disproportion de 2020 à 2025, avec un pic marqué en 2022 (respectivement 2,90 et 1,78, contre environ 1,1 à 1,4 en 2020-2021), année du démarrage de l'implémentation du DHIS2, période où la maîtrise de l'outil par les prestataires était encore faible et où les pertes de vue de femmes enceintes et d'enfants étaient importantes. La comparaison district par district de CPN1 et Penta1 confirme ce constat : la relation entre les deux indicateurs reste quasi nulle de 2020 à 2023 (R^2 compris entre 0,0003 et 0,034), puis se renforce nettement en 2024 et 2025 (R^2 de 0,68 et 0,53), signe d'une cohérence croissante des données entre les services à mesure que le système se consolide.

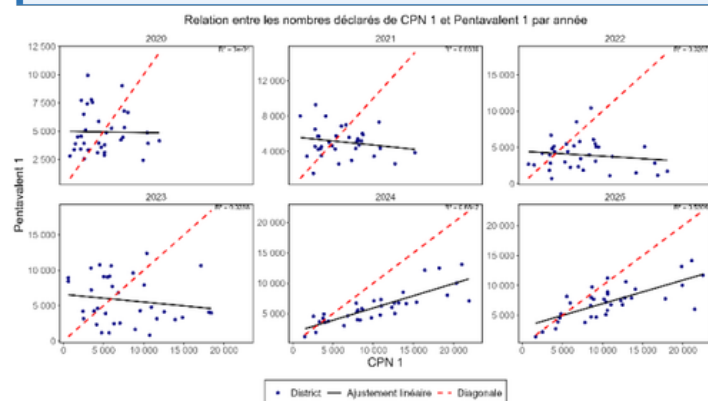


Fig. 1. Corrélation district par district entre CPN1 et Penta1, par année (2020–2025).

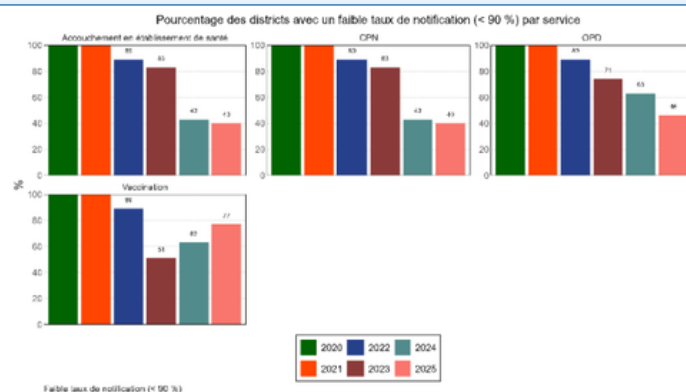


Fig. 2. Pourcentage de districts avec un faible taux de notification (< 90 %), par service et par année.

Recommandations — Au-delà de la mise en œuvre de la stratégie d'engagement communautaire et du renforcement des capacités des prestataires en production, analyse, interprétation et utilisation des données, une attention particulière doit être portée à la vaccination, dont la complétude de notification se dégrade depuis 2023 (part de districts avec un faible taux de notification passant de 51 % en 2023 à 63 % en 2024 puis 77 % en 2025), à contre-courant de l'amélioration observée pour la CPN, les accouchements et les consultations externes (dont la part de districts sous-déclarants recule respectivement à 40 %, 40 % et 46 % en 2025).

DÉNOMINATEURS

Totaldesnaissancesvivantes

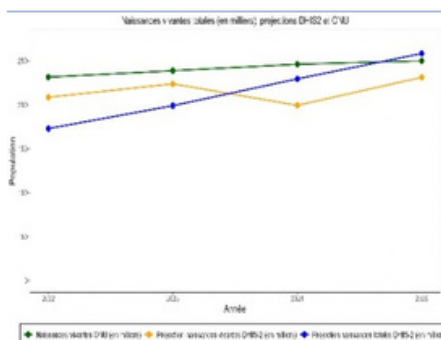


Fig. 3. Naissances vivantes totales (milliers), DHIS2 et Nations Unies, 2022–2025. Bleu : DHIS2 (total) - Orange : DHIS2 (projection) - Vert : Nations Unies.

Accouchements institutionnels

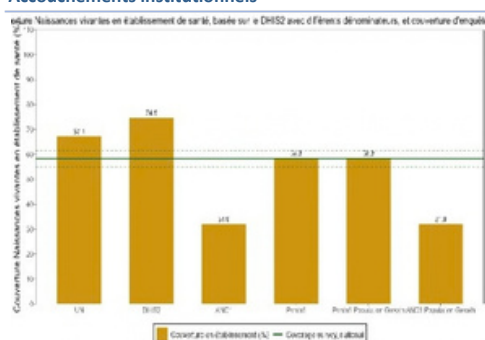


Fig. 4. Couverture des naissances en établissement de santé selon le dénominateur retenu, vs enquête (ligne verte).

Penta 3

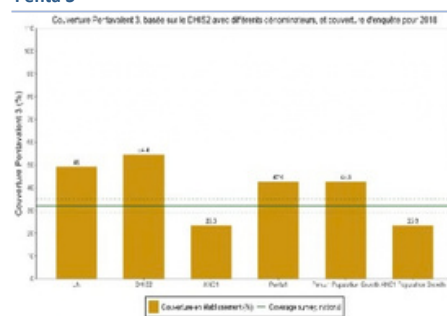


Fig. 5. Couverture en Penta3 selon le dénominateur retenu, vs enquête (ligne verte).

Interprétations — La projection de naissances vivantes du DHIS2 se rapproche progressivement de la projection démographique des Nations Unies (écart réduit à environ 19 000 naissances en 2025). Nous retenons donc cette projection de naissances vivantes du DHIS2 comme dénominateur de référence.

• Pour la couverture en accouchements assistés, le dénominateur Penta1 donne une couverture (58,3 %) quasiment identique à l'estimation d'enquête (~58 %), ce qui en fait le meilleur choix ; à l'inverse, ANC1 sous-estime fortement cette couverture (31,9 %) et les projections démographiques (UN : 67,1 % ; DHIS2 : 74,5 %) la surestiment. Pour la couverture en Penta3, aucun dénominateur ne reproduit exactement l'estimation d'enquête (~32 %) : ANC1 (23,3 %) en reste le plus proche, bien que l'écart demeure non négligeable, tandis que Penta1 (42,6 %), l'UN (49 %) et le DHIS2 (54,4 %) la surestiment davantage. Nous retenons donc ANC1 comme dénominateur pour la couverture en Penta3.

2. Tendances nationales de la couverture : données des établissements de santé et enquêtes

Soinsprénatals : ANC4

ANC 4

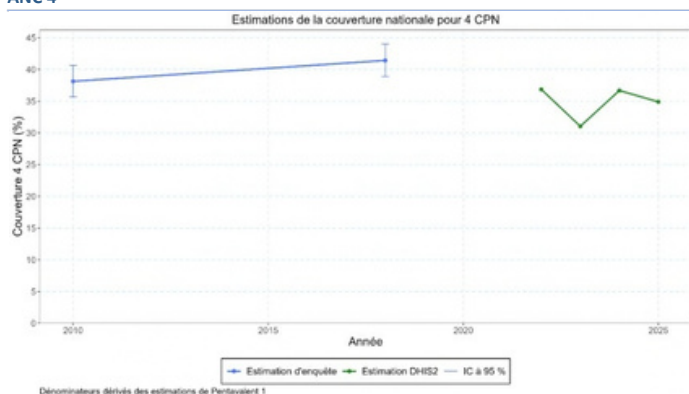


Fig. 6. Couverture nationale en CPN4 (%) — enquête vs DHIS2, 2010–2025.

Accouchement institutionnel

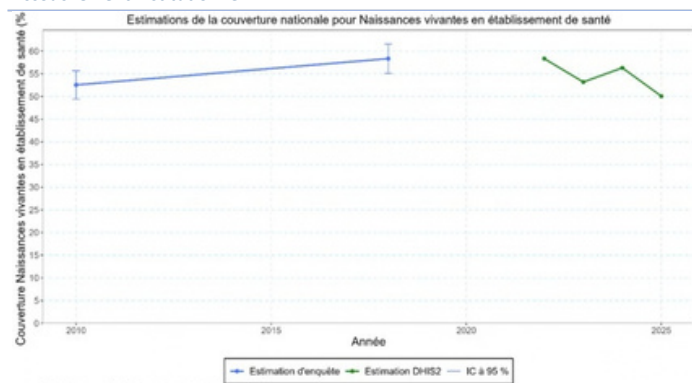


Fig. 7. Couverture nationale des naissances en établissement de santé (%) — enquête vs DHIS2, 2010–2025.

Interprétations — La couverture nationale en CPN4 estimée par le DHIS2 (31 à 37 % selon les années entre 2022 et 2025, sans tendance nette d'amélioration) reste durablement inférieure aux estimations d'enquête (38 % en 2010, 41 % en 2018). Cet écart persistant, qui ne se resserre pas dans le temps, témoigne d'un problème d'accès aux services de consultation prénatale, en particulier d'accès financier, le coût des bilans prénatals restant élevé.

• Accouchement institutionnel : la couverture estimée par le DHIS2 était proche de l'estimation d'enquête en 2022 (58 %, contre 58 % en enquête en 2018), mais elle diminue ensuite pour atteindre 50 % en 2025, un niveau désormais inférieur même à l'estimation d'enquête de 2010 (52,5 %) et reste largement en deçà de la cible nationale de 80 %.

Recommandations — La mise en œuvre de l'engagement communautaire couplée au financement basé sur la performance pourrait réduire les accouchements à domicile et augmenter les accouchements en établissement de santé ; le repli observé depuis 2022 justifie également de vérifier si cette baisse reflète une tendance réelle ou, en partie, un effet de la complétude des données.

Vaccination : Penta 3, Rougeole 1

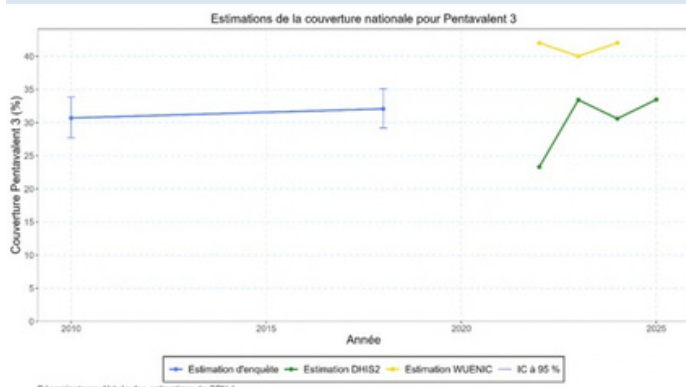


Fig. 8. Couverture nationale en Pentavalent 3 (%) — enquête, DHIS2 et WUENIC, 2010–2025.

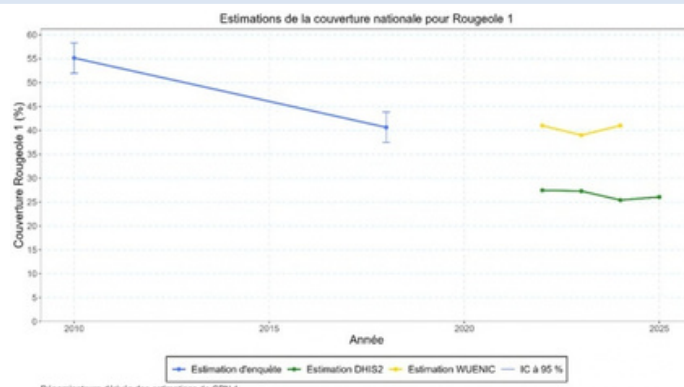


Fig. 9. Couverture nationale en Rougeole 1 (%) — enquête, DHIS2 et WUENIC, 2010–2025.

Interprétations — L'estimation des Nations Unies (WUENIC) sur la couverture nationale en Penta3 (40 à 42 % de 2022 à 2024) est nettement plus élevée que l'estimation d'enquête (~31-32 %) et que la plupart des estimations DHIS2 (23 % en 2022, puis 31 à 33 % de 2023 à 2025). La couverture nationale en rougeole dans le DHIS2 est quant à elle largement en dessous des données d'enquête et des estimations des Nations Unies, et surtout stagne autour de 25-27 % sur l'ensemble de la période 2022-2025, sans amélioration visible, contrairement à la couverture en Penta3 qui progresse. Cela dénote une probable insuffisance dans la complétude des données de routine pour la rougeole, d'une part, et des pertes de vue, d'autre part.

Recommandations — La mise en œuvre de l'engagement communautaire couplée au financement basé sur la performance et le renforcement des capacités des prestataires dans la gestion des données pourraient améliorer la qualité et la couverture en Penta3 et en rougeole, la stagnation de cette dernière méritant une attention prioritaire.

Districts atteignant des cibles élevées de couverture

ANC4

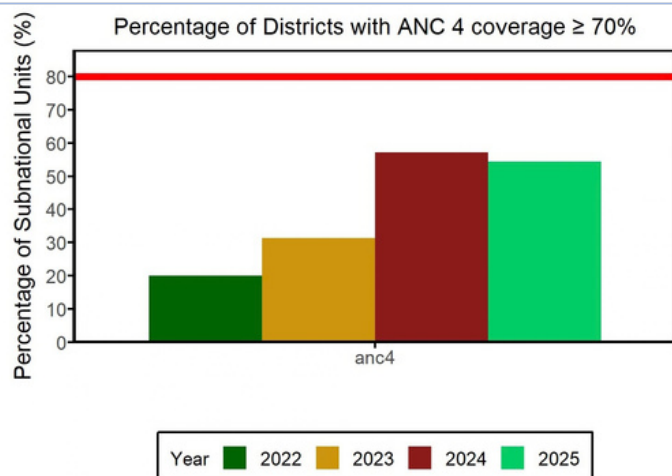


Fig. 10. Districts avec une couverture CPN4 ≥ 70 %, 2022–2025.

Indicateurs de santé de l'enfant

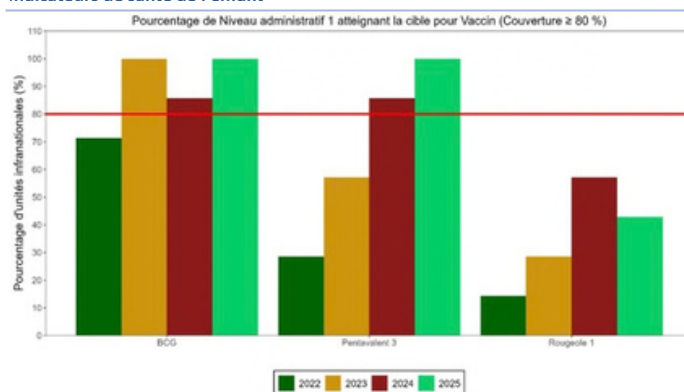


Fig. 11. Unités admin1 atteignant la cible vaccinale (≥ 80 %) — BCG, Penta3, Rougeole 1.

Interprétations — De 2022 à 2025, la couverture en CPN4 (20 %, 31 %, 57 % puis 54 % des districts ≥ 70 %) et en rougeole (14 %, 29 %, 57 % puis 43 % des districts ≥ 80 %) reste en deçà de la cible nationale (80 % des districts), la rougeole enregistrant même un recul entre 2024 et 2025.

- On observe une progression franche de la couverture en Penta3 au niveau national (29 %, 57 %, 86 % puis 100 % ≥ 80 %), qui dépasse la cible nationale dès 2024 et l'atteint pleinement en 2025. La couverture en BCG évolue en dent de scie (71 %, 100 %, 86 %, 100 %) mais atteint la cible nationale de 2023 à 2025.

- Ces améliorations en Penta3 et en BCG peuvent être attribuées aux effets du financement basé sur la performance et à l'engagement communautaire ; elles contrastent avec la stagnation, voire le recul, observés pour la rougeole. L'intégration du paquet SR dans les activités des agents de santé communautaires, la disponibilité du vaccin rougeoleux et la mobilisation sociale s'avèrent nécessaires pour enrayer ce recul.

3. Équité

Équité selon le niveau de richesse, l'éducation et le milieu rural/urbain (enquêtes)

Accouchements institutionnels

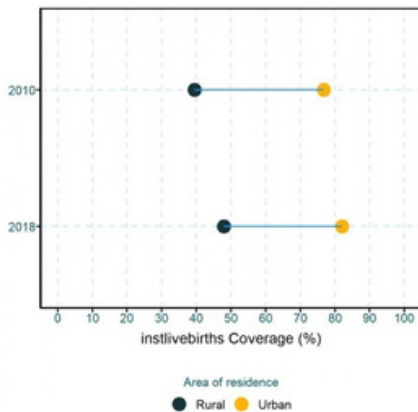


Fig. 12. Milieu de résidence, 2010 et 2018.

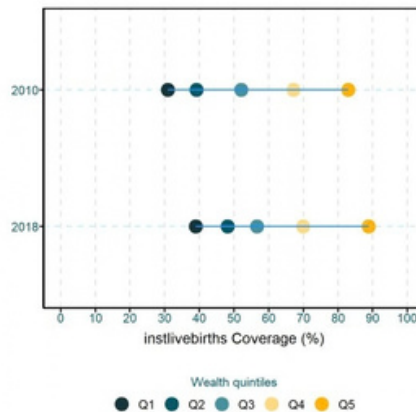


Fig. 13. Quintiles de richesse (Q1–Q5), 2010 et 2018.

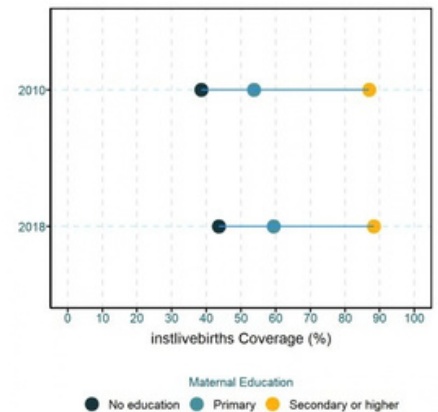


Fig. 14. Instruction de la mère, 2010 et 2018.

Troisième dose de pentavalent

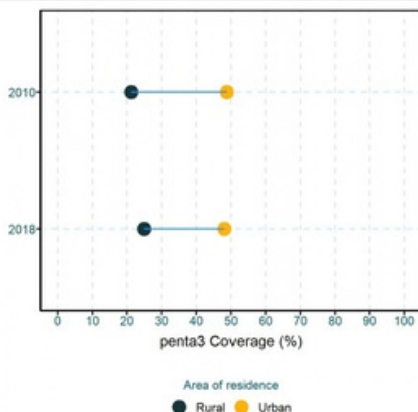


Fig. 15. Milieu de résidence, 2010 et 2018.

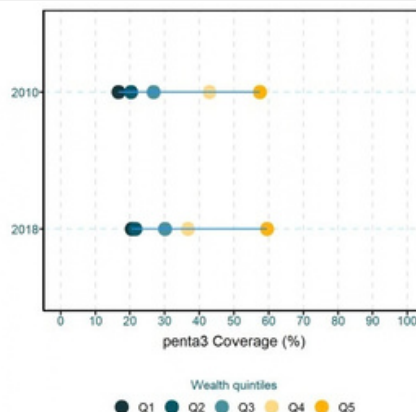


Fig. 16. Quintiles de richesse (Q1–Q5), 2010 et 2018.

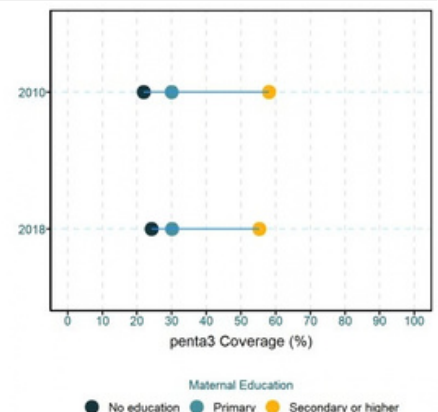


Fig. 17. Instruction de la mère, 2010 et 2018.

Interprétations — On observe une augmentation de la couverture des naissances vivantes en établissement de soins entre 2010 et 2018, tant en milieu rural (40 % à 48 %) qu'urbain (76 % à 82 %), ainsi qu'entre riches (83 % à 89 %) et pauvres (31 % à 39 %) ; les écarts absolus restent quasi inchangés (environ 34-36 points rural/urbain, 50-52 points riches/pauvres).

- Pour Penta3, les inégalités entre les 20 % les plus pauvres et les classes moyennes se sont légèrement réduites (écart stable autour de 10 points), tandis que celles entre la classe la plus riche et les autres se sont creusées (écart Q5-Q4 passant d'environ 15 à 22 points).

- Une légère réduction de la couverture en Penta3 chez les mères les plus instruites est observée (58 % en 2010 contre 55 % en 2018), sans que l'écart avec les mères sans instruction (stable autour de 24 points) ne se resserre.

Recommandations — La mobilisation sociale et l'extension du financement basé sur la performance couplée à l'engagement communautaire pourraient réduire ces inégalités, en particulier l'écart croissant entre la classe la plus riche et le reste de la population pour Penta3.

Inégalités géographiques : données des établissements de santé

CPN4

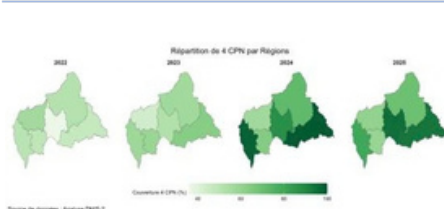


Fig. 18. Couverture CPN4 par région (%), 2022–2025.

Pentavalent 3

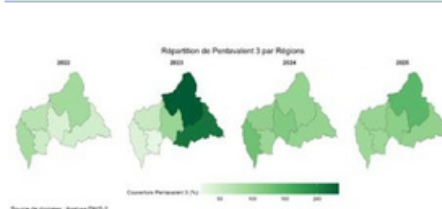


Fig. 19. Couverture Penta3 par région (%), 2022–2025.

Rougeole 1

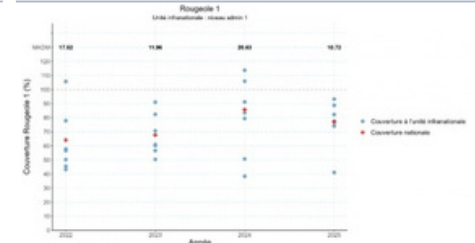


Fig. 20. Dispersion Rougeole 1 entre unités admin1 (indice MADM), 2022–2025.

Interprétations — L'indice de dispersion (MADM) de la couverture rougeole n'évolue pas de façon linéaire : il recule de 17,5 en 2022 à 12,0 en 2023, remonte fortement à 20,6 en 2024, le niveau d'inégalité le plus élevé de la période, avant de retomber à 10,7 en 2025. Les cartographies CPN4 et Penta3 par région suggèrent une dynamique comparable, avec un contraste entre les régions sanitaires plus marquées en 2023-2024 qu'en 2022 ou 2025.

- Certaines régions, notamment au sud-ouest et au nord-ouest, apparaissent de façon répétée parmi les moins bien couvertes en CPN4 et en Penta3, même lorsque la dispersion nationale se resserre. Les inégalités en rougeole se sont réduites entre 2024 (pic) et 2025, sans que les cartes permettent d'identifier précisément les régions concernées.

• À noter : l'estimation nationale de la couverture rougeole calculée avec un dénominateur de naissances vivantes projetées (64 à 86%) est très supérieure à celle calculée avec un dénominateur dérivé de la CPN1 (25 à 27 %, cf. section 2), ce qui souligne la sensibilité de cet indicateur au choix du dénominateur.

Recommandations — La mise en œuvre de l'engagement communautaire, du financement basé sur la performance et l'amélioration de la disponibilité des vaccins rougeoleux s'avèrent nécessaires, de même qu'un travail de standardisation des dénominateurs.

4. Mortalité institutionnelle

Tendances de la mortalité institutionnelle (iMMR, iSBR) et par unités admin1

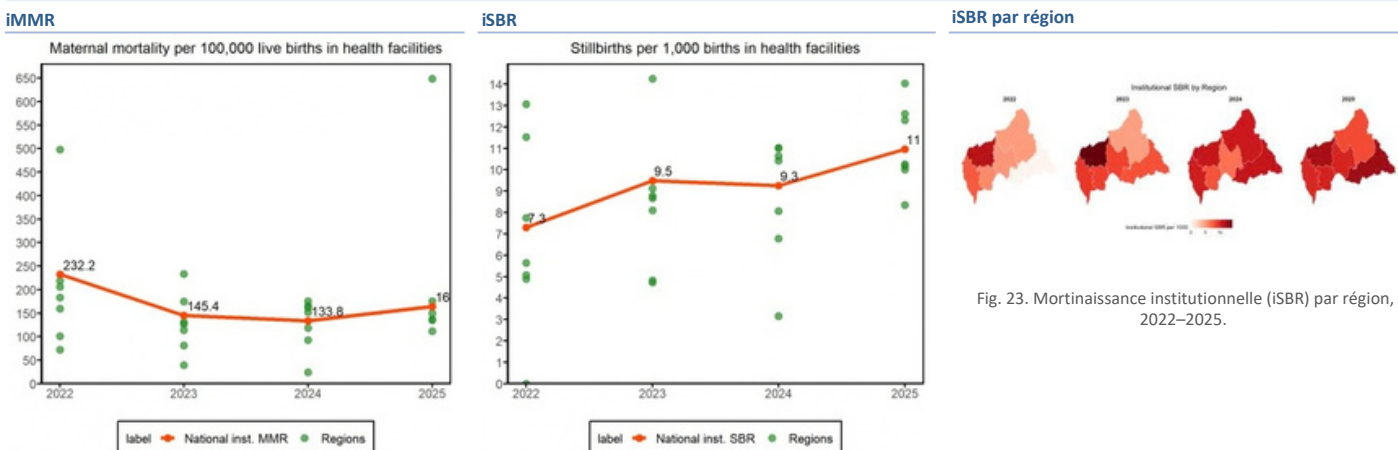


Fig. 21. Ratio de mortalité maternelle institutionnelle (iMMR) / 100 000 naissances vivantes, national et régions, 2022–2025.

Fig. 22. Taux de mortinaissance institutionnelle (iSBR) / 1 000 naissances, national et régions, 2022–2025.

Fig. 23. Mortinaissance institutionnelle (iSBR) par région, 2022–2025.

Interprétations — Le ratio de mortalité maternelle institutionnelle (iMMR) national recule fortement de 232,2 pour 100 000 naissances vivantes en 2022 à 133,8 en 2024 (-42 % en deux ans), mais remonte à environ 163 en 2025, une inflexion qui efface une partie des progrès précédents. Malgré la baisse de 2022 à 2024, le niveau reste très au-dessus du seuil de l'ODD 2030 (70 pour 100 000), près du double en 2024 et plus du double en 2025.

• La baisse de 2022 à 2024 peut s'expliquer par un regain de l'engagement politique et la mise en œuvre du Dossier d'investissement pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale, infantile et adolescente ; la remontée de 2025 mérite d'être documentée, notamment via un examen de la région ayant enregistré un iMMR extrême (environ 650 pour 100 000, très en dehors de la fourchette habituelle de 110–180), qui pourrait relever autant d'un problème de qualité des données que d'une dégradation réelle.

• On observe une tendance à la hausse de la mortinaissance institutionnelle (iSBR), de 7,3 pour 1 000 en 2022 à 11,0 en 2025 (+51 %), avec des disparités régionales marquées (3 à 14 pour 1 000). Cette hausse peut s'expliquer par l'insuffisance de ressources humaines qualifiées et d'équipements de prise en charge des nouveau-nés, mais aussi par une meilleure détection des mortinaissances (cf. section 1).

• La cartographie confirme des disparités importantes et persistantes entre 2022 et 2025, mais les régions aux valeurs les plus élevées changent d'une année à l'autre, ce qui suggère une composante de volatilité statistique (petits effectifs régionaux) en plus des écarts structurels.

Recommandations — Mise en œuvre du plan ENAP, application de la loi sur la déclaration obligatoire des décès maternels et périnataux, vérification prioritaire de la donnée régionale extrême de 2025, et consolidation des effectifs régionaux pour fiabiliser le suivi cartographique.

5. Utilisation des services de santé

Utilisation des services ambulatoires et hospitaliers, par région

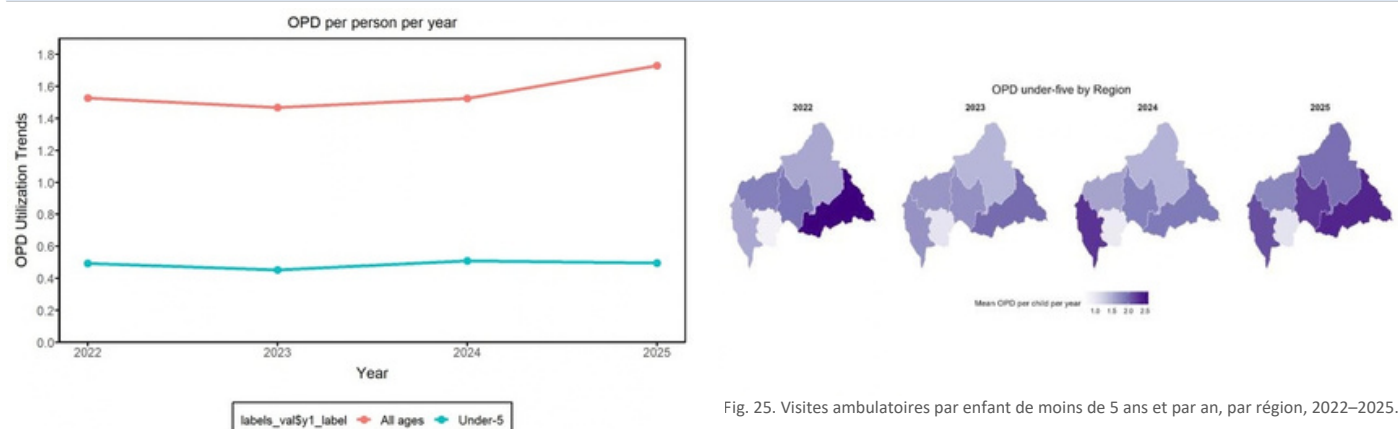


Fig. 24. Consultations externes (OPD) par personne et par an — tous âges vs moins de 5 ans, 2022–2025.

Fig. 25. Visites ambulatoires par enfant de moins de 5 ans et par an, par région, 2022–2025.

Interprétations — Le nombre de consultations externes par personne et par an, tous âges confondus, augmente de 1,52 (2022) à 1,73 (2025), soit +14 %, la hausse étant concentrée entre 2024 et 2025. Chez les enfants de moins de 5 ans, le nombre de visites reste stable (0,45 à 0,51 par an).

• Les cartes d'utilisation pédiatrique montrent une utilisation plus élevée ($\geq 2,5$ visites/enfant/an) à l'est et au centre-sud, tandis que le sud-ouest enregistre systématiquement les valeurs les plus faibles (1,0 à 1,3) ce qui nuance l'attribution initiale au Sud-Ouest, qui apparaît au contraire parmi les moins bien desservis.

Recommandations — La mise en œuvre de l'engagement communautaire contribuerait à réduire la charge de morbidité chez les moins de 5 ans, en priorisant les zones à faible recours (sud-ouest), en complément du suivi des zones à forte morbidité déjà bien desservies.

6. Progrès et performance du système de santé

Intrants du système de santé (2024) et par région/province

Indicateur — 2024	Valeur	Unité
Infrastructures de santé		
Densité des établissements de santé	1,7	pour 10 000 hab.
Part des établissements qui sont des hôpitaux	5,3	%
Densité hospitalière	0,9	pour 100 000 hab.
Densité des lits d'hospitalisation	7,6	pour 10 000 hab.
Personnel de santé		
Densité du personnel de santé	1,4	pour 10 000 hab.
Ratio infirmiers-sages-femmes par médecin	2,5	—
Rôle du secteur privé		
Part des établissements privés	11,4	%
Part des établissements des ONG	1,2	%

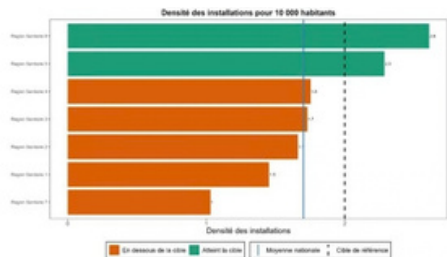


Fig. 26. Densité des installations sanitaires pour 10 000 (SSP), par région. habitants, par région.

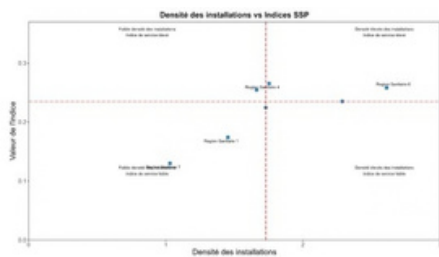


Fig. 27. Densité des installations vs indice de service SR



Fig. 28. Densité du personnel de santé vs indice de service SR (SSP), par région.

Interprétations — Densité des établissements de santé : 1,7 pour 10 000 habitants au niveau national, en deçà de la norme de référence de 2. 5,3 % des établissements sont des hôpitaux, densité hospitalière 0,9 pour 100 000, densité de lits 7,6 pour 10 000, densité du personnel 1,4 pour 10 000 (ratio infirmiers-sages-femmes/médecins 2,5) ; secteur privé et ONG : 11,4 % et 1,2 % des établissements.

- Les régions sanitaires 5 (2,3) et 6 (2,6) sont les seules à dépasser la norme de 2 installations pour 10 000 habitants, avec une utilisation élevée des services SR. À l'inverse, la région 7 (Bangui) affiche la densité d'établissements la plus faible du pays (1,0) malgré la présence des CHU, mais une utilisation des services SR faible, un paradoxe qui peut s'expliquer par une mauvaise utilisation des soins primaires et une sous-notification des CHU dans le DHIS2.
- Aucune région n'atteint la cible OMS de densité de personnel de santé. La région 7 affiche une densité de personnel très supérieure aux autres (~3,2 pour 10 000, contre 1,0-1,2 ailleurs) mais l'indice de service SR le plus bas (~0,13), le déséquilibre moyens/résultats le plus marqué du pays. La région 6, à l'inverse, conjugue personnel plus faible et utilisation SR élevée (efficacité, mais risque d'épuisement professionnel).

Recommandations — Développer l'engagement communautaire et le financement basé sur la performance avec gratuité ciblée dans les régions les moins dotées ; pour la région 7 (Bangui), cibler l'organisation et l'utilisation de l'offre existante plutôt que la seule densité d'infrastructures ; revoir le recrutement et la fidélisation du personnel selon l'éloignement des régions.

Secteur privé et services SRMNIA

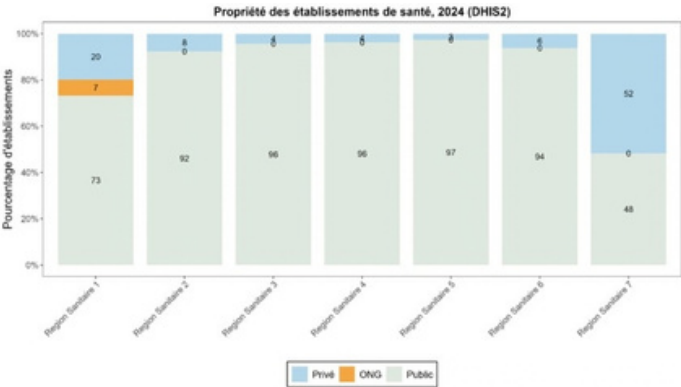


Fig. 29. Répartition des établissements par statut (Public / Privé / ONG), par région, 2024.

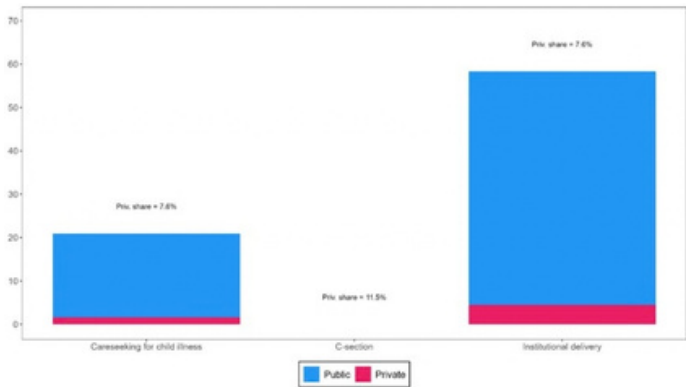


Fig. 30. Part du secteur privé dans le recours aux soins, par type de service.

Interprétations — Le secteur public domine l'offre de services SR en dehors de la région 7 (Bangui), où le secteur privé (52 %) dépasse le secteur public (48 %). La région 1 enregistre la part d'établissements ONG la plus élevée (7 %, majoritairement confessionnels) et la part de privés la plus élevée après la région 7 (20 %).

- La forte part du secteur public peut refléter le faible pouvoir d'achat de la population (paiement direct, faute d'assurance maladie). Le recours au privé reste limité pour la maladie infantile et les accouchements (7,6 % chacun) mais plus élevé pour les césariennes (11,5 %), suggérant un rôle plus marqué du privé pour les interventions obstétricales spécialisées.

Recommandations — Développer des mutuelles de santé dans toutes les régions sanitaires, en portant une attention particulière à l'accès financier aux soins obstétricaux spécialisés (césarienne), où le secteur privé occupe une place plus importante.

COUNTDOWN TO 2030

COUNTRY ANNUAL MEETING

CAM 2026



JUIN 2026