



MÉCANISME DE
FINANCEMENT
MONDIAL



African Population and
Health Research Center



Indicateurs de Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale et Infantile

RAPPORT 2023

République Démocratique du Congo

Countdown to 2030 for the health of women, children and adolescents.

Réunion Annuelle des Pays.

En collaboration avec le GFF, l'UNICEF, l'OMS et APHRC.

Dakar, du 19 au 23 juin 2023.

COMPOSITION DE L'ÉQUIPE PAYS

- Pierre Akilimali **Zalagile**, Ecole de Santé Publique de Kinshasa
- Dynah Kayembe **Musau**, CRPK, Ecole de Santé Publique de Kinshasa
- Francis Kabasubabo **Kabengele**, CRPK, Ecole de Santé Publique de Kinshasa
- Eric Nyambu **Katanga**, DSNIS- Ministère de la Santé
- Arsène Kabwaya **Mukoka**, Programme Élargi de Vaccination- Ministère de la Santé



TABLE DES MATIÈRES

Table des Matières	4
Liste des Abréviations	5
Liste des Tableaux	6
Liste des Figures	7
Résumé Exécutif	8
Contexte	10
1. Indicateurs et objectifs pour la santé maternelle et infantile et la nutrition	12
2. Evaluation et ajustement de la qualité des données des établissements de santé	14
Partie 2a : Numérateurs	14
Partie 2b Dénominateurs	17
Évaluation des projections démographiques dans DHIS2	18
3. Tendances de la couverture nationale	22
3.1. Planification familiale	22
3.1.1. Evolution de trois indicateurs avec les projections de FPET	23
3.1.2. Analyse de routine des données des établissements de santé (SS - EMU)	24
3.2. Soins de la mère et du nouveau-né	27
3.2.1. Soins des enfants (vaccination et état nutritionnel)	28
4. Analyse infranationale (au niveau provincial) des tendances récentes	33
5. Mortalité maternelle et périnatale	38
6. Utilisation des services de santé curatifs : enfants	40
7. Analyse des progrès et des performances au niveau infranational	42
8. Conclusion	44
Annexe : Lettre de Transmission du Secrétaire Général à la Santé de la RDC	45

LISTE DES ABRÉVIATIONS

BCG	Bacille de Calmette et Guérin
CPN	Consultation prénatale
CPN1	1ère Consultation prénatale
CPN4	4ème consultation prénatale
CPoN	Consultation postnatale
DHIS2	District Health Information Système version 2
DTC1	Vaccin contre diphtérie, tétanos, coqueluche 1
DTC3	Vaccin contre diphtérie, tétanos , coqueluche 3
EAM	Ecart absolu médian
ECV	Enquêtes de Couvertures Vaccinales
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EMU	Estimated Modern Use (Estimation de l'utilisation de la contraception moderne)
FOSA	Formation Sanitaire
FPET	Family Planning Estimation Tool (L'outil d'estimation de la planification familiale)
GATPA	Gestion active de la troisième phase d'accouchement
MADM	Mean absolute difference to the mean (Différence absolue moyenne par rapport à la moyenne)
MICS	Multiple Indicators Cluster Survey
MRDM	Mean relative difference to the mean (Différence relative moyenne par rapport à la moyenne)
ONU	Organisation des Nations Unies
Penta	Vaccin Pentavalent
PF	Planification familiale
RDC	République Démocratique du Congo
RMNCH	Reproduction maternal neonatal children health (Santé de la reproduction maternelle, néonatale et enfant)
RMNCHA	Reproduction maternal neonatal children adolescent health (Santé de la reproduction maternel, néonatale, enfant et de l'adolescente)
SE	Standard error (Erreur standard)
SEN	Soins Essentiels aux nouveau-nés
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SONUb	Soins Obstétricaux et néonataux d'urgence de base
TBN	Taux brut de natalité
TBM	Taux brut de mortalité
TPCM	Taux de Prévalence contraceptive moderne
VAR	Vaccin anti rougeoleux
VIH	Virus d'Immunodéficiência Humaine
ZS	Zone de Santé

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Résumé des principaux indicateurs et objectifs relatifs à la santé maternelle et infantile et à la nutrition dans le plan national du secteur de la santé et dans le plan spécifique à la santé maternelle et infantile	12
Tableau 2 : Résumé de l'évaluation de la qualité des données des établissements de santé pour 2018-2022	14
Tableau 3 : Résumé des ajustements apportés aux données brutes des établissements de santé en vue de préparer un ensemble de données propres pour l'analyse finale	15
Tableau 4 : Évaluation des projections démographiques nationales utilisées dans le DHIS2, 2018- 2022	18
Tableau 5 : Évaluation des résultats de la couverture à partir des différentes méthodes de calcul des dénominateurs, en comparaison avec les résultats de l'enquête la plus récente pour des années similaires, au niveau national et provincial : nombre d'erreurs-types d'enquête (ES) la couverture des données de l'établissement diffère de la couverture de l'enquête	20
Tableau 6 : Principaux indicateurs issues des enquêtes EDS et MICS	22
Tableau 7 : Résumé des indicateurs de Planification familiale - national	26
Tableau 8 : Indicateurs de soins maternels et néonataux – national	27
Tableau 9 : Indicateurs de santé de l'enfant – vaccination	29
Tableau 10 : Couverture de la dose de DTC3 / pentavalent 3rd chez les nourrissons	33
Tableau 11 : Couverture en Penta-3 chez les nourrissons	35
Tableau 12-a : Évaluation systématique de la qualité des données des établissements de santé pour les taux de mortalité maternelle et de mortinatalité	38
Tableau 12-b : Évaluation systématique de la qualité des données des établissements	39
Tableau 13 : Utilisation des services ambulatoires et hospitaliers pour les enfants et tous les âges, 2018-2022, données DHIS2	40
Tableau 14 : Indicateurs d'intrants du système de santé et couverture	42

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des établissements de santé rapportant dans DHIS2 par autorité de gestion	11
Figure 2 : Evolution en pourcentage des Zones de Santé avec un taux de rapportage inférieur à 90%	15
Figure 3 : Comparaison des cas de CPN-1 et Penta-1 après ajustements	16
Figure 4 : Comparaison des cas de Penta-1 et Penta-3 après ajustements	17
Figure 5a et 5b: Ajustement des valeurs aberrantes pour la CPN-1 dans la ZS ALUNGULI au Maniema avant et après correction	17
Figure 6 : Comparaison des indicateurs de population dans le DHIS2 avec l'ONU (ratio 100 signifie la même chose)	19
Figure 7 : Evolution des indicateurs de PF au niveau national de 2010 à 2018	22
Figure 8 : Projection de la prévalence contraceptive parmi les femmes vivant en union de 2010 à 2022 avec l'outil FPET	23
Figure 9 : Besoins non satisfaits parmi les femmes vivant en union de 2010 à 2022 avec la projection FPET	23
Figure 10 : Demande satisfaite par les méthodes modernes parmi les femmes vivant en union de 2010 à 2022 avec la projection FPET	24
Figure 11 : Tendances de la distribution des méthodes	24
Figure 12 : Augmentation annuelle moyenne en points de pourcentage de TPCM et EMU parmi les femmes en union	25
Figure 13 : Tendances de TPCM et EMU parmi les femmes vivant en union	25
Figure 14 : Tendances de Prévalence contraceptive moderne et Estimation de l'utilisation de la contraception moderne avec les données de DHIS2 parmi les femmes vivant en union ..	26
Figure 15 : Evolution annuelle des indicateurs de soins de la mère avec les données de DHIS2	28
Figure 16-a : Couverture vaccinale des enfants de 12 à 23 mois en 2022 selon le quintile de bien-être économique, ECV 2022	28
Figure 16-b : Couverture vaccinale des enfants de 12 à 23 mois en 2022 par province, ECV 2022	29
Figure 17-a : Couverture en penta-3	30
Figure 17-b : Couverture en VAR	30
Figure 17-c : Couverture en BCG	31
Figure 18-a : Etat nutritionnel des enfants de moins de 5 ans selon le quintile de bien-être économique, MICS 2018.....	31
Figure 18-b : Etat nutritionnel des enfants de moins de 5 ans par Province, MICS 2018	32
Figure 19-a : Inégalités entre province en matière d'accouchements institutionnels avec les données de DHIS2	34
Figure 19-b : Inégalités entre province en termes de couverture CPN-4 avec les données de DHIS2	35
Figure 20-a : Inégalités entre province en matière de couverture de Penta-3 avec les données de DHIS2	37
Figure 20-b : Inégalités entre province en matière de couverture de Penta-3 avec les données de DHIS2.....	37
Figure 21-a : Couverture en accouchement (naissance vivante) dans les établissements en fonction de la densité du personnel de santé, avec les données de DHIS2	43
Figure 21-b : Couverture en accouchement (naissance vivante) dans les établissements en fonction du ratio de Nombre de lits pour 10000 habitants, avec les données de DHIS2	43

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Ce rapport de synthèse décrit les résultats d'une analyse des données des établissements de santé et d'autres données pour des indicateurs sélectionnés de la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, étayés par des analyses d'enquêtes et des données disponibles sur le système de santé. Les analyses sont effectuées pour les unités administratives nationales et provinciales. L'objectif des analyses est d'informer les parties prenantes nationales et mondiales des progrès et des performances du plan et de la stratégie nationale pour la RMNCH.

Les données mensuelles des zones de santé (ZS) ont été extraites de DHIS2 puis analysées pour une vingtaine d'indicateurs pour la période allant de janvier 2018 à décembre 2022. Après l'évaluation et l'ajustement de la qualité des données, les données mensuelles des ZS ont été agrégées en données provinciales annuelles pour cette analyse. Les données d'enquêtes ont été utilisées non seulement pour évaluer les dénominateurs des statistiques de couverture dérivées des données des établissements de santé mais également pour une comparaison externe des statistiques de couverture.

La qualité de donnée de DHIS2 s'est améliorée entre 2018 et 2022. En effet, l'exhaustivité s'est améliorée progressivement de 2018 à 2022 atteignant les valeurs d'au moins 90% pour les six de principaux indicateurs. Les valeurs aberrantes extrêmes étaient peu nombreuses et la cohérence des rapports des différents indicateurs est discutable pour certains. Nous signalons tout de même le problème de faible complétude pour les hospitalisations, vu que la complétude des hôpitaux est généralement faible. Nous avons noté des taux de complétude dépassant 100%, ces aberrations due à l'actualisation annuelle de la liste des établissements de santé sans tenir compte normes d'actualisation de la pyramide sanitaire en milieu de l'année une fois l'an.

Les dénominateurs basés sur les projections de population du recensement de 1984 n'ont pas été considérés comme adéquats pour l'estimation des populations cibles pour les indicateurs de couverture. Le dénominateur alternatif basé sur les rapports de données des établissements de santé pour les interventions à couverture élevée a fourni des résultats plausibles pour la plupart des indicateurs. Ainsi, le choix du meilleur dénominateur a été guidé par l'évaluation de l'estimation nationale et provinciale. Un plus petit nombre d'erreurs standard par rapport à la couverture de l'enquête indique une meilleure performance de la méthode. Sur la base de cette évaluation, il convient de sélectionner pour les indicateurs liés à la maternité (CPN, accouchement, CPoN), le dénominateur dérivé du nombre de CPN-1 et pour les indicateurs d'immunisation (de la vaccination), le dénominateur dérivé du nombre de Penta-1 semblent les meilleurs, à défaut d'utiliser le dénominateur des projections de l'ONU.

Analysant la couverture en service de planification familiale : les projections obtenues avec l'outil FPET montrent une tendance

ascendante de la prévalence contraceptive parmi les femmes vivant en union sans pour autant atteindre l'objectif fixé dans le dernier plan stratégique PF. Nous notons une tendance croissante de l'estimation de l'utilisation de méthodes modernes avec les données issues des établissements de santé (EMU) plus prononcée que la projection de FPET après 2018. En attendant la vérification des données, cette tendance devrait être vérifiée avec les données de l'enquête EDS en cours.

Pour les indicateurs liés aux soins de santé maternelle et infantile : les données disponibles sur DHIS2 montrent une amélioration progressive et constante de CPN-4 et TPI2+, au cours du temps (entre 2018 et 2022). Les accouchements assistés et les soins post-natals dans les 6 heures suivant l'accouchement sont quasi stationnaires. La proportion d'accouchement par césarienne est restée stationnaire autour de 4% durant les cinq dernières années. Il faut également noter que les indicateurs calculés avec les données de DHIS2 et ceux des enquêtes sont très comparables en 2018 à l'exception de TPI 2+ et naissance dans les établissements. Notons que le DHIS2 en RDC fournit actuellement le nombre de visite postnatale à la sixième heure au lieu de visite postnatale dans les 48 heures

Concernant les couvertures vaccinales : la couverture vaccinale varie en fonction de la source de données, pour la rougeole, entre 2018 et 2020 les estimations de l'ONU et issues de DHIS2 (utilisant le nombre de Penta-1 comme dénominateur) donnent des estimations quasi-identiques les écarts sont constatés avec les estimations de 2021 et 2022. En revanche pour le Penta-3, les estimations de l'ONU et celles issues de DHIS2 donnent des estimations quasi-identiques pour les années 2021 et 2022.

Au sujet de la qualité et les taux des données sur la mortalité maternelle et les mortinaissances : la déclaration des mortinaissances est plus faible que prévu sur la base des estimations de l'ONU pour l'ensemble de la population et que les décès maternels sont également sous-déclarés et très probablement plus sous-déclarés que les mortinaissances. Enfin, l'utilisation des services ambulatoires semble très faible parmi les personnes âgées de 5 ans et plus. C'est en général avec seulement 0,2 visite par personne et par an, mais aussi par rapport aux visites pour les moins de cinq ans qui sont de 2 visites par enfant et par an.

CONTEXTE

Ce rapport de synthèse décrit les résultats d'une analyse des données des établissements de santé et d'autres données issues des enquêtes (EDS, MICS, PMA et ECV) pour des indicateurs sélectionnés de la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, étayés par des analyses d'enquêtes et des données sur le système de santé lorsqu'elles sont disponibles. Les analyses sont effectuées pour les unités administratives nationales et sous-nationales (provinces).

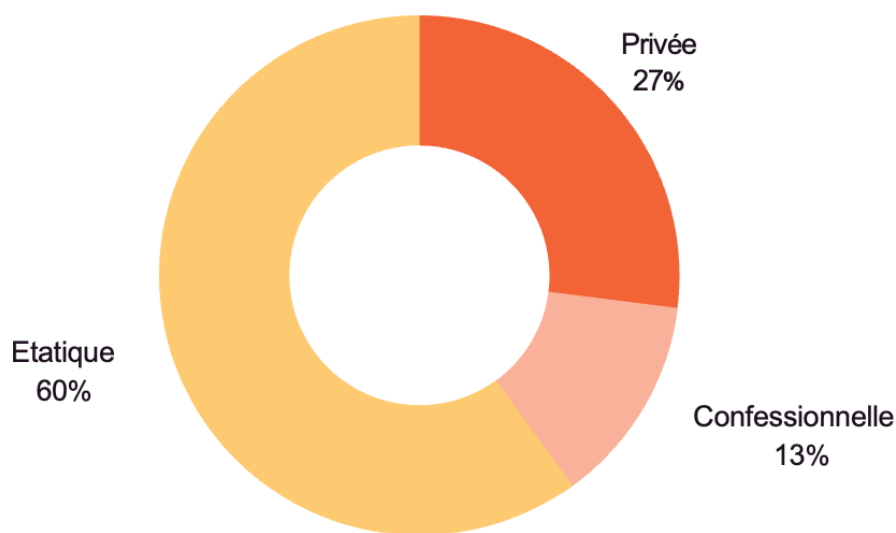
L'objectif des analyses est d'informer les décideurs nationaux et mondiaux des progrès et des performances du plan et de la stratégie nationale pour la SRMNEA-Nut, qui accordent une grande attention à la qualité des données grâce à une approche systématique.

Ce rapport comprend les sections suivantes :

- 1 Indicateurs et objectifs dans les plans nationaux du secteur de la santé (vaccination, santé de la reproduction, Nutrition, santé des adolescents,...)
- 2 Évaluation et ajustement de la qualité des données
 - a. Évaluation et ajustement de la qualité des données de l'établissement (numérateurs)
 - b. Dénominateurs / populations cibles
- 3 Couverture nationale et équité
 - a. Indicateurs de planification familiale
 - b. Indicateurs de santé maternelle et néonatale
 - c. Immunisation et autres indicateurs de santé infantile
- 4 Couverture infranationale (provinciale)
 - a. Couverture des naissances dans les établissements de santé (Formations sanitaires)
 - b. Couverture vaccinale Penta-3
- 5 Mortalité maternelle et périnatale
 - a. Taux de mortalité maternelle et de mortinatalité en milieu hospitalier(dans les formations sanitaires) avec évaluation de la qualité des données
- 6 Utilisation des services de santé
 - a. Taux d'utilisation des services ambulatoires et les hospitalisations : ensemble de la population et les enfants de moins de 5 ans
- 7 Analyse des progrès et des performances au niveau infranational (provincial)
 - a. Données sur les systèmes de santé : densité des lits et densité du personnel de santé
 - b. Comparaison de l'utilisation et de la couverture des services et du système de santé au niveau infranational

La République Démocratique du Congo (RDC) compte 26 provinces et 516 Zones de santé (ZS) issues du découpage de 2003 mais également dans le Système National d'Information Sanitaire (SNIS). Selon la base de données DHIS2, il existe 18.292 établissements de santé dont 60% sont étatiques.

Figure 1. Répartition des établissements de santé rapportant dans DHIS2 par autorité de gestion, 2022



Les données mensuelles des ZS, extraites de DHIS2 ont été analysées pour une vingtaine d'indicateurs avec des données pour la période allant de janvier 2018 à décembre 2022. Après l'évaluation et l'ajustement de la qualité des données, les données mensuelles des ZS ont été agrégées en données provinciales annuelles pour cette analyse.

Les données d'enquêtes ont été utilisées pour l'évaluation des dénominateurs des statistiques de couverture dérivées des données des établissements de santé et pour la comparaison externe des statistiques de couverture. Les trois dernières enquêtes-ménages, d'envergure nationale à partir de 2010 ont été MICS 2010, EDS 2013-2014, MICS-Palu 2017-2018 et les enquêtes de couvertures vaccinales (ECV 2022). Le dernier recensement a été réalisé en 1984.

1. INDICATEURS ET OBJECTIFS POUR LA SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE ET LA NUTRITION

Le tableau 1 résume les indicateurs et les objectifs les plus importants en matière de santé reproductive, maternelle, néonatale, des adolescents et de nutrition dans le plan national du secteur de la santé (ou les principaux indicateurs du plan SRMNEA). Cette vue d'ensemble n'inclut pas les indicateurs de mortalité de la population (par exemple, la mortalité des enfants de moins de cinq ans), les indicateurs de fertilité de la population ou les indicateurs spécifiques au VIH, à la plupart des cas de paludisme ou de tuberculose.

Tableau 1 : Résumé des principaux indicateurs et objectifs relatifs à la santé maternelle et infantile et à la nutrition dans le plan national du secteur de la santé et dans le plan spécifique à la santé maternelle et infantile.

Indicateurs	valeur de base	Cible (2025)	Source de données(Baseline)	Commentaire (dimension de l'équité ou non)
Soins de santé maternelle et infantile (SMNI)				
Taux de couverture en CPN1	82%	88%		Analyse de l'équité par province et par année
Taux d'utilisation de service prénatal précoce (CPN 1 à la 16ème semaine)	17%	28%		Analyse de l'équité par province et par année
Taux de couverture en CPN4	43%	52%		Analyse de l'équité par province et par année
Taux d'utilisation de service prénatal (CPN 4 à la 36ème semaine)	52%	61%		Analyse de l'équité par province et par année
Accouchements par un personnel qualifié	80%	88%		Analyse de l'équité par province et par année
Accouchements par césarienne	4,7%	8%	MICS 2018	Analyse de l'équité par province et par année
Visite postnatale à la sixième heure				Analyse de l'équité par province et par année
Visite postnatale au 42ième jour	60%	66%		Analyse de l'équité par province et par année
Proportion de nouveau-nés ayant bénéficié de SEN	13%	43%		Analyse de l'équité par province et par année
Proportion d'accouchements ayant bénéficié de la GATPA	21%	50%		Analyse de l'équité par province et par année
Proportion de FOSA offrant les SONU B	89%	95%	Enquête SARA 2014 (Baseline)	Analyse de l'équité par province et par année

Décès maternels	693/100000 NV	509	La donnée de base a été tirée du rapport de la Banque Mondiale en 2016	Analyse de l'équité par province et par année
Taux de mortalité néonatale dans les FOSA	19 pour 1000 NV	12 pour 1000 NV	Source DHIS2	Analyse de l'équité par province et par année
Soins de santé pour enfants	ECV 2021			Analyse de l'équité par province et par année
BCG	66%	93%	ECV 2021	Analyse de l'équité par province et Wealth index
DTC1	77%	93%	ECV 2021	Analyse de l'équité par province et Wealth index
DTC3	50%	90%	ECV 2021	Analyse de l'équité par province et Wealth index
VAR	56%	90%	ECV 2021	Analyse de l'équité par province et Wealth index
Enfants zéro-dose	19%		ECV 2021	Analyse de l'équité par province et Wealth index
Etat Nutritionnel des enfants	2022			Analyse de l'équité par province et par année
Retard de croissance	43%	33% (réduction de 40%)	MICS 2018	Analyse de l'équité par province et par sexe
Emaciation	8%	< 5% (Réduction de 5%)	MICS 2018	Analyse de l'équité par province et par sexe
Insuffisance Pondérale	23%	16,1% (Réduction de 30%)	MICS 2018	Analyse de l'équité par province et par sexe
Enfants de moins 6 mois allaités exclusivement	48%	85% (Augmentation d'au moins 50%)	MICS 2018	Analyse de l'équité par province et par sexe
FP				Analyse de l'équité par province et par année
Prévalence contraceptive moderne	16%	23%	MICS 2018	Analyse de l'équité par province et par année

Les indicateurs analysés dans ce rapport sont mis en évidence en gras.

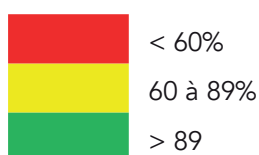
2. ÉVALUATION ET AJUSTEMENT DE LA QUALITÉ DES DONNÉES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Partie 2a : Numérateurs

L'évaluation de la qualité des données des établissements de santé a utilisé les rapports mensuels des Zones de Santé et s'est concentrée sur 1) l'exhaustivité des rapports, 2) les valeurs extrêmes aberrantes et 3) la cohérence interne des données. Les ajustements de la qualité des données pour l'exhaustivité des rapports et les valeurs extrêmes aberrantes ont été effectués avant de poursuivre les analyses de couverture sur les données annuelles.

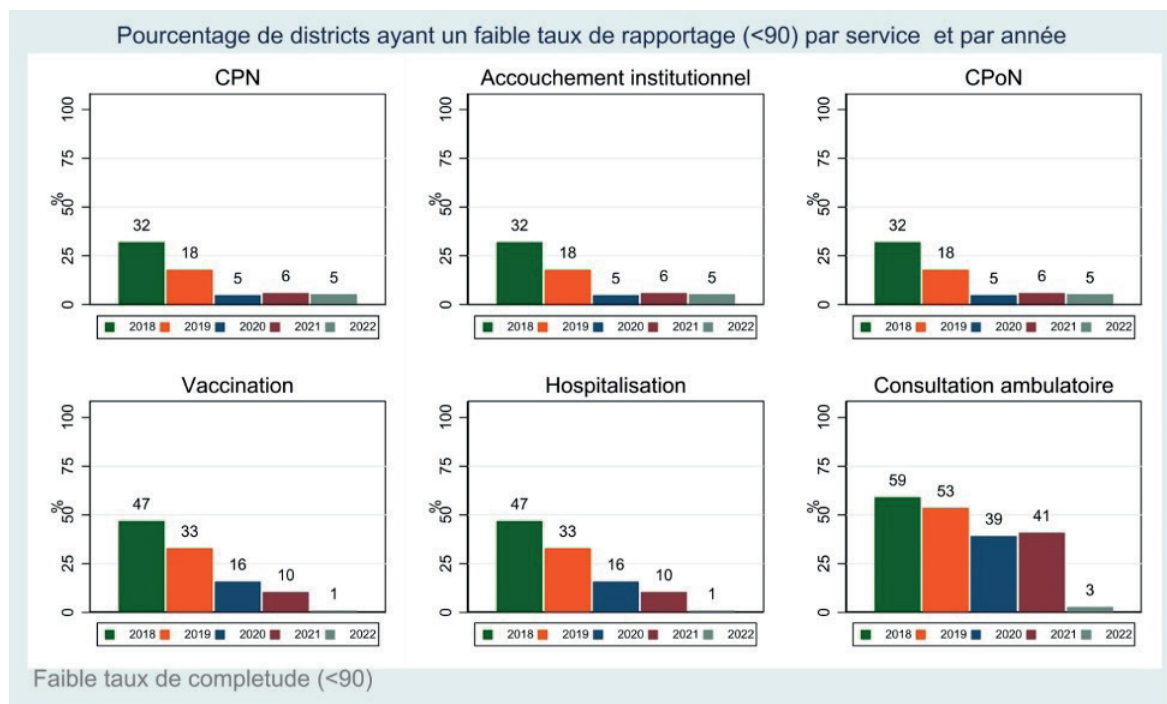
Tableau 2 : Résumé de l'évaluation de la qualité des données des établissements de santé pour 2018-2022

		2018	2019	2020	2021	2022
1	Exhaustivité des rapports mensuels de l'établissement, pour les soins prénatals, les accouchements, les vaccinations et les consultations externes					
1a	Pourcentage de rapports mensuels attendus de l'établissement (moyenne pour les rapports de CPN, d'accouchements, de vaccination et de consultations ambulatoires, au niveau national)	86	90	95	95	100
1b	Pourcentage de districts dont les rapports sur les établissements de santé sont complets (moyenne pour les 4 rapports) $\geq 90\%$.	59	71	86	87	97
1c	Pourcentage de districts ne présentant aucune valeur mensuelle manquante au cours de l'année pour l'un ou l'autre des 4 rapports	87	87	88	86	88
2	Valeurs extrêmes pour les soins prénatals, les accouchements, les vaccinations et les consultations externes					
2a	Pourcentage des valeurs mensuelles qui ne sont pas des valeurs extrêmes aberrantes (moyenne pour les CPN, les accouchements, les vaccinations, les rapports de consultations ambulatoires, nationaux)	98	99	99	97	97
2b	Pourcentage de districts n'ayant pas de valeurs extrêmes mensuelles aberrantes dans l'un des 4 rapports de l'année	85	90	90	82	85
3	Cohérence des rapports annuels de l'ANC1 et du penta1, ainsi que du penta1 et du penta3					
3a	% de districts avec un ratio CPN1-penta1 compris entre 1,0 et 1,5	72	75	77	72	74
3b	% de districts dont le ratio penta1-penta3 est compris entre 1,0 et 1,5	96	99	98	98	99
4	Score annuel de qualité des données (moyenne des indicateurs 1a à 3b)	83	87	90	88	91



Le tableau de scores d'évaluation de la qualité des données montre que la qualité des données des établissements de santé du DHIS2 était élevée (tableau 2). L'exhaustivité s'est améliorée progressivement de 2018 à 2022 atteignant les valeurs d'au moins 90% pour six indicateurs : CPN, PF, Accouchements dans un établissement de santé, consultations ambulatoires ou externes, visite postnatale et vaccination des enfants. Les valeurs aberrantes extrêmes étaient peu nombreuses et la cohérence des rapports des différents indicateurs est discutable pour certains. Nous signalons tout de même le problème de faible complétude pour les hospitalisations, vu que la complétude des hôpitaux est généralement faible.

Figure 2 : Evolution en pourcentage des Zones de Santé avec un taux de rapportage inférieur à 90%



Nous avons noté des taux de complétude dépassant 100%, ces aberrations seraient expliquées par une actualisation annuelle de la liste des établissements de santé expliquant des complétudes de plus de 100% pour certaines provinces. Pour y remédier, il faudrait une actualisation des pyramides sanitaires en milieu d'année et respecter les normes d'actualisation de ces pyramides une fois l'an. L'appropriation du DHIS2 au niveau périphérique a été progressive, avec un démarrage timide pour être effective en 2020.

Tableau 3 : Résumé des ajustements apportés aux données brutes des établissements de santé en vue de préparer un ensemble de données propres pour l'analyse finale

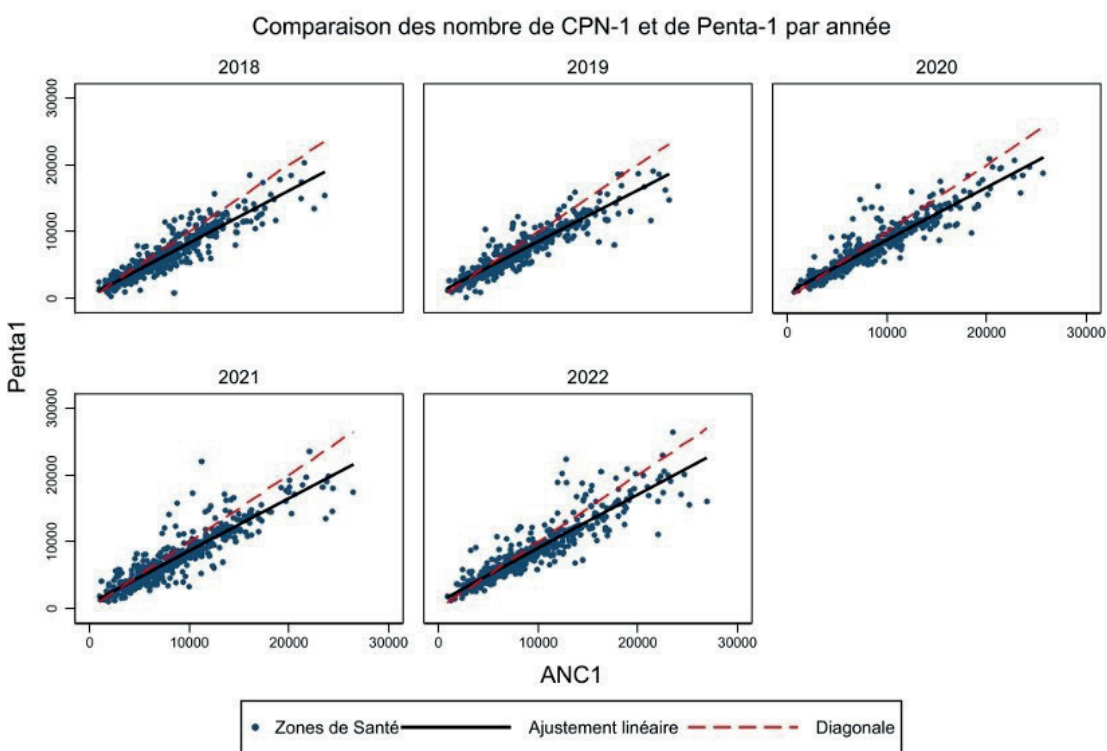
Problème	Action	Ajustement
Taux de déclaration faibles : identification des taux faibles qui ont été ajustés	Si elle est inférieure à 75% (par défaut), les données ont été imputées.	La valeur mensuelle médiane pour l'année a été imputée au mois pour lequel la déclaration était faible.

Rapports incomplets des districts, variables dans le temps, affectant l'évaluation des tendances	Si les taux de déclaration étaient $\geq 75\%$ et $< 100\%$ par défaut), une hypothèse a été faite sur le volume de services fournis par les établissements non déclarants.	Facteur d'ajustement La valeur k a été utilisée pour ajuster la déclaration incomplète Valeur par défaut de k 0,25 (remplacer si une valeur différente est utilisée ; indiquer si elle est utilisée pour tous les formulaires de déclaration ou si les facteurs k sont différents d'un formulaire à l'autre).
Les valeurs aberrantes extrêmes peuvent affecter considérablement les évaluations de la tendance de la couverture	Si une valeur mensuelle était supérieure ou inférieure à 5 fois l'écart absolu médian (EAM) par rapport à la valeur médiane mensuelle, un ajustement a été effectué.	Les valeurs mensuelles extrêmes sont corrigées et la valeur médiane de la même année leur est attribuée.
Valeurs manquantes	En cas de valeur manquante, les données ont été imputées.	La valeur mensuelle médiane pour l'année a été imputée pour le mois dont la valeur est manquante.

Un ajustement a été effectué pour le rapportage incomplet en supposant que les établissements qui n'ont pas fait de déclaration ont fourni certains services ($k=0,25$, c'est-à-dire un quart du volume de services par rapport aux établissements qui ont fait une déclaration). Les figures 3 et 4 montre une cohérence entre CPN-1 et Penta-1 et Penta-1 et Penta-3.

Les figures 3 et 4 montrent respectivement la cohérence entre le nombre de CPN-1 et de Penta-1 d'une part, et le nombre de Penta-1 et Penta-3 d'autre part.

Figure 3 : Comparaison des cas de CPN-1 et Penta-1 après ajustements



R-squared=0.8435

Figure 4 : Comparaison des cas de Penta-1 et Penta-3 après ajustements

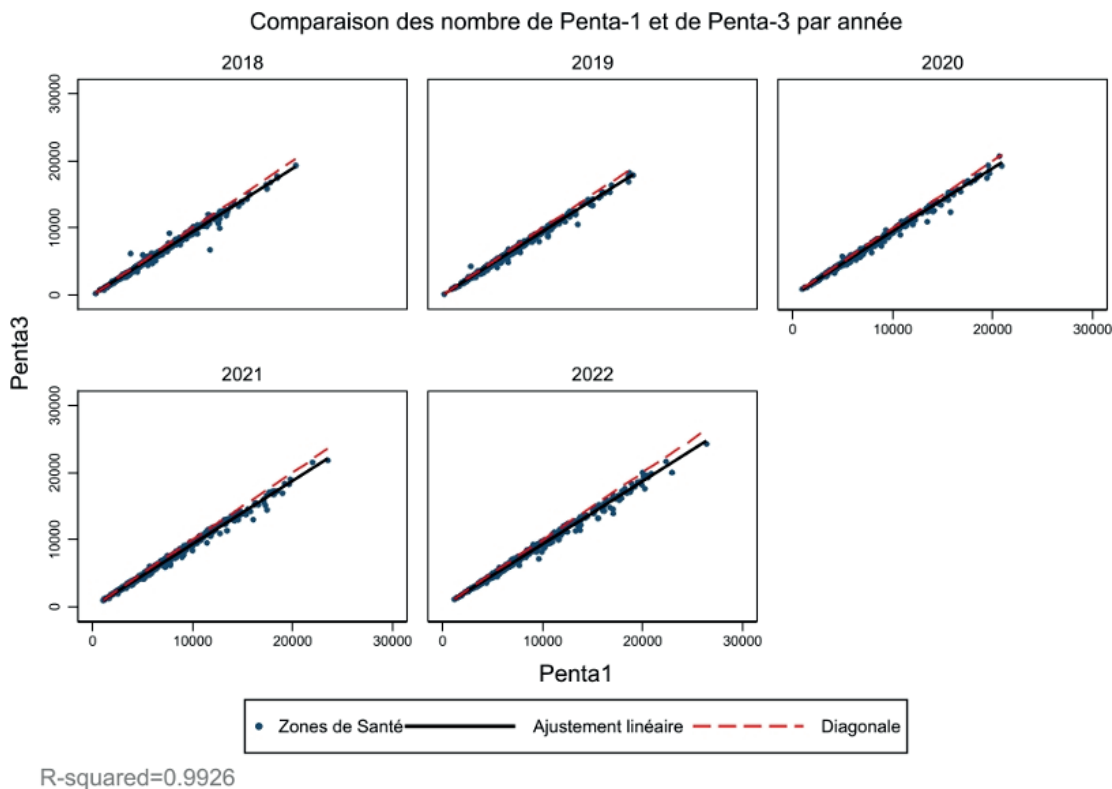
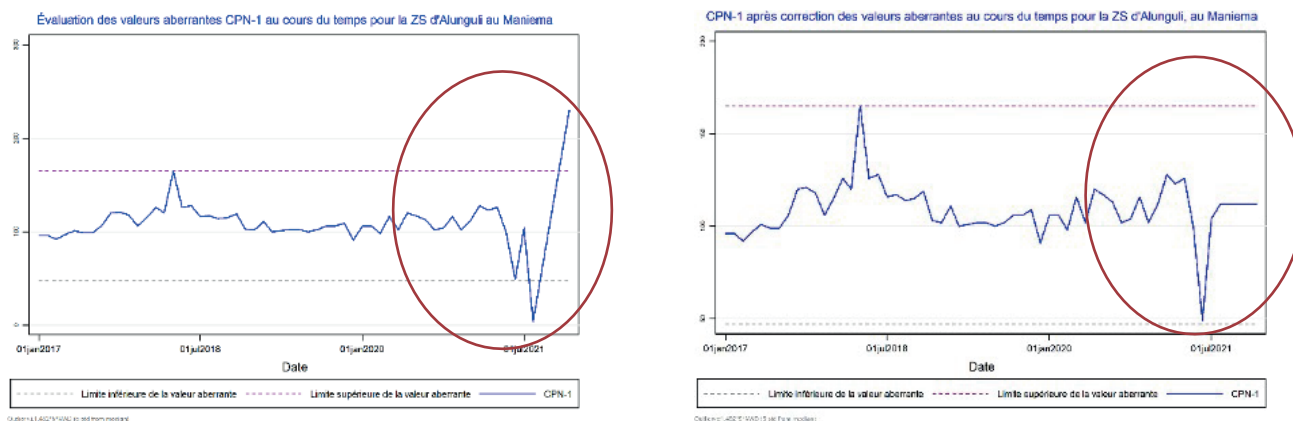


Figure 5a et 5b : Ajustement des valeurs aberrantes pour la CPN-1 dans la ZS ALUNGULI au Maniema avant et après correction.



Les figures 5 montrent l'effet de l'ajustement sur les valeurs aberrantes avant et après ajustement et montre dans la figure 5a le nombre de CPN en un moment en 2021 qui n'était pas dans les limites de l'intervalle de confiance et après ajustement, le nombre de CPN pour ce point se retrouve dans l'intervalle de confiance.

Partie 2b Dénominateurs

Les dénominateurs basés sur les projections de population du recensement de 1984 n'ont pas été considérés comme adéquats pour l'estimation des populations cibles pour les indicateurs de couverture. Le dénominateur alternatif basé sur les rapports de données des établissements de santé pour les interventions à couverture élevée a fourni des résultats plausibles pour la plupart des indicateurs.

Évaluation des projections démographiques dans DHIS2

La comparaison des indicateurs démographiques du DHIS2 avec les projections démographiques des Nations Unies montre des écarts (signalons que si le ratio est de 100, les deux valeurs sont identiques). Le nombre de naissances (vivantes) étant important pour les analyses RMNCH. Le rapport entre les estimations DHIS2 et celles de l'ONU concernant les naissances vivantes était plus basse jusqu'à atteindre presque 83% en 2022, les projections de dénominateurs avec DHIS2 étaient beaucoup trop basses comparées aux chiffres de nations Unies. Les dénominateurs basés sur les projections de population du recensement de 1984 n'ont pas été considérés comme adéquats pour l'estimation des populations cibles pour les indicateurs de couverture. Le dénominateur alternatif basé sur les rapports de données des établissements de santé pour les interventions à couverture élevée a fourni des résultats plausibles pour la plupart des indicateurs. Par exemple, en 2020, le taux de croissance démographique était de 5,0 % et le taux brut de natalité de 33 pour 1 000 habitants. Cela signifie que le taux brut de mortalité devrait être de -17 pour 1 000 habitants, ce qui n'est pas possible. Les projections du DHIS2 étaient instables et non cohérentes entre elles. Nous notons par ailleurs des taux bruts de mortalité, négatifs.

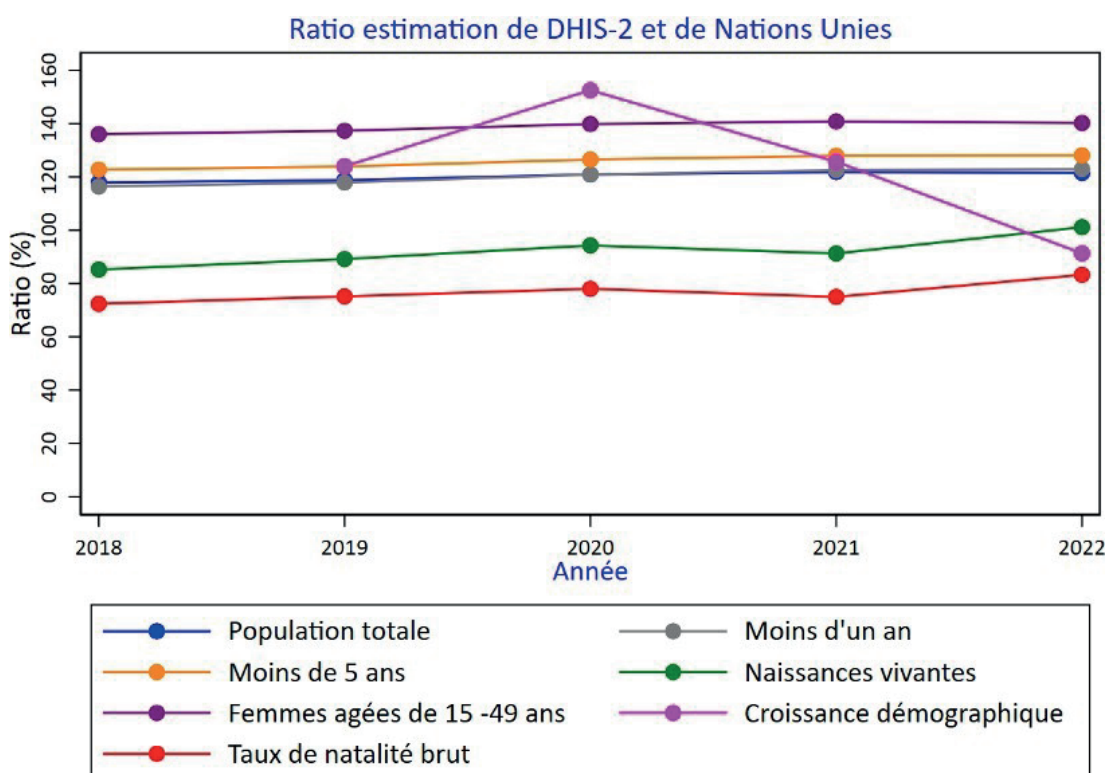
Tableau 4 : Évaluation des projections démographiques nationales utilisées dans le DHIS2, 2018- 2022

Paramètres démographiques	2018	2019	2020	2021	2022
Population totale dans DHIS2 (x 1,000)	102670	106786	112259	116822	120314
Population totale selon les estimations des Nations unies (*1 000)	87087	89907	92853	95894	99010
Rapport entre la population totale du DHIS2 et la population des Nations unies					
Taux de croissance annuel de la population (%), selon les chiffres de population du DHIS2	-	3,9	5,0	4,0	2,9
Taux de croissance annuel de la population (%), selon les estimations de l'ONU	3,2	3,2	3,3	3,2	3,2
Composition de la population					
% de la population âgée de moins d'un an, DHIS2	4	4	4	4	4
Pourcentage de la population âgée de moins d'un an, estimations de l'ONU	4	4	4	4	4
% de la population âgée de moins de 5 ans, DHIS2	19	19	19	19	19
Pourcentage de la population âgée de moins de 5 ans, estimations de l'ONU	19	19	19	19	19
% de la population de femmes âgées de 15 à 49 ans, DHIS2	21	21	21	21	21
Pourcentage de la population féminine âgée de 15 à 49 ans, estimations des Nations unies	22	22	22	22	22
Cohérence des taux de natalité et de mortalité					
Total des naissances vivantes dans les projections DHIS2	3195	3424	3705	3683	4181
Taux de natalité brut (pour 1 000 habitants) (TBN), dans DHIS2	31	32	33	32	35
Taux de natalité brut (pour 1 000 habitants) (TBN), selon les estimations de l'ONU	43	43	42	42	42

Rapport entre le TBN dans DHIS2 et le TBN dans les estimations de l'ONU					
Taux de mortalité brut (pour 1 000) = TBN-taux de croissance de la population*10, dans DHIS2 (TBM)^.	72	75	78	75	83
Taux brut de mortalité (TMB)(pour 1000)= TBN -taux de croissance*10) (DHIS2)		-7,2	-17,0	-8,3	5,3
Taux brut de mortalité (pour 1000)= TBN -taux de croissance*10) (UN)		11,0	9,5	10,3	9,5
Ratio: DHIS2 to UN Estimates - exemple					
Ratio Pop-DHIS2/pop-UN	1,18	1,19	1,21	1,22	1,22
Ratio of TBN -DHIS2/ TBN -UN	0,72	0,75	0,78	0,75	0,83

Taux de croissance de la population = (TBN - TBM) /10, s'il n'y a pas de migration nette vers l'intérieur ou vers l'extérieur. La comparaison des indicateurs démographiques du DHIS2 avec les projections démographiques des Nations Unies montre des écarts (Figure 6, si le ratio est de 100, les deux valeurs sont identiques).

Figure 6 : Comparaison des indicateurs de population dans le DHIS2 avec l'ONU (ratio 100 signifie la même chose).



Le pourcentage des femmes en âge de procréer par rapport à la population totale semble surestimé avec les estimations de DHIS2. Mais ceux des enfants de moins d'une année et de moins de cinq ans semblent cohérents.

Tableau 5 : Évaluation des résultats de la couverture à partir des différentes méthodes de calcul des dénominateurs, en comparaison avec les résultats de l'enquête la plus récente pour des années similaires, au niveau national et provincial : nombre d'erreurs-types d'enquête (ES) la couverture des données de l'établissement diffère de la couverture de l'enquête

	Enquête		Données sur les installations							
	Période d'estimation de la couverture		Période d'estimation de la couverture							
			Projection DHIS-2 comme dénominateur		Dénominateur dérivé de CPN-1		Dénominateur dérivé du Penta-1		Dénominateur des projections de l'ONU	
	Couverture	Erreur Standard	Couverture	N de SE diff.	Couverture	N de SE diff.	Couverture	N de Erreur standard diff.	Couverture	N de Erreur Standard diff.
Indicateur	Couverture institutionnelle des naissances vivantes									
Nationales	0,8310623	0,011386	1,02	16,593715	0,71	10,63	0,60	20,2933665	0,87	3,41975742
Régionale (médiane)			1,02	MEDIAN	0,73	MEDIAN	0,60	MEDIAN		
Indicateur	Vaccination pentavalente, troisième dose									
Nationales	0,4539161	0,022184	1,04	26,419812	0,74	12,896247	0,62	7,49	0,89	19,6580296
Régionale (médiane)			1,03	MEDIAN	0,75	MEDIAN	0,62	MEDIAN		

Le choix du meilleur dénominateur a été guidé par l'évaluation de l'estimation nationale et provinciale. Un plus petit nombre d'erreurs standard par rapport à la couverture de l'enquête indique une meilleure performance de la méthode. Ainsi lorsque nous analysons la Couverture institutionnelle des naissances vivantes : l'indicateur calculé sur base du dénominateur des projections de l'ONU donne une meilleure estimation par rapport aux autres dénominateurs (CPN, Penta-1 et projection de DHIS2) étant donné que l'estimation basée sur le dénominateur de nations unies est proche de données de l'enquête et fourni le plus petit nombre d'erreurs standard par rapport à la couverture de l'enquête. En dehors de l'estimation basée sur le dénominateur de nations unies, la meilleure couverture institutionnelle des naissances vivantes est donnée par l'estimation basée sur le dénominateur dérivé du nombre de CPN-1. Avec le nombre de CPN-1 comme dénominateur, la moitié de 26 province ont une couverture dépassant 73% de couverture institutionnelle des naissances vivantes.

Concernant la couverture de Penta-3, l'indicateur calculé sur base du dénominateur dérivé de nombre de Penta-1 donne une meilleure estimation par rapport aux autres dénominateurs (Dénominateur des projections de l'ONU, CPN-1 et projection de DHIS2) étant donné que l'estimation basée sur le dénominateur dérivé de du nombre de Penta-1 est proche des données de l'enquête et fourni le plus petit nombre d'erreurs standard par rapport à la couverture de l'enquête.

Avec le nombre de Penta-1 comme dénominateur, la moitié de 26 provinces a une couverture dépassant 62% pour Penta-3.

Sur la base de cette évaluation, il convient de sélectionner les dénominateurs les plus performants pour chaque groupe d'indicateur. Ainsi pour les indicateurs liés à la maternité (CPN, accouchement, CPoN), le dénominateur dérivé de du nombre de CPN-1 seraient les meilleures à défaut d'utiliser le dénominateur des projections de l'ONU et pour les indicateurs d'immunisation (de la vaccination), le dénominateur dérivé de du nombre de Penta-1 seraient les meilleurs.

3. TENDANCES DE LA COUVERTURE NATIONALE

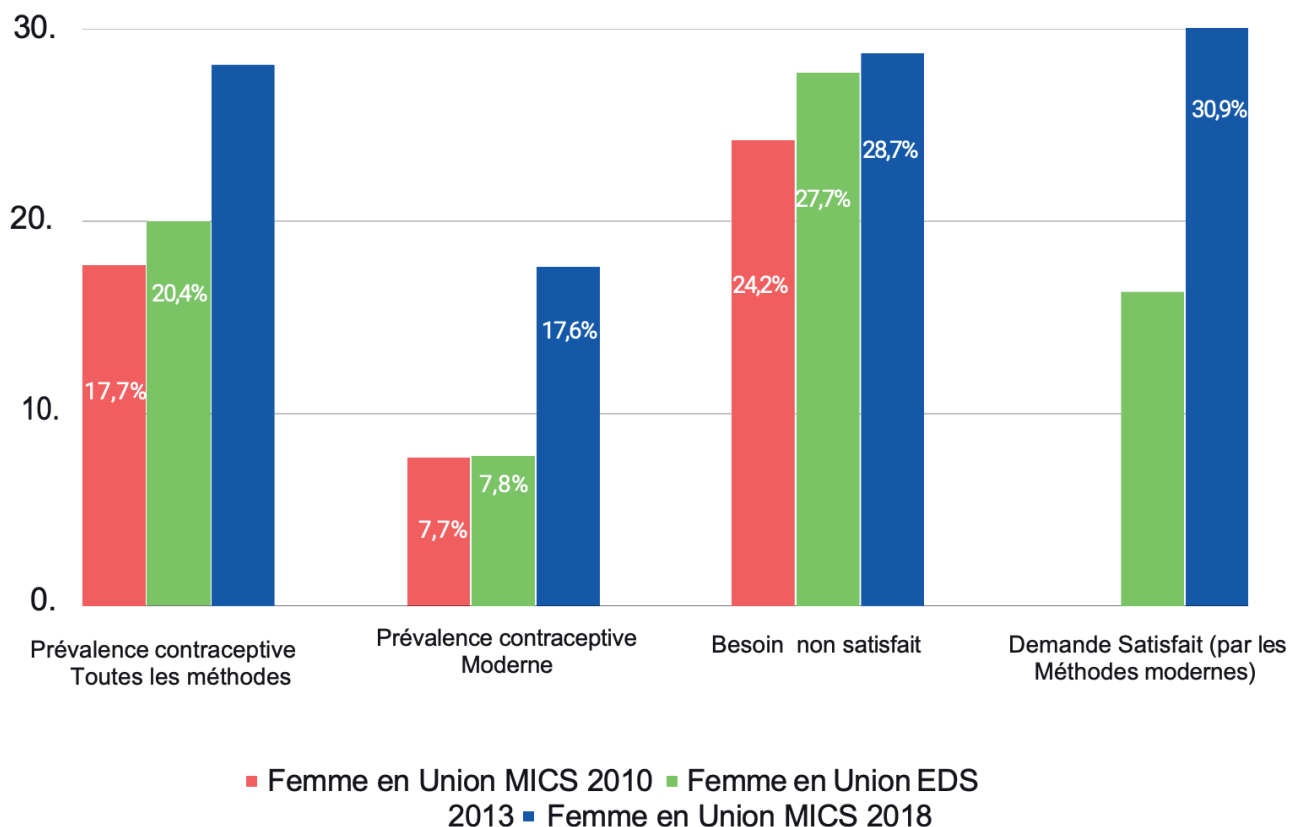
3.1. Planification familiale

Tableau 6. Principaux indicateurs issues des enquêtes EDS et MICS

	Femmes en Union			Toutes les femmes		
	MICS 2010	EDS 2013	MICS 2018	MICS 2010	EDS 2013	MICS 2018
Prévalence contraceptive (toutes les méthodes)	17,7	20,4	28,1		19,3	
Prévalence contraceptive moderne	5,4	7,8	17,6	7,0%	8,1	16,1
Besoin non satisfait	24,2	27,7	28,7		22,4	
Demande satisfaite (par les méthodes moderne)		16,3	30,9		19,5	

Les données disponibles lors de la rédaction du plan stratégique (2014 -2020), révélait une prévalence contraceptive moderne de 7,8% parmi les femmes vivant en union. Deux années avant 2020, la prévalence contraceptive moderne était de 17,6%. Les besoins non satisfaits étaient de 27,7%, et deux années avant 2020, les besoins non satisfaits étaient de 28,7%. La demande satisfaite par les méthodes modernes était de 16,3% en 2013 et estimée à 30,9% en 2018. Ces données sont aussi illustrées dans la figure 7, ci-dessous.

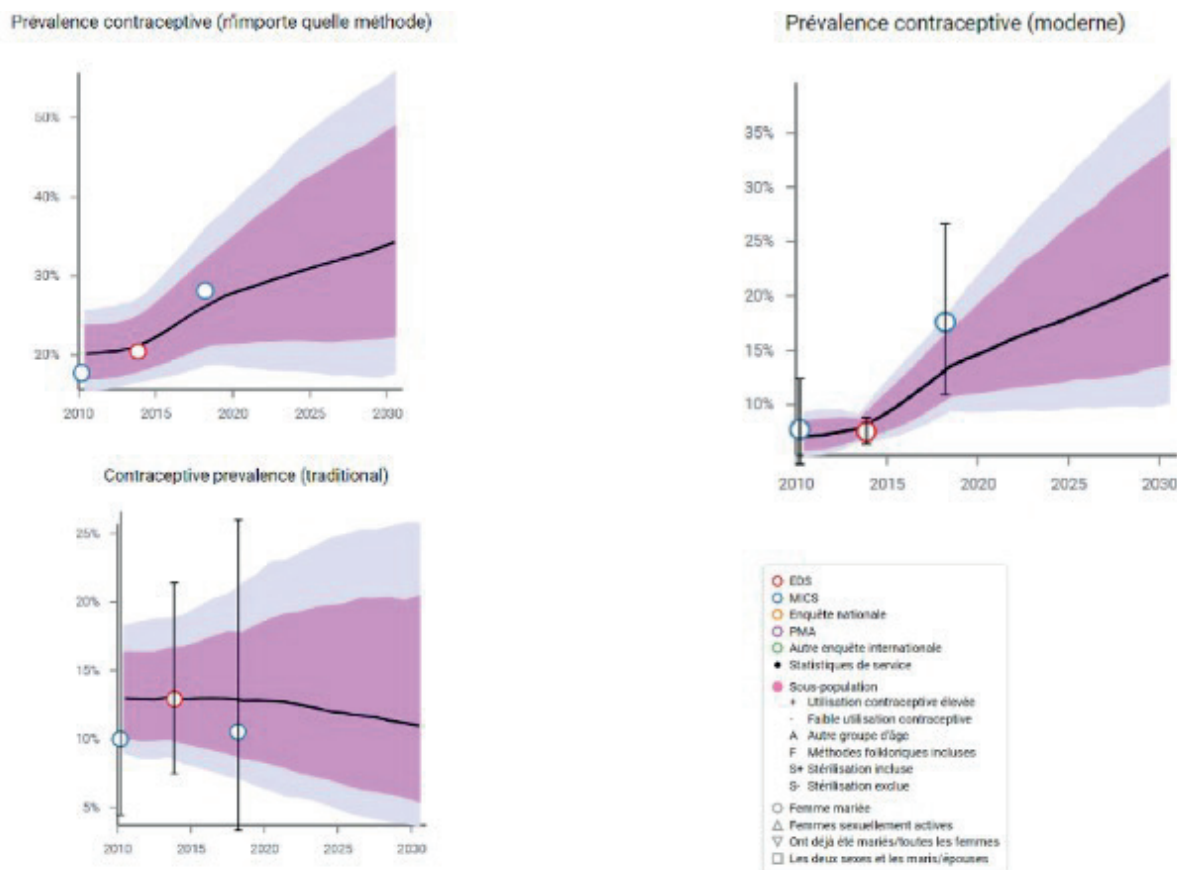
Figure 7 : Evolution des indicateurs de PF au niveau national de 2010 à 2018



3.1.1. Evolution de trois indicateurs avec les projections de FPET

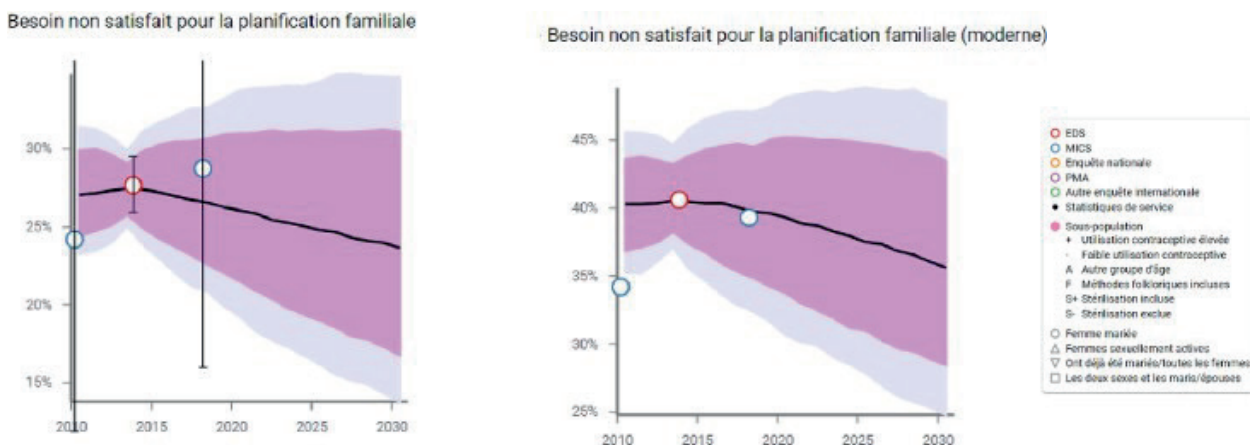
Les projections avec les projections de l'outil FPET montrent une tendance ascendante de la prévalence contraceptive parmi les femmes vivant en union. Les valeurs projetées sont de 12%, 14%, 14%, 15%, 16% et 16% pour respectivement 2010, 2015, 2020, 2021, 2022 et 2023 comme l'illustre la figure 8.

Figure 8 : Projection de la prévalence contraceptive parmi les femmes vivant en union de 2010 à 2022 avec l'outil FPET



Pour les besoins non satisfaits, les projections de FPET montrent une tendance à la baisse des besoins non satisfaits au cours du temps (Figure 9).

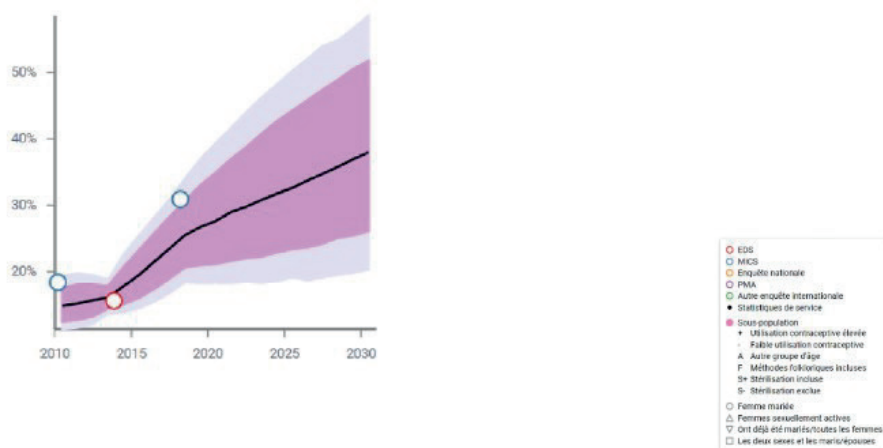
Figure 9: Besoins non satisfaits parmi les femmes vivant en union de 2010 à 2022 avec la projection FPET



Naturellement, suivant l'évolution de la prévalence contraceptive, les projections de FPET montrent une tendance à l'augmentation continue de demande satisfaite par les méthodes modernes au cours du temps (Figure 10).

Figure 10 : Demande satisfaite par les méthodes modernes parmi les femmes vivant en union de 2010 à 2022 avec la projection FPET

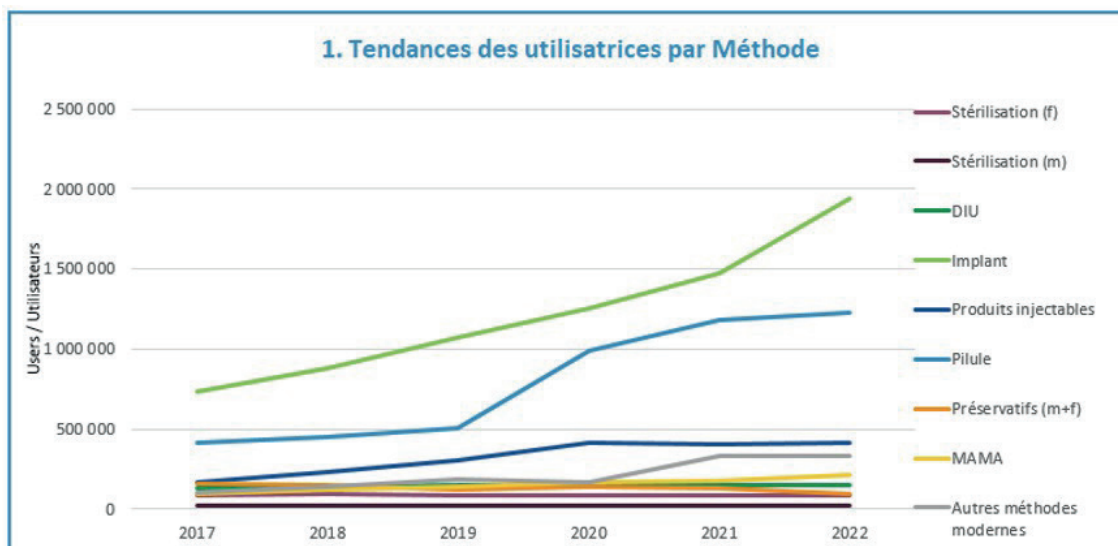
Demande pour la planification familiale satisfaite par les méthodes modernes



3.1.2. Analyse de routine des données des établissements de santé (SS - EMU)

Après analyse de la complétude, pour les années couvertes dans cette analyse, la complétude dépassait 80%. La figure 11 montre la tendance de la distribution des méthodes aux clients.

Figure 11: Tendance de la distribution des méthodes



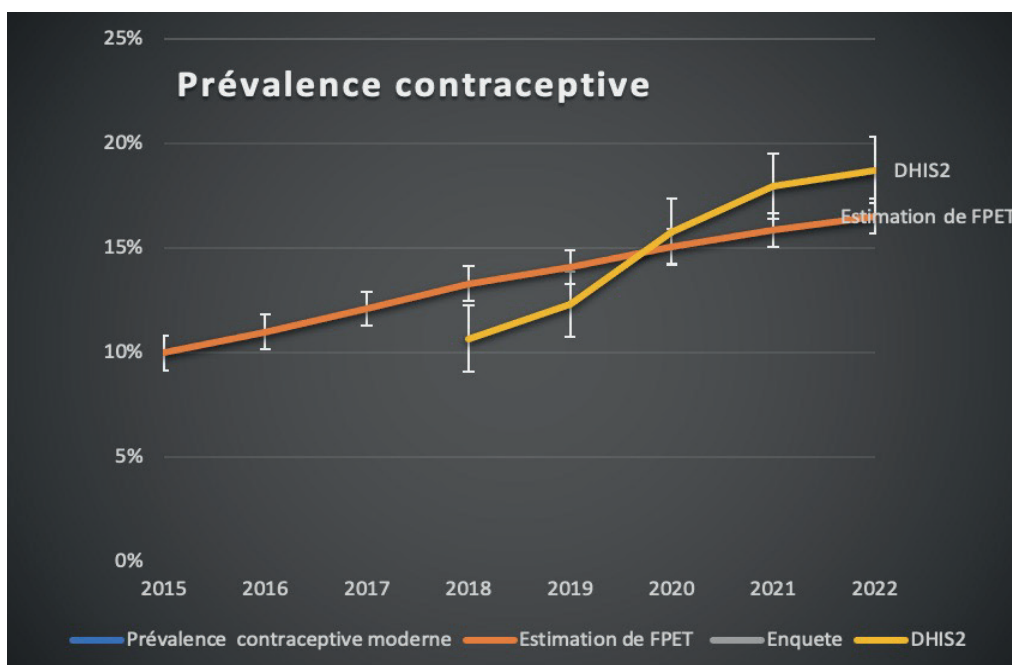
L'implant est la première méthode suivie des pilules et injectables. Résultats sur l'utilisation moderne estimée des contraceptifs au niveau national.

La courbe de tendance Montre une augmentation continue annuelle de EMU. La tendance de EMU est plus marquée que la projection de FPET après 2019. Les données d'enquête disponible pour la RDC se limitant en 2018. Certaines innovations ont été introduites depuis 2018 et on espère que les projections de FPET pourraient s'ajuster avec les données de

Tableau 7 : Résumé des indicateurs de Planification familiale - national

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Prévalence de la contraception								
Estimation FPET	10,0%	11,0%	12,1%	13,3%	14,1%	15,1%	15,9%	16,5%
Enquêtes								
Données des établissements de santé				10,7%	12,3%	15,8%	18,0%	18,8%
Besoins non satisfaits en matière de planification familiale								
Estimation FPET	33,5%	33,4%	33,2%	32,9%	32,7%	32,2%	31,8%	31,6%
Enquêtes								
Données des établissements de santé				NA	NA	NA	NA	NA
La demande de méthodes modernes est satisfaite								
Estimation FPET	33,5%	33,4%	33,2%	32,9%	32,7%	32,2%	31,8%	31,6%
Enquêtes								
Données des établissements de santé				NA	NA	NA	NA	NA

Figure 14 : Tendence de Prévalence contraceptive moderne et Estimation de l'utilisation de la contraception moderne avec les données de DHIS2 parmi les femmes vivant en union



3.2. Soins de la mère et du nouveau-né

Tableau 8 : Indicateurs de soins maternels et néonataux – national

	2015	2016	2017	2018*	2019	2020	2021	2022
Soins prénatals 4 visites ou plus								
Enquêtes				42,9				
DHIS2				44	46	48	49	50
Deuxième dose de la thérapie préventive intermittente (TPI2+)								
Enquêtes				37,8				
DHIS2				56	59	61	60	63
Couverture institutionnelle des naissances vivantes								
Enquêtes				83,10				
DHIS2				71	72	72	72	74
Taux de césarienne								
Enquêtes				4,70				
DHIS2				4	4	4	4	4
Soins postnatals dans les 48 heures								
Enquêtes				52,10				
DHIS2				99	100	99	100	97

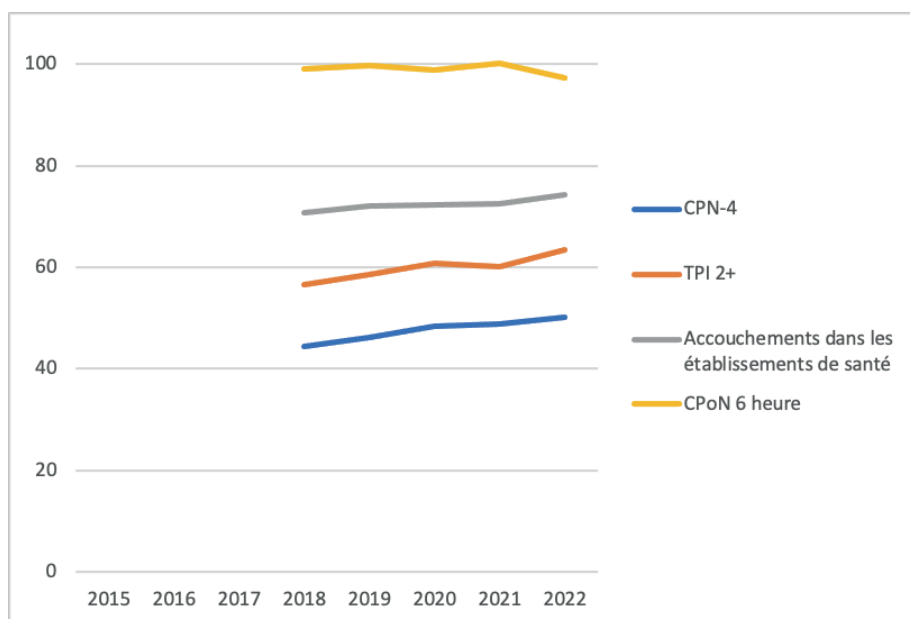
*Les couvertures vaccinales de DHIS2 sont calculées avec le nombre de CPN-1 comme dénominateur.

*La couverture en soins postnatals de DHIS2 couvre la période de 6 premières heures.

*Enquêtes MICS 2018

Les données disponibles sur DHIS2 montrent une amélioration progressive et constante de CPN-4 et TPI2+, au cours du temps (entre 2018 et 2022). Les accouchements assistés et les soins post-natals dans les 6 heures suivant l'accouchement sont quasi stationnaires. Pour la CPoN, quasiment toutes les femmes en bénéficient dans les 6 premières heures mais seulement autour de 7 accouchements sur dix se réalisent dans les Formations sanitaires. La proportion d'accouchement par césarienne est restée stationnaire autour de 4% durant les cinq dernières années. Ces tendances sont aussi visualisées dans la figure 15. Il faut également noter que les indicateurs calculés avec les données de DHIS2 et ceux des enquêtes sont très comparables en 2018 à l'exception de TPI 2+ (20 pourcentage de point de différence) et naissance dans les établissements (12 pourcentage de point de différence).

Figure 15 : Evolution annuelle des indicateurs de soins de la mère avec les données de DHIS2



3.2. Soins des enfants (vaccination et état nutritionnel)

La couverture vaccinale augmente avec l'indice économique du ménage de l'enfant. Les variations selon les provinces sont importantes et mettent en évidence la faiblesse de la couverture vaccinale dans certaines provinces. En effet, En analysant la couverture vaccinale avec les données des enquêtes ECV-2022, nous notons une inégalité quasi-linéaire en ce qui concerne le BCG, le Penta-1 et Zéro dose. Cependant nous constatons une inégalité supérieure pour le Penta-3 et VAR. La couverture de ces deux antigènes (VAR et Penta-3) est meilleure pour les enfants issus des ménages avec un niveau socio-économique élevé comparé aux couches socio-économiques faibles (figure 16-a). Des inégalités énormes aussi sont constatées entre provinces (figure 16-b).

Figure 16-a : Couverture vaccinale des enfants de 12 à 23 mois en 2022 selon le quintile de bien-être économique, ECV 2022

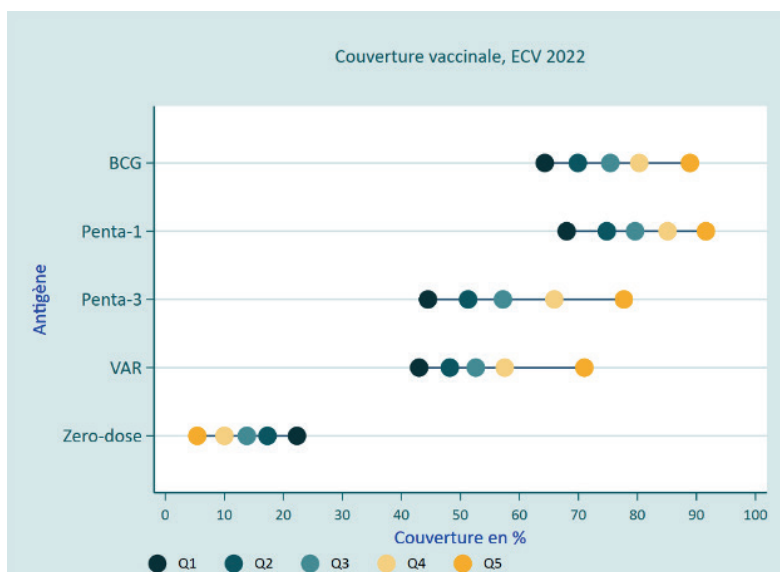
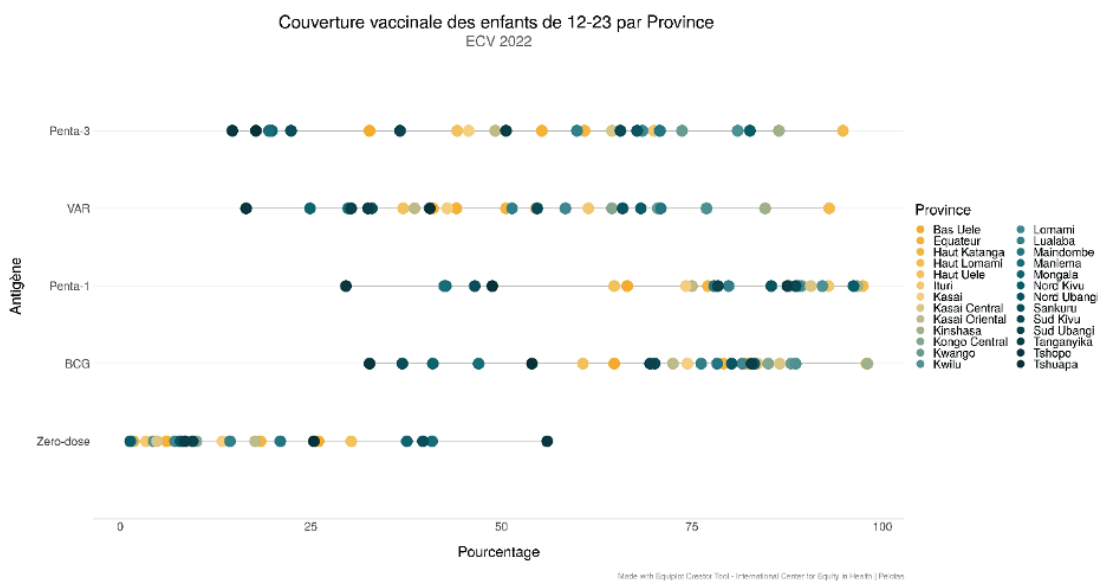


Figure 16-b : Couverture vaccinale des enfants de 12 à 23 mois en 2022 par province, ECV 2022



La couverture vaccinale varie en fonction de la source de données, pour la rougeole, entre 2018 et 2020 les estimations de l'ONU et issues de DHIS2 (utilisant le nombre de Penta-1 comme dénominateur) donnent des estimations quasi-identiques les écarts sont constatés avec les estimations de 2021 et 2022. En revanche pour le Penta-3, les estimations de l'ONU et celles issues de DHIS2 donnent des estimations quasi-identiques pour les années 2021 et 2022.

Tableau 9 : Indicateurs de santé de l'enfant – vaccination

	2018	2019	2020	2021	2022
Vaccination : trois doses de DTP / couverture vaccinale pentavalente					
Enquêtes	0,45			0,60	0,61
DHIS2	0,62	0,62	0,62	0,62	0,62
Estimations de l'ONU	0,71	0,73	0,70	0,65	0,65
Couverture de la vaccination contre la rougeole (MCV1)					
Enquêtes	0,57			0,56	0,56
DHIS2	0,63	0,63	0,64	0,63	0,63
Estimations de l'ONU	0,64	0,65	0,62	0,55	0,56
Couverture vaccinale BCG					
Enquêtes	0,73			0,76	0,77
DHIS2	0,83	0,77	0,81	0,65	0,86
Estimations de l'ONU	0,86	0,84	0,83	0,67	0,77

* Les couvertures vaccinales de DHIS2 sont calculées avec le nombre de Penta-1 comme dénominateur.

Figure 17-a : Couverture en penta-3

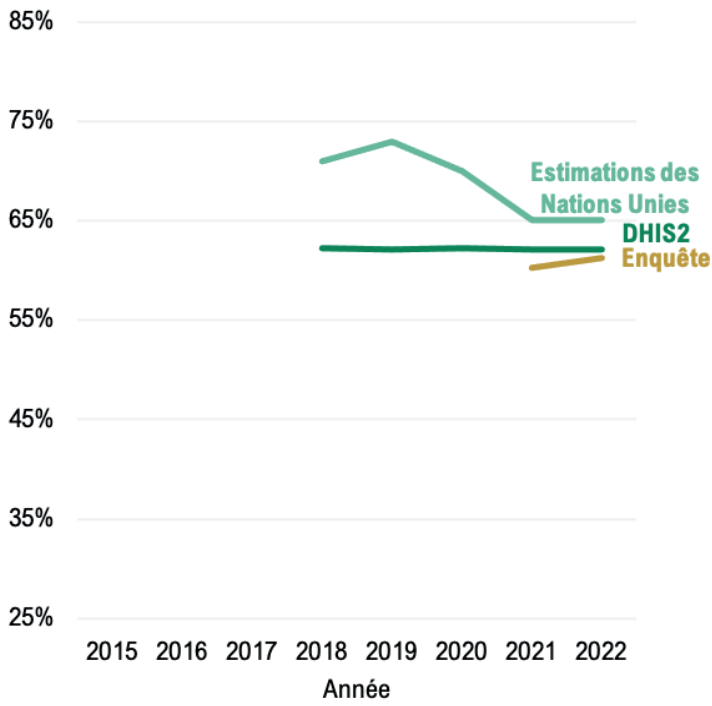


Figure 17-b : Couverture en VAR

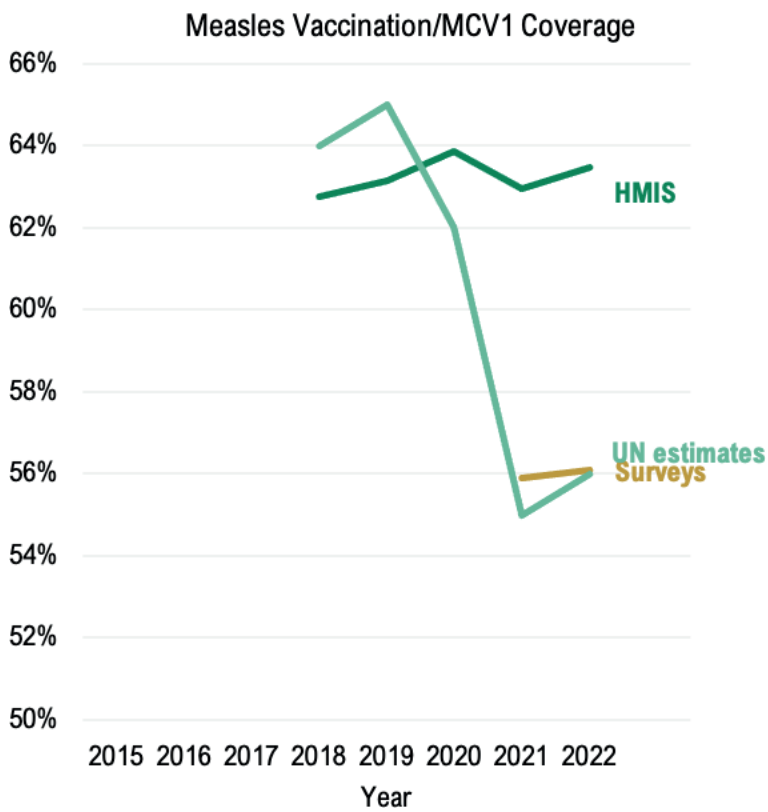
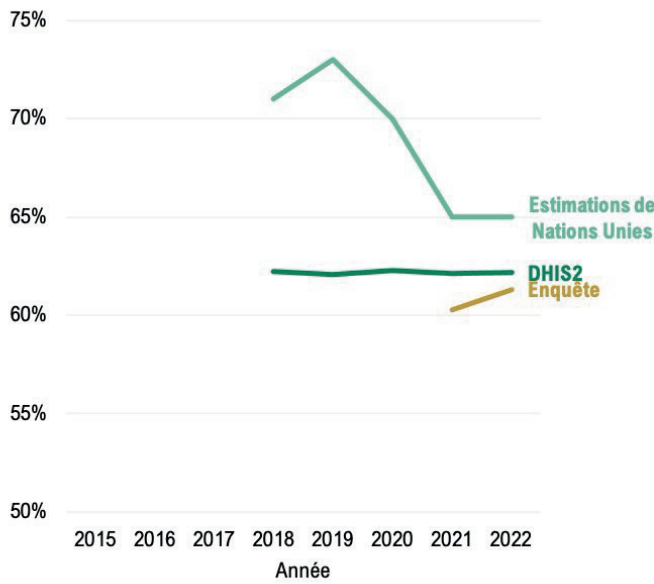


Figure 17-c : Couverture en BCG



Les figures 18-a et 18-b, présentent la prévalence de la malnutrition des enfants de moins de cinq ans (avec les données de MICS 2018) par niveau socio-économiques des ménages et par province.

En analysant la prévalence de différentes formes de malnutrition (avec les données de MICS2018), nous constatons une inégalité inférieure pour l'insuffisance pondérale et le retard de croissance. Pour ces deux formes de malnutrition, la malnutrition est moins prononcée pour les enfants issus des ménages avec un niveau socio-économique élevé comparé aux couches socio-économiques faibles (figure 18-a). Des inégalités énormes aussi sont constatées entre provinces (figure 18-b).

Figure 18-a : Etat nutritionnel des enfants de moins de 5 ans selon le quintile de bien-être économique, MICS 2018

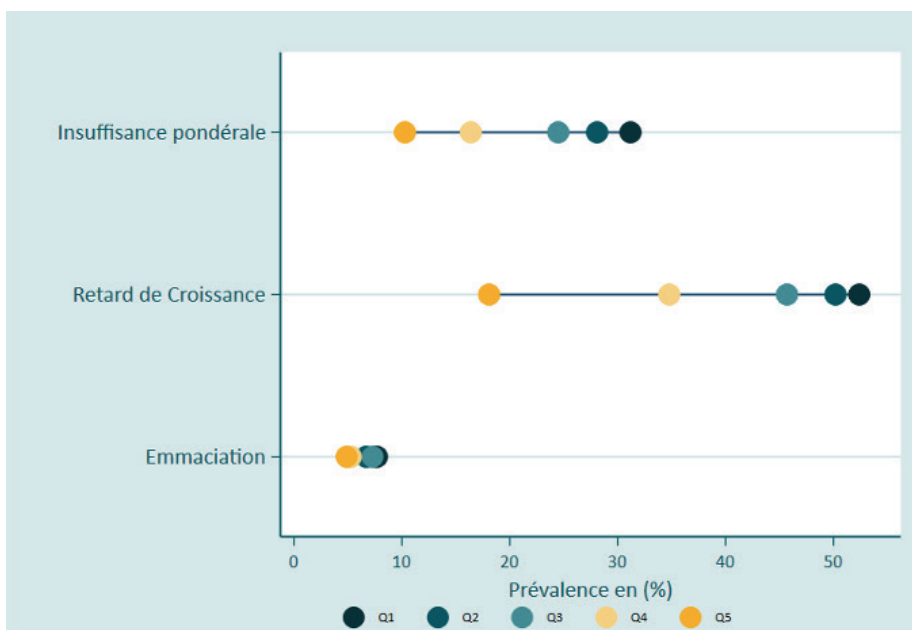
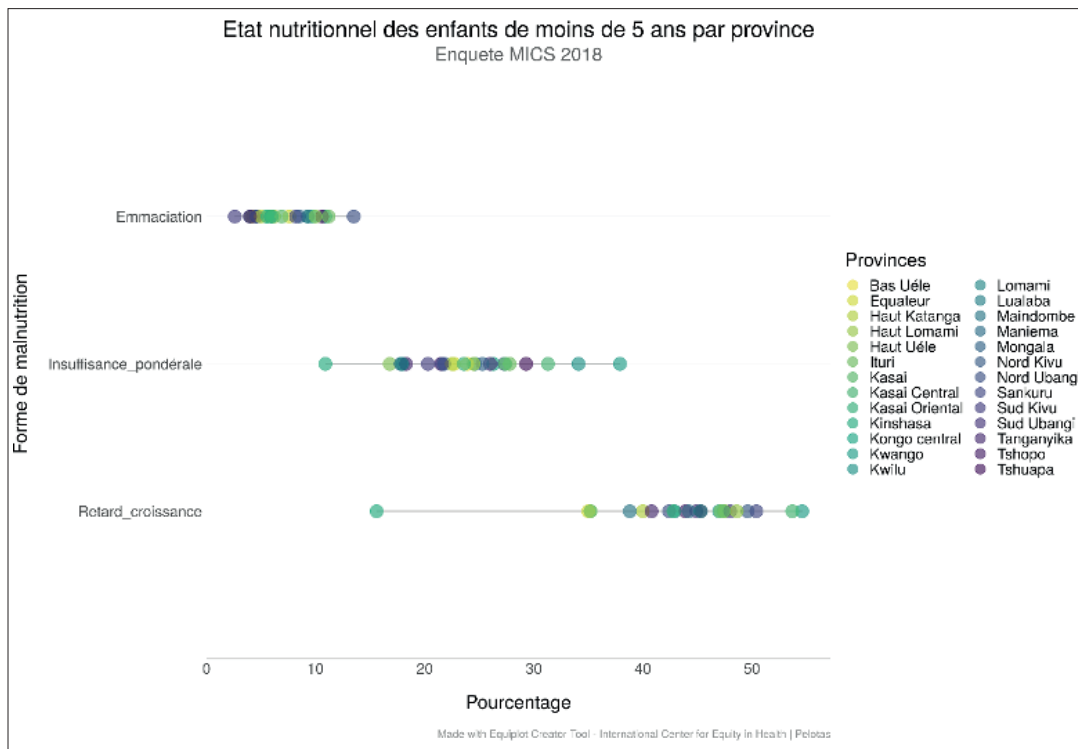


Figure 18-b: Etat nutritionnel des enfants de moins de 5 ans par Province, MICS 2018



4. ANALYSE INFRANATIONALE (AU NIVEAU PROVINCIAL) DES TENDANCES RÉCENTES.

L'analyse par province des accouchements institutionnels montre une disparité entre province. Il y a amélioration dans certaines provinces entre 2018 et 2022 et il y a régression de cet indicateur pour d'autres provinces.

Tableau 10 : Couverture d'accouchements dans les institutions de santé

Region	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution relative 2018-2022
Bas Uele Province	52,8	57,7	61,2	56,4	56,8	7,5
Equateur Province	73,4	70,2	70,5	69,8	72,9	-0,8
Haut Katanga Province	77,4	77,9	75,5	76,0	77,5	0,1
Haut Lomami Province	62,1	66,1	74,4	73,0	76,8	23,6
Haut Uele Province	60,2	63,2	61,4	63,4	64,1	6,6
Ituri Province	63,2	66,3	64,2	63,4	64,4	1,8
Kasai Central Province	79,6	81,3	79,6	79,8	78,4	-1,4
Kasai Oriental Province	74,9	73,7	74,1	74,8	76,2	1,7
Kasai Province	74,3	78,6	77,2	77,6	79,6	7,1
Kinshasa Province	65,8	66,4	67,4	72,1	69,2	5,1
Kongo Central Province	73,7	72,6	72,8	72,7	71,3	-3,2
Kwango Province	73,5	74,6	76,8	78,8	81,4	10,7
Kwilu Province	78,5	78,0	79,3	80,5	79,5	1,2
Lomami Province	73,9	73,4	73,4	73,1	74,1	0,4
Lualaba Province	79,9	82,3	80,5	79,4	86,1	7,8
Maindombe Province	80,0	77,6	77,7	77,8	79,2	-1,0
Maniema Province	65,0	68,2	70,1	62,6	70,2	7,9
Mongala Province	75,7	75,3	79,7	79,2	82,6	9,2
Nord Kivu Province	67,4	72,7	68,7	70,9	73,6	9,2
Nord Ubangi Province	69,1	72,3	70,7	72,0	74,4	7,7
Sankuru Province	75,7	77,1	77,4	74,6	77,9	3,0
Sud Kivu Province	69,6	70,3	70,7	71,3	74,8	7,4
Sud Ubangi Province	67,5	70,3	73,5	69,7	78,7	16,6
Tanganyika Province	42,9	45,7	50,5	48,3	52,9	23,2
Tshopo Province	67,9	69,8	70,6	68,6	70,5	3,7
Tshuapa Province	79,3	77,3	78,1	78,3	80,4	1,4

Différence absolue moyenne par rapport à la moyenne (MADM)	6,72	5,45	5,17	5,47	5,63	
MADM pondéré	5,87	4,83	4,71	4,58	4,78	
Province	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution relative 2018-2022
Différence relative moyenne par rapport à la moyenne (MRDM)	9,51	7,56	7,15	7,55	7,58	
MRDM pondéré	8,30	6,70	6,51	6,32	6,43	
% de districts au-dessus de 80	3,8	7,7	3,8	3,8	15,4	
% de districts au-dessus de 90	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	

Comparée entre province et le niveau national, la différence absolue moyenne par rapport à la moyenne nationale (MADM) permet d'évaluer l'inéquité entre province pour cet indicateur. L'idéal est d'avoir une valeur de MADM à Zéro et plus cette valeur s'écarte de Zéro, plus il y a inéquité entre province au pays. La valeur de MADM pour les accouchements dans les établissements et le CPN-4 (figure 19-a et 19- b) suggère une inéquité entre province. La couverture CPN-4 présente plus d'inéquité entre provinces que les accouchements assistés entre provinces.

Figure 19-a : Inégalités entre provinces en matière d'accouchements institutionnels avec les données de DHIS2.

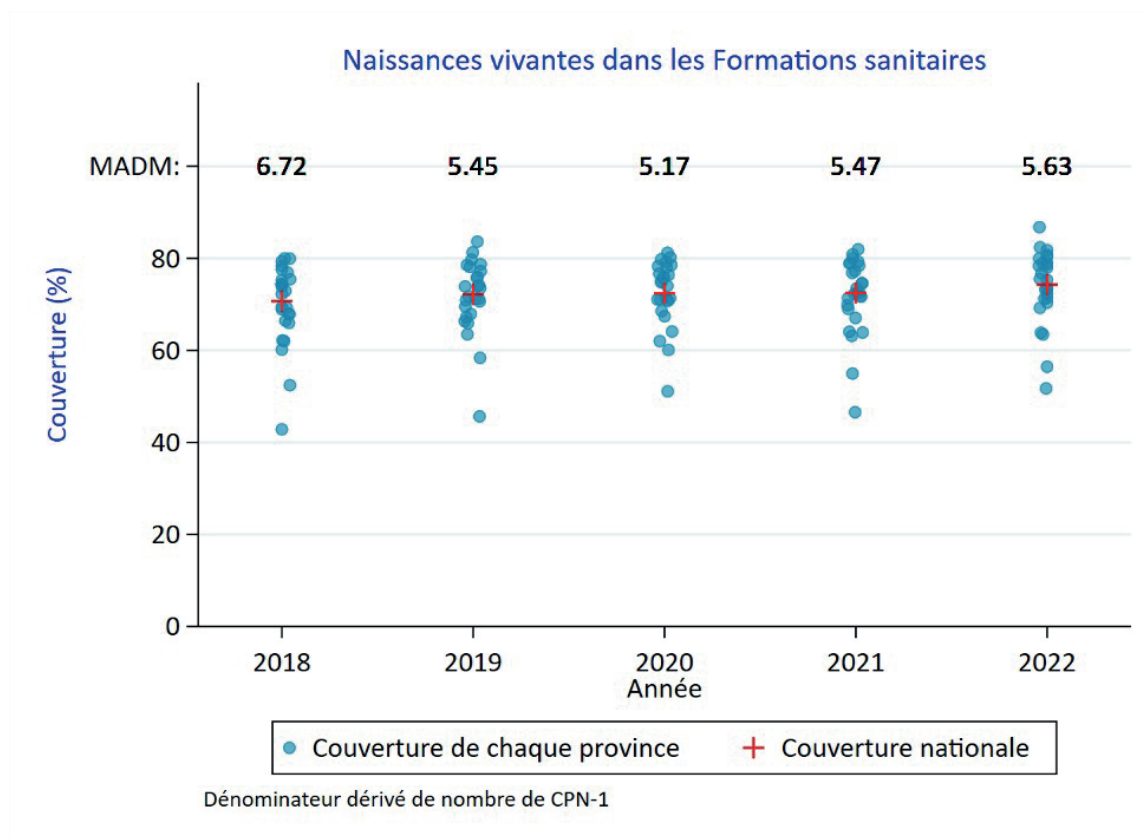
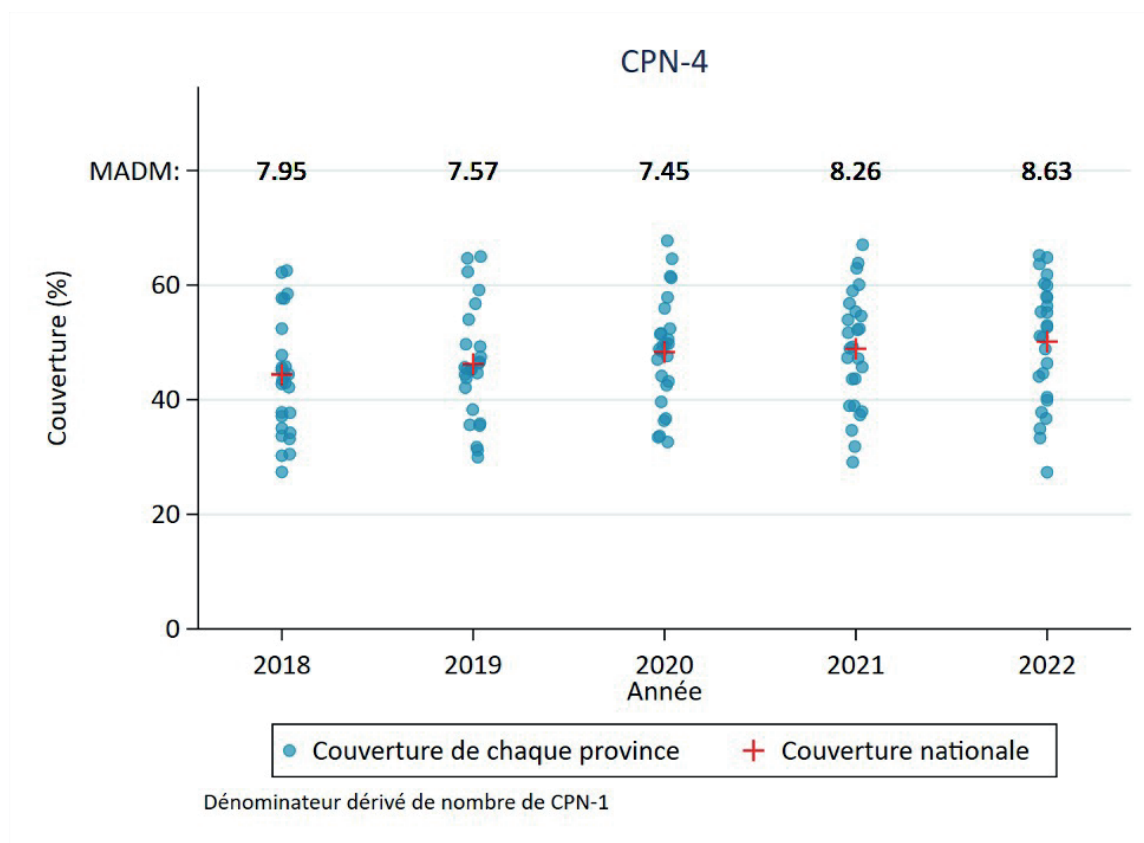


Figure 19-b : Inégalités entre provinces en termes de couverture CPN-4 avec les données de DHIS2



La couverture en Penta-3 ne s'améliore pas significativement entre 2018 et 2022. Il y a une timide amélioration dans certaines provinces entre 2018 et 2022 et pire encore une régression de cet indicateur pour d'autres provinces.

Tableau 11 : Couverture en Penta-3 chez les nourrissons

	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution relative 2018-2022
Bas Uele Province	61,5	62,2	62,5	62,6	60,7	-1,3
Equateur Province	62,4	61,5	62,7	60,8	61,8	-1,1
Haut Katanga Province	61,0	61,1	60,8	61,5	61,5	0,9
Haut Lomami Province	62,7	63,6	63,4	63,4	63,2	0,9
Haut Uele Province	60,6	61,1	62,0	61,1	61,9	2,0
Ituri Province	61,1	60,9	60,6	61,1	60,9	-0,3
Kasai Central Province	64,1	63,4	64,0	64,7	63,3	-1,3
Kasai Oriental Province	62,7	62,7	63,2	63,1	63,2	0,9
Kasai Province	61,7	62,0	62,8	62,8	63,1	2,2
Kinshasa Province	61,3	60,6	60,0	60,0	59,9	-2,2
Kongo Central Province	61,6	61,9	61,5	61,5	61,8	0,4

Kwango Province	62,9	62,5	62,0	63,0	63,0	0,2
Kwilu Province	63,0	62,6	63,9	63,9	63,8	1,3
Lomami Province	64,2	63,9	64,0	63,8	64,0	-0,4
Lualaba Province	61,8	60,6	61,2	60,0	59,9	-3,1
Maindombe Province	62,4	61,7	61,3	61,7	61,2	-2,0
Maniema Province	62,1	62,9	62,0	62,8	62,0	-0,1
Mongala Province	61,5	62,2	62,5	62,6	62,6	1,9
Nord Kivu Province	63,0	62,5	62,9	62,3	63,2	0,3
Nord Ubangi Province	61,2	61,6	61,4	62,0	63,3	3,5
Sankuru Province	62,0	61,7	62,8	63,3	63,4	2,3
Sud Kivu Province	63,1	62,7	63,3	62,3	62,8	-0,5
Sud Ubangi Province	61,2	61,0	61,9	61,4	60,3	-1,5
Tanganyika Province	62,8	61,7	62,1	60,0	60,8	-3,1
Tshopo Province	61,4	61,3	61,6	62,1	61,6	0,4
Tshuapa Province	60,8	61,4	62,0	62,0	62,4	2,6
Différence absolue moyenne par rapport à la moyenne (MADM)	0,83	0,75	0,86	0,97	1,05	
MADM pondéré	0,87	0,79	1,03	1,00	1,11	
Différence relative moyenne par rapport à la moyenne (MRDM)	1,34	1,21	1,37	1,56	1,69	
MRDM pondéré	1,41	1,27	1,65	1,61	1,79	
% de districts au-dessus de 80	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
% de districts au-dessus de 90	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	

Comparée entre provinces et le niveau national comme dit ci-haut, la différence absolue moyenne par rapport à la moyenne nationale (MADM) permet d'évaluer l'inéquité entre province pour cet indicateur. L'idéal est d'avoir une valeur de MADM à Zero et plus cette valeur s'écarte de Zero, plus il y a inéquité entre province au pays. La valeur de MADM pour la couverture en Penta-3 et le VAR (vaccin anti rou-geole) (figure 20-a et 20-b) suggère une inéquité entre province pour le VAR mais par contre une faible différence entre province comparée à la moyenne nationale est constatée pour le Penta-3.

Figure 20-a : Inégalités entre provinces en matière de couverture de Penta-3 avec les données de DHIS2

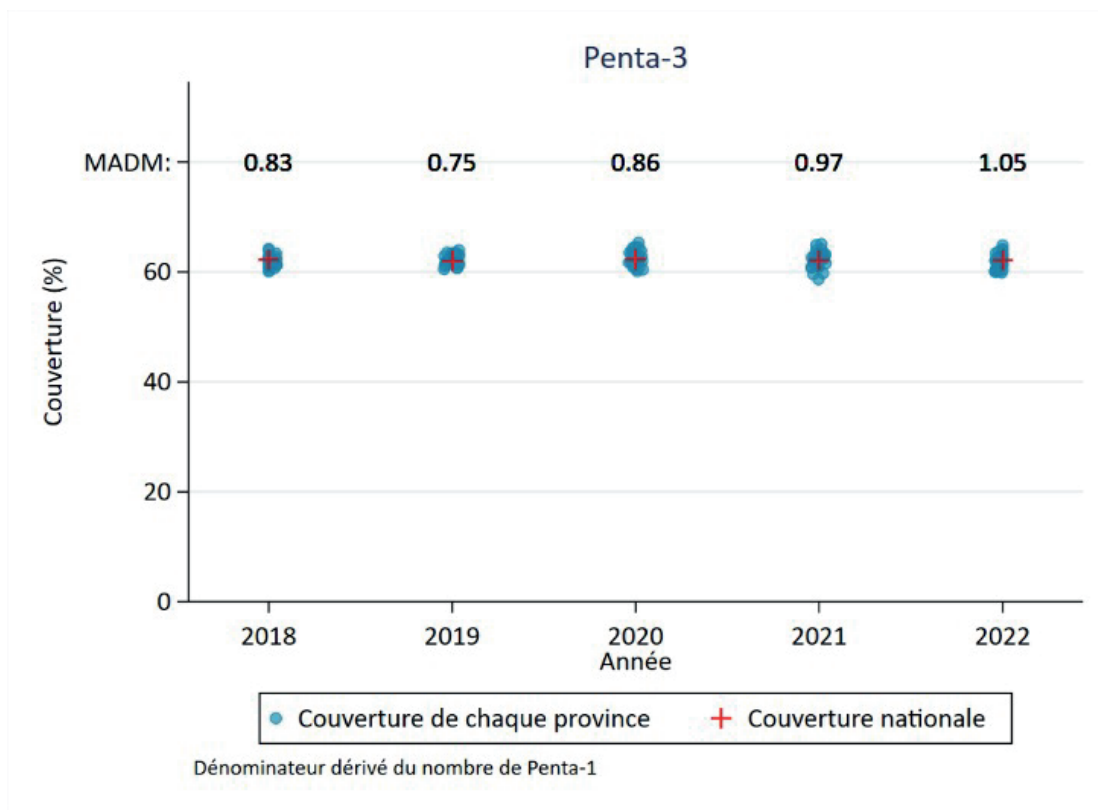
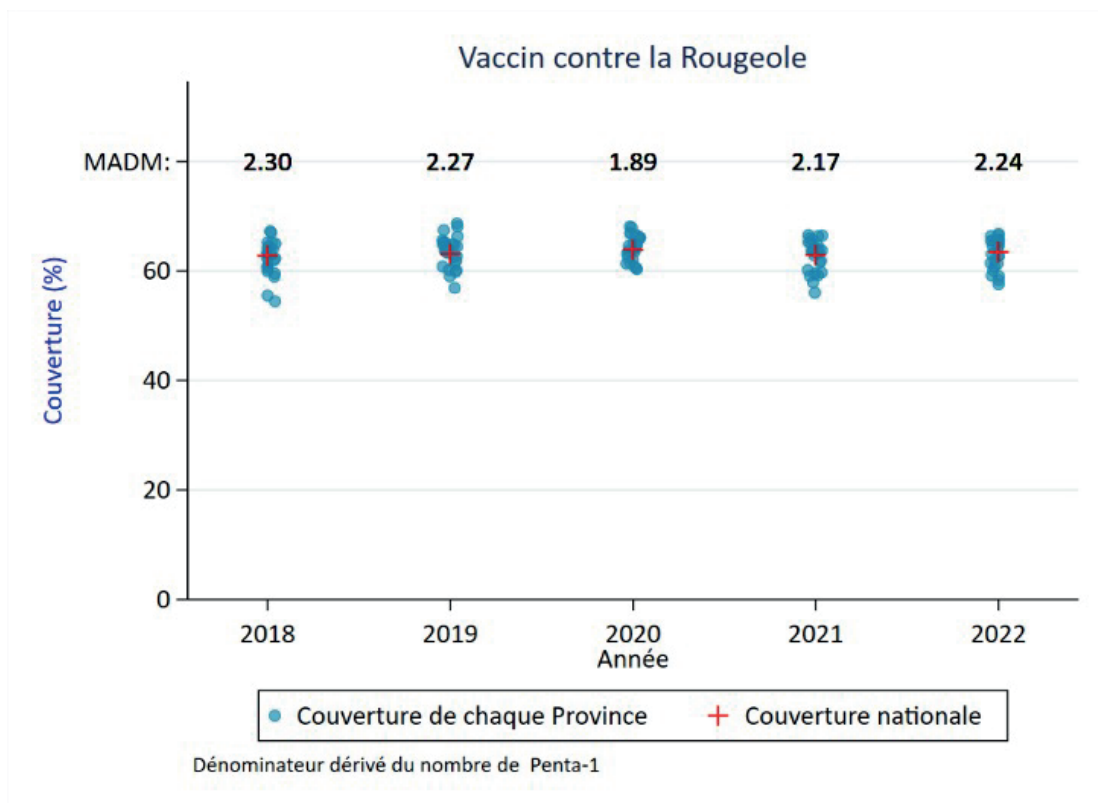


Figure 20-b : Inégalités entre provinces en matière de couverture de Penta-3 avec les données de DHIS2



5. MORTALITÉ MATERNELLE ET PÉRINATALE

Les tableaux 12-a et 12-b résument la qualité des données des établissements de santé pour analyser la mortalité maternelle et mortinatalité. Parmi les 5 mesures de la qualité des données, le rapport entre la mortalité maternelle communautaire (estimé) et la mortalité maternelle institutionnelle et le rapport entre la mortinaissance et le décès maternel posent des problèmes qui refléteraient une sous- déclaration des décès maternels dans le système DHIS2.

Ces résultats indiquent que la déclaration des mortinaissances est plus faible que prévu sur la base des estimations de l'ONU pour l'ensemble de la population et que les décès maternels sont également sous-déclarés et très probablement plus sous-déclarés que les mortinaissances.

De nombreuses études conduites dans les pays à revenus moyens et faibles ont révélé une sous- déclaration des décès maternels dans le système de santé. Les raisons les plus courantes de cette sous-déclaration sont une mauvaise classification des décès maternels, l'absence de décès en début de grossesse et d'avortement, l'absence de décès maternels indirects et des certificats de décès incomplets. Certains ont suggéré que l'accent mis sur le caractère inacceptable des décès maternels dans les établissements de santé, sous l'effet des priorités politiques et des actions de plaidoyer, et la possibilité des mesures punitives à l'encontre des responsables, nuisent à l'exhaustivité de la déclaration

Tableau 12-a : Évaluation systématique de la qualité des données des établissements de santé pour les taux de mortalité maternelle et de mortinatalité

Données d'entrée	2019	2020	2021
Naissances vivantes (N)	3466035	3722742	3750652
Mortinaissances (N)	40636	41648	39915
Mortinaissances, fraîches (N)	23993	24153	22821
Mortinaissances, macérées (N)	18478	19440	19231
Décès maternels (N)	5863	5868	5988
Autres apports			
Taux de mortinatalité de la population, estimation de l'ONU (pour 1000 naissances)	28	28	28
Estimation du RMM de la population, ONU (pour 100 000 naissances vivantes)	541	547	
Couverture institutionnelle des naissances vivantes (%), à partir d'une enquête ou du DHIS2	72	72	72
Mortalité en institution			
Mortinaissances pour 1 000 naissances (institutionnel)	12	11	11
Mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes (MMR) (institutionnel)	169	158	160
Mesure de la qualité des données			
1. Rapports sur l'exhaustivité des formulaires de livraison	94	98	97

Données d'entrée	2019	2020	2021
2. Cohérence des chiffres annuels			
2a. : Naissances vivantes	3,57	3,57	4,35
2b. : Mortinaissances	0,90	3,41	0,90
2c. : Décès maternels	2,50	3,19	2,50
3. Rapport entre les mortinaissances et les décès maternels	6,93	7,10	6,67
4a. Rapport entre le taux de mortinatalité calculé dans la communauté et le taux de mortinatalité calculé dans l'institution	6,17	6,55	6,92
4b. Rapport entre le TMM calculé dans la communauté et le TMM institutionnel observé	8,89	9,95	
5 % des mortinaissances récentes/intrapartum	59	58	57

Tableau 12-b : Évaluation systématique de la qualité des données des établissements(suite)

	Mesures de la qualité des données	2019	2020	2021	2022	Median	Appreciation de l'item
1	Exhaustivité des rapports sur les formulaires de livraison (%)	94	98	97		97	Acceptable
2	Cohérence : chiffres annuels (différence relative par rapport à la médiane,%)						
2a	Naissances vivantes	3,57	3,57	4,35		3,57	Acceptable
2b	Mortinaissances	0,90	3,41	0,90		0,90	Acceptable
2c	Décès maternels	2,50	3,19	2,50		2,50	Acceptable
3	Ratio : Mortinaissances par rapport aux décès maternels (déclarés)	6,93	7,10	6,67		6,93	Acceptable
4a	Ratio : Taux de mortinatalité communautaire (estimé) par rapport au taux de mortinatalité institutionnel	6,17	6,55	6,92		7	Problematique
4b	Ratio : taux de mortinatalité communautaire (estimé) par rapport au taux de mortinatalité institutionnel Taux de mortalité maternelle communautaire (estimé) par rapport au taux de mortalité maternelle institutionnel	8,89	9,95			9	Problematique
5	Pourcentage de mortinaissances fraîches/ intrapartum	59	58	57		57,99	Acceptable

6. UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ CURATIFS : ENFANTS

Ces données renseignent sur l'accès aux services (mais aussi de la charge de morbidité grave), elles peuvent également être utilisé pour calculer le taux de létalité : nombre d'enfants décédés à l'hôpital parmi les enfants de moins de 5 ans admis - un indicateur de la qualité des soins. Elles renseignent sur l'accès aux services : pour les visites au service de consultation externe par personne et par an, moins d'une visite par an est interprétée comme un problème d'accès ; pour les enfants de moins de cinq ans, moins de 0,5 visite par an devrait être considéré comme faible. L'utilisation des services ambulatoires est très faible chez les sujets de 5 ans et plus. C'est en général avec seulement 0,2 visite par personne et par an, mais aussi par rapport aux visites pour les moins de cinq ans qui sont de 2 visites par enfant et par an.

Tableau 13 : Utilisation des services ambulatoires et hospitaliers pour les enfants et tous les âges, 2018-2022, données DHIS2.

National	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 2018-2022
Population totale (DHIS2 proj.)	102670148	106786102	112259211	116822000	120313586	
Population de moins de 5 ans (DHIS2)	19897318	20694978	21755656	22639924	23316594	
Population de 5 ans et plus	82772830	86091124	90503555	94182076	96996992	
Entrées de données OPD						
Exhaustivité des rapports OPD (%)	85	90	95	96	101	
Nombre de visites au service des urgences par an :						
Moins de 5 ans	31192492	36029600	40648400	40723748	46449272	
5 ans et plus	20864744	21055864	19283784	17897176	18842672	
Total	52057236	57085464	59932184	58620924	65291944	
Indicateurs : consultations ambulatoires						
Nombre moyen de consultations médicales par enfant de moins de 5 ans et par an	1,567673191	1,740982764	1,868406083	1,798758158	1,992112227	27%
Nombre moyen de visites au service de consultation externe par personne âgée de 5 ans et plus et par an	0,252072376	0,24457648	0,213072116	0,19002741	0,194260375	
Nombre moyen de visites en consultations ambulatoires par personne et par an, tous âges confondus	0,51	0,53	0,53	0,50	0,54	
Pourcentage de visites de patients de moins de 5 ans dans les services de santé publique	59,9%	63,1%	67,8%	69,5%	71,1%	19%
Données entrées admissions / sorties de patients hospitalisés						
Exhaustivité des rapports sur les hospitalisation (%)	74	78	85	87	106	43%

Nombre d'admissions par an :						
Chez les moins de 5 ans	504567	563487	517375	470105	541948	7%
5 ans et plus	2091510	2320716	2442053	2327351	2654672	
Total	2596077	2884203	2959428	2797456	3196620	
Indicateurs hospitalisations						
Nombre moyen d'admissions par enfant de moins de 5 ans et par an	3	3	2	2	2	
Nombre moyen d'admissions par personne de 5 ans et plus par an	3	3	3	2	3	
Nombre moyen d'admissions par personne et par an, tous âges confondus	3	3	3	2	3	5%
Pourcentage d'admissions de moins de 5 ans	19	20	17	17	17	-13%

7. ANALYSE DES PROGRÈS ET DES PERFORMANCES AU NIVEAU INFRANATIONAL

La couverture en accouchements (naissances vivantes) dans les établissements semble corrélér (bien que cette corrélation soit faible et statistiquement non significative) avec respectivement le ratio Professionnels de santé de base pour 10 000 habitants et Lits pour 10 000 habitants au niveau de province (figures 21-a et 21-b).

Tableau 14 : Indicateurs d'intrants du système de santé et couverture

National / Region	Population	Installations pour 10000 habitants	Lits pour 10000 habitants	Professionnels de santé de base pour 10000 habitants	Institutional birth coverage 2022
National	120313584	1,0	34,9	25,2	74,3
Bas Uele Province	1479059	0,9	30,0	6,6	56,8
Equateur Province	3000629	0,9	15,0	22,9	72,9
Haut Katanga Province	7577453	2,1	28,1	27,5	77,5
Haut Lomami Province	4605461	0,8	21,9	8,7	76,8
Haut Uele Province	2349300	0,9	73,2	16,7	64,1
Ituri Province	6898333	0,8	39,8	8,4	64,4
Kasai Central Province	5533956	0,8	27,4	19,1	78,4
Kasai Oriental Province	5709873	0,6	20,5	12,2	76,2
Kasai Province	5692703	1,1	11,2	13,3	79,6
Kinshasa Province	11462749	0,8	26,0	69,8	69,2
Kongo Central Province	4442930	1,3	119,9	56,2	71,3
Kwango Province	2870544	0,8	27,7	32,2	81,4
Kwilu Province	6035941	1,1	39,4	43,7	79,5
Lomami Province	4533224	0,7	21,9	14,6	74,1
Lualaba Province	3087381	1,9	44,3	25,7	86,1
Maindombe Province	2297674	1,1	41,0	39,1	79,2
Maniema Province	3120096	0,7	37,5	30,8	70,2
Mongala Province	3079979	0,9	12,7	12,2	82,6
Nord Kivu Province	10177163	0,6	61,6	18,3	73,6
Nord Ubangi Province	1804188	1,0	17,9	13,6	74,4
Sankuru Province	2719934	0,9	18,7	26,5	77,9
Sud Kivu Province	8448643	0,8	47,0	16,4	74,8
Sud Ubangi Province	3603772	0,8	19,7	14,3	78,7
Tanganyika Province	3478017	0,8	21,5	7,4	52,9
Tshopo Province	3930193	1,0	22,1	12,4	70,5
Tshuapa Province	2374392	1,1	19,3	12,6	80,4

Figure 21-a. Couverture en accouchement (naissance vivante) dans les établissements en fonction de la densité du personnel de santé, avec les données de DHIS2

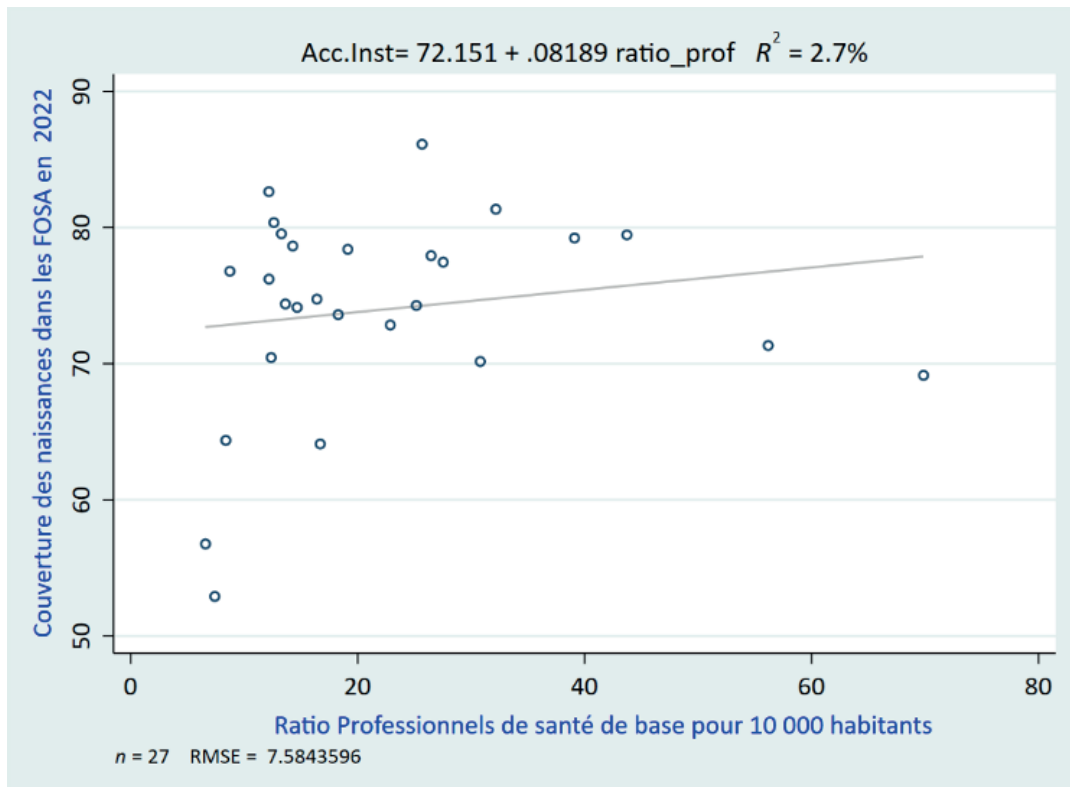
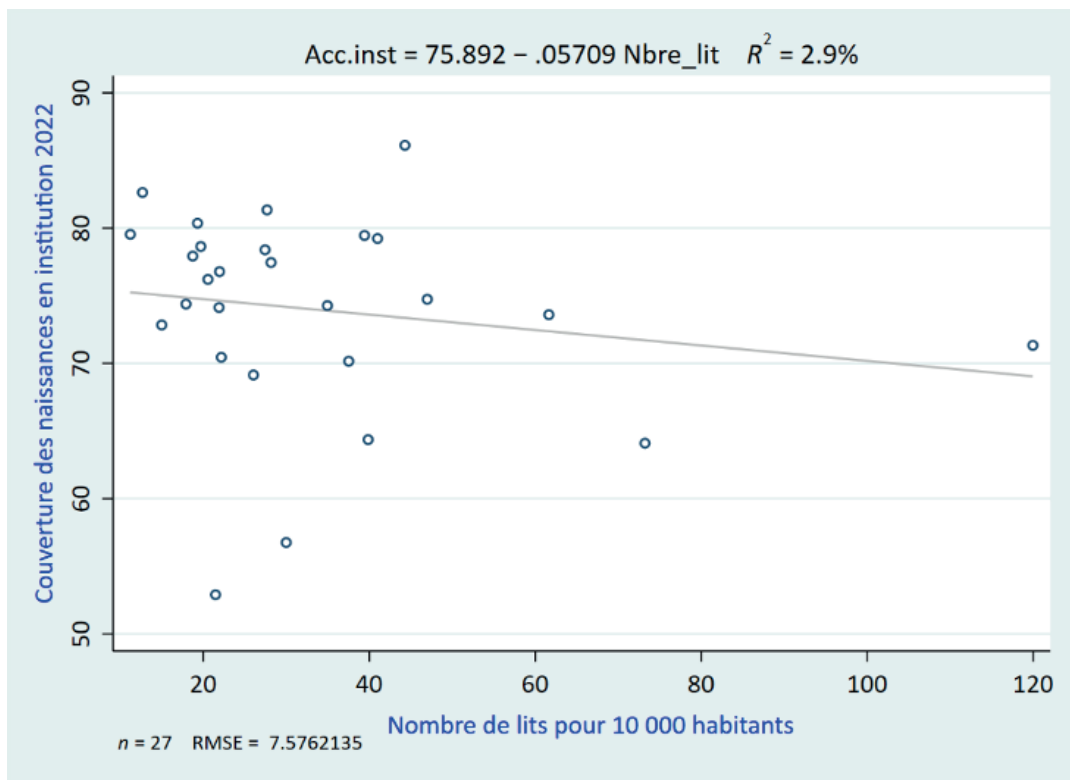


Figure 21-b. Couverture en accouchement (naissance vivante) dans les établissements en fonction du ratio de Nombre de lits pour 10000 habitants, avec les données de DHIS2



8. CONCLUSION

Un effort sur l'amélioration de la qualité de données de DHIS2 devrait être soutenu pour améliorer la complétude ainsi que d'autres indicateurs de qualité de données. Nous avons noté des taux de complétude mensuelle dépassant 100% dans certaines Zones de santé. Ces aberrations seraient expliquées par une actualisation annuelle de la liste des établissements de santé. Pour y remédier, il faudrait respecter les normes d'actualisation de la pyramide une fois l'an.

La réalisation des enquêtes à l'échelle nationale coûte cher en RDC vu l'étendue du pays et les problèmes d'infrastructures. Les données de Formations sanitaires sont une source importante pour le suivi de performance de données dans le secteur de SRMNA. La RDC ne disposant pas de dénominateurs fiables étant donné que le dernier recensement remonte d'il y a près de 40 ans, le nombre de CPN-1 et de Penta-1 dans le rapport de routine peuvent servir de dénominateurs approximatifs pour calculer les indicateurs. Ainsi pour les indicateurs liés à la maternité (CPN, accouchement, CPoN), le dénominateur dérivé du nombre de CPN-1 serait le meilleur à défaut d'utiliser le dénominateur des projections de l'ONU et pour les indicateurs d'immunisation (de la vaccination), le dénominateur dérivé du nombre de Penta-1 serait le meilleur.

ANNEXE



**MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE, HYGIENE ET PREVENTION
SECRETARIAT - GENERAL**

Le Secrétaire Général

Kinshasa, le 22 JUIL 2023

N°MSPHP.1251/SG/JKWK/BKA/2648/YRS/2023

Transmis copie pour information à :

- Son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé Publique, Hygiène et Prévention ;
- Son Excellence Monsieur le Vice-Ministre de la Santé Publique, Hygiène et Prévention.
(TOUS) A KINSHASA/GOMBE

- Monsieur le Directeur de l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa ;
- Monsieur le Directeur EPUMBA Bertin ;
- Monsieur le Professeur CHENGE Faustin, GFF.
(TOUS) A KINSHASA

- Monsieur le Professeur AGBESSI, JHU ;
- Monsieur MALICK Kante, JHU.
(TOUS) A BALTIMORE/USA

A Madame Corretta
APHRC
A NAIROBI/KENYA

Objet : Transmission du rapport d'analyse de l'équipe
mixte Countdown 2030 de la RDC

Madame,

Je viens par la présente, transmettre officiellement le rapport d'analyse de l'équipe de la RDC.

En effet, après sa participation à Dakar à l'atelier d'analyse, l'équipe de la RDC était composée des experts du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention et des analystes de l'Ecole de Santé Publique.

Je vous transmets ce rapport pour toute fin utile. Localement au Pays, nous travaillerons pour sa diffusion dans nos revues périodiques (semestrielles ou annuelles) du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention.

Veillez agréer, Madame, l'expression de ma franche collaboration.

Dr YUMA RAMAZANI Sylvain



