

République Démocratique du Congo (RDC) Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention

Couvertures nationales et provinciales et autres statistiques de services pour la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile à partir de données d'enquêtes et des établissements de santé, 2017-2021

Rapport synthèse des analyses

Atelier de collaboration interpays de Countdown to 2030 organisé par African Population and Health
Research Center (APHRC) en collaboration avec GFF, UNICEF et WHO

Nairobi, Kenya du 13-17 Juin, 2022

Préparé par :

Professeur AKILIMALI ZALAGILE Pierre,

Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa

Dr EPUMBA EPONDO Jean-Bertin,

Directeur Chef de Service/Direction de Santé de la famille et des Groupes spécifiques (DSFGS)

Ir KAKUDJI MWANZA Samuel,

Chef de Service Informatique de la Direction de Santé de la famille et des Groupes spécifiques (DSFGS)



Ecole de Santé Publique de Kinshasa
Kinshasa School of Public Health
UNIVERSITE DE KINSHASA

KSPH



African Population and
Health Research Center

Countdown to 2030
Women's, Children's & Adolescents' Health



Table des matières

Contexte	4
1. Description des bases de données	5
2. Evaluation de la qualité des données des établissements et ajustements	6
3. Dénominateurs ou Populations cibles	10
Évaluation des projections démographiques dans DHIS2	10
Utilisation des dénominateurs dérivés des établissements	11
4. Biais du secteur privé	13
5. Analyse infranationale des progrès et performances	14
6. Tendances et équité de la couverture des interventions mesurées à partir des données des établissements	16
7. Indicateurs potentiels additionnels	19
Évaluation des progrès et des performances	19
Taux de mortalité maternelle et de mortinatalité	19
Planification familiale	19

Table des Figures

Figure 1 : Evolution de complétude des principaux indicateurs de 2017 à 2021	7
Figure 2 : Evolution en pourcentage de Zone de Santé avec un taux de rapportage inférieur à 80%	8
Figure 3a et 3b : Ajustement des valeurs aberrantes pour la CPN-1 dans la ZS ALUNGULI au Maniema avant et après correction.	8
Figure 4: Comparaison des cas de CPN-1 et Penta-1 après ajustements	9
Figure 5: Comparaison des cas de Penta-1 et Penta-3 après ajustements	9
Figure 6: Comparaison des indicateurs de population dans le DHIS2 avec l'ONU (ratio 100 signifie la même chose).	11
Figure 7: Couverture des indicateurs de maternité (CPN-4, TPI 2+ et accouchements institutionnels) basée sur le dénominateur CPN-1	12
Figure 8: Couverture des indicateurs de vaccination basée sur le dénominateur Penta-1	13
Figure 9: Part du secteur privé dans l'approvisionnement en contraceptifs et accouchements	14
Figure 10: Evolution de l'indice composite de couverture par province au cours du temps.	15
Figure 11: Couverture des indicateurs individuels et des CCI pour la SRMNEA par province, MICS 2018.	15
Figure 12: Mortalité des enfants de moins de cinq ans par province, MICS 2018	16
Figure 13: Différence absolue moyenne par rapport à la moyenne pondérée.	16
Figure 14: Couverture Penta-3 par province 2017 vs 2021	17
Figure 15: Couverture nationale pour les indicateurs sélectionnés par année, basée sur l'analyse des données des établissements de Santé.	18
Figure 16: Couverture par province pour les indicateurs sélectionnés de la RMNCH en 2017 et 2020, basée sur l'analyse des données des établissements de santé.	18

Table des Tableaux

Tableau 1: Résumé des données sur les établissements de santé	5
Tableau 2: Scores d'évaluation de la qualité des données, Données DHIS2, RDC 2017-2021	6
Tableau 3: Evaluation des chiffres de projection de la population utilisés dans le DHIS2, 2017-2021	10
Tableau 4: Statistiques de couverture basées sur les dénominateurs dérivés des données des établissements, données DHIS2, 2017-2021, RDC	12

Contexte

Ce présent rapport décrit les données, les méthodes et les résultats d'une analyse des données des établissements de santé pour un certain nombre d'indicateurs sélectionnés de la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, étayé par des analyses de données disponibles d'enquêtes et des établissements de santé. Il se concentre sur les unités administratives nationales et infranationales (régions ou provinces, districts ou Zones de Santé) dans les pays de l'Afrique Subsaharienne bénéficiant de l'appui de l'initiative « Countdown to 2030/Compte à rebours jusqu'en 2030 ». Le nombre d'indicateurs analysés est limité mais peut facilement être étendu à l'aide de méthodes similaires, par exemple à la planification familiale, à la santé de l'adolescent et à la nutrition.

L'objectif des analyses est d'éclairer les acteurs nationaux et mondiaux des progrès et des performances en matière de SRMNEA-Nut. À partir des données des établissements de santé (DHIS2), un ensemble de données propres et nettoyées est créé pour l'analyse finale. Cela se fait par le biais d'une approche systématique, en accordant une grande attention à l'évaluation et à l'ajustement de la qualité des données des établissements, à la sélection des dénominateurs, à l'évaluation conjointe des données d'enquêtes et des résultats des établissements de santé et à la prise en compte d'éventuels autres biais.

Ce rapport comporte les sections suivantes :

1. Description des bases de données ;
2. Évaluation et ajustement de la qualité des données ;
3. Dénominateurs ou populations cibles ;
4. Tendances et équité de la couverture des interventions sur base des données d'enquêtes ;
5. Tendances et inégalités de couverture sur base des données des établissements de santé ;
6. Biais du secteur privé ;
7. Analyse des progrès et des performances infranationales ;
8. Indicateurs supplémentaires potentiels.

1. Description des bases de données

La République Démocratique du Congo (RDC) compte 26 provinces et 516 Zones de santé (ZS) issues du découpage de 2003 mais dans le Système National d'Information Sanitaire (SNIS), on y trouve 519 ZS (3 autres ZS étant créées au niveau provincial notamment au Sankuru et au Kasai-Oriental). Selon la base de données DHIS2, il existe 16.010 établissements de santé.

Les données mensuelles des ZS, extraites de DHIS2 ont été analysées pour 13 indicateurs avec des données pour la période de janvier 2017 à décembre 2021. 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 et MICS-Palu 2017-2018. Le dernier recensement a été réalisé en 1984.

Tableau 1: Résumé des données sur les établissements de santé

Indicateur	
Organisation administrative	
Nombre de provinces	26
Nombre de Zone de Santé	519
Établissements de santé	
Nombre d'établissements de santé dans le pays	16010
Données sur les principaux professionnels de la santé	Oui
Données sur les lits d'hôpitaux	Oui
Période d'analyse des données de l'établissement	
Premier mois et année pour les données établissement de santé	Janvier 2017
Dernier mois et année pour les données établissement de santé	Décembre 2021
Indicateurs à partir de données d'établissement pour l'analyse	Existence de données
Première visite de soins prénatals	Oui
Soins prénatals 4ème visite	Oui
TPI 2è dose (paludisme)	Oui
Accouchement institutionnel ou avec personnel qualifié	Oui
Césarienne	Oui
Soins postnatals	Oui
Planification familiale nouvelles et revisites	Oui
Vaccination BCG	Oui
Pentavalent / DTP première dose	Oui
Pentavalent / DTP troisième dose	Oui
Vaccination contre la rougeole	Oui
Mort-nés (frais / macérés)	Oui
Décès maternels dans les établissements de santé	Oui
Consultations enfants de moins de 5 ans	Oui
Hospitalisations enfants de moins de 5 ans	Oui
Décès moins de 5 ans dans les établissements de santé	Oui

Enquêtes de population (3 enquêtes de santé les plus récentes)

Nom enquête	Année
MICS-Palu	2017-2018
EDS	2013-2014
MICS	2010

Projection de données population dans DHIS2

Indicateur	Année
Population totale pour chaque année	Oui
Naissances vivantes pour chaque année	Oui
Population de moins d'un an pour chaque année	Oui

2. Evaluation de la qualité des données des établissements et ajustements

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 2017 à 2021 atteignant les valeurs 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.

Les taux de rapportage étaient élevés pour presque toutes les interventions (indicateurs) (Figure 1a et 1b) et le pourcentage de Zones de Santé ayant un faible taux de rapportage (moins de 80%) diminuait au cours de temps sauf pour les hospitalisations qui relèvent dans la majorité de cas des hôpitaux (Figure 2). Ceci suggère que le taux de rapportage des données hospitalières reste encore un problème en RDC. 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 valeurs aberrantes extrêmes dans les données ont été corrigées (exemple dans la Figures 3a et 3b), et la cohérence entre CPN-1 et Penta-1 et Penta-1 et Penta-3 était élevée (Figures 4 et 5). Les valeurs aberrantes dans les valeurs mensuelles ont été corrigées en imputant une valeur basée sur la valeur médiane de l'année civile.

Tableau 2: Scores d'évaluation de la qualité des données, Données DHIS2, RDC 2017-2021

		2017	2018	2019	2020	2021			
		<table border="1"> <tr> <td style="background-color: red;"><60%</td> </tr> <tr> <td style="background-color: yellow;">60%-80%</td> </tr> <tr> <td style="background-color: green;">≥80%</td> </tr> </table>					<60%	60%-80%	≥80%
<60%									
60%-80%									
≥80%									
1	Exhaustivité des rapports mensuels de l'établissement (vert >90%)								
1a	% des rapports mensuels attendus de l'établissement (moyenne, national)	84	87	91	96	96			
1b	% de ZS dont les rapports sur les installations sont complets $\geq 90\%$	52	61	74	89	90			
1c	% des FOSA pour lesquelles aucune valeur mensuelle ne manque dans l'année	56	56	60	61	56			
2	Valeurs aberrantes extrêmes (vert > 95%)								
2a	% des valeurs mensuelles qui ne sont pas des valeurs extrêmes aberrantes (moyenne, nationale)	98	98	98	98	95			
2b	% de ZS ne présentant pas de valeurs extrêmes aberrantes au cours de l'année	86	88	89	88	82			
3	Consistency of annual reporting (green > 85%)								

	Ratio CPN-1 - Penta1 (national)	1,07	1,07	1,04	0,98	1,02
3a	% de ZS dont le rapport ANC1-penta1 se situe entre 1,0 et 1,5	49,32	49,71	46,62	47,01	48,36
	Ratio Penta1-penta3 nombres (national)	1,07	1,07	1,07	1,06	1,07
3b	% de ZS dont le rapport Penta1 -Penta3 est compris entre 1,0 et 1,5	95,95	96,14	98,45	97,88	98,65
	Score annuel de qualité des données (moyenne des indicateurs 1a à 3b)	75	78	82	86	84

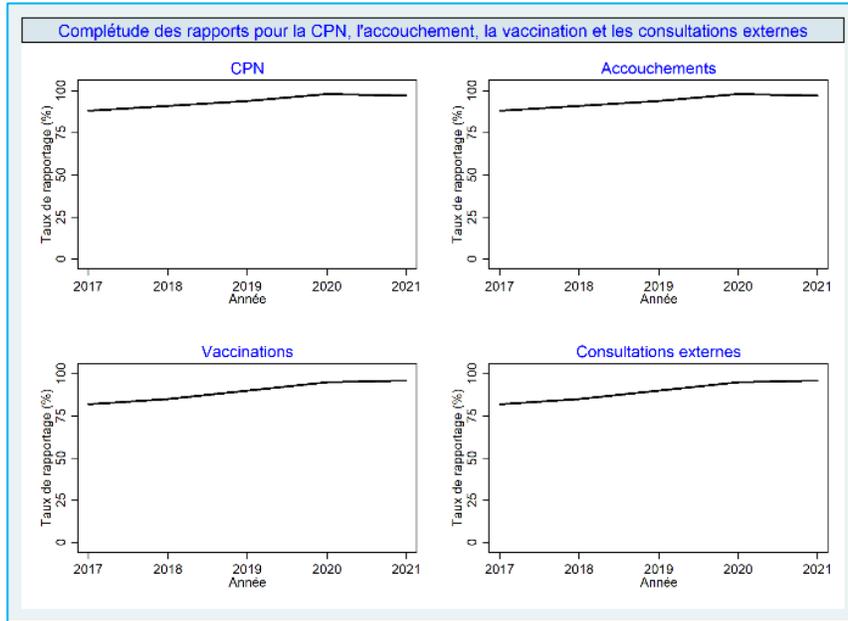
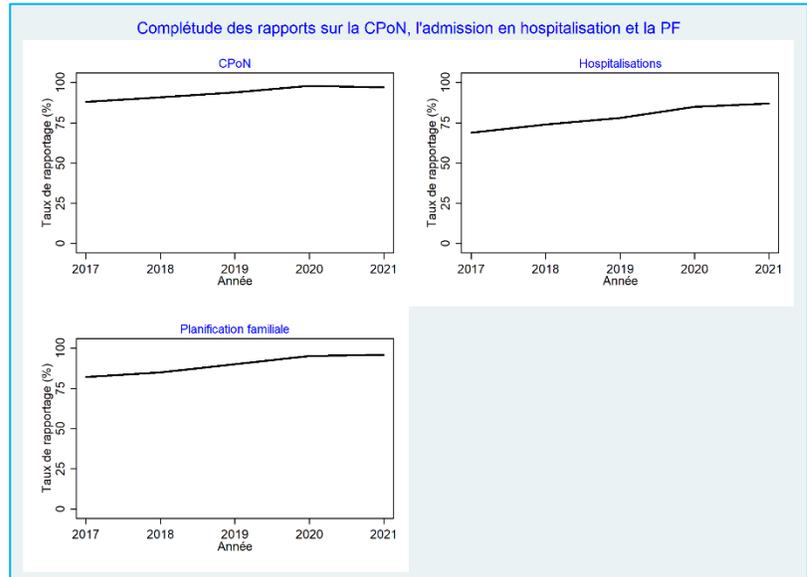


Figure 1a : Evolution de complétude des principaux indicateurs de 2017 à 2021

Figure 1b: Evolution de complétude des rapports



Pourcentage de Zone de Santé ayant un faible taux de rapportage (<80%) par service et par année

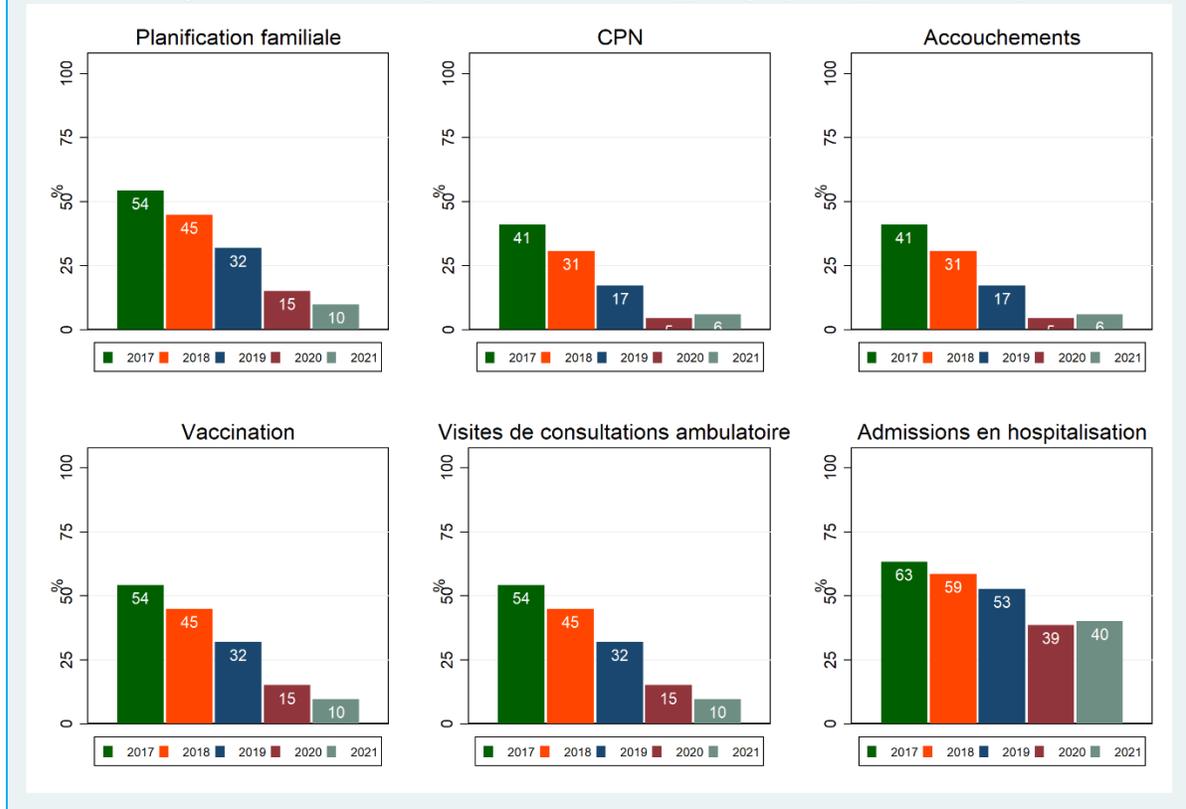


Figure 2 : Evolution en pourcentage des Zones de Santé avec un taux de rapportage inférieur à 80%

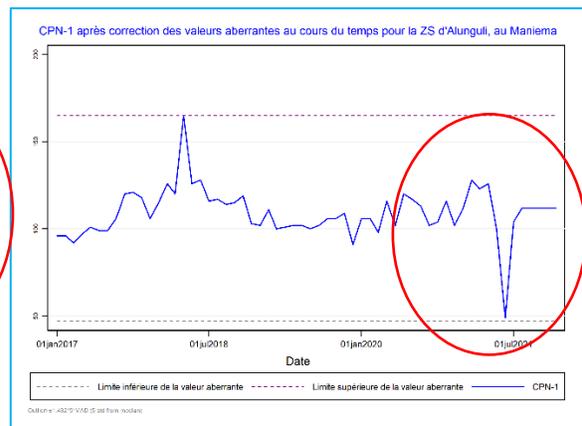
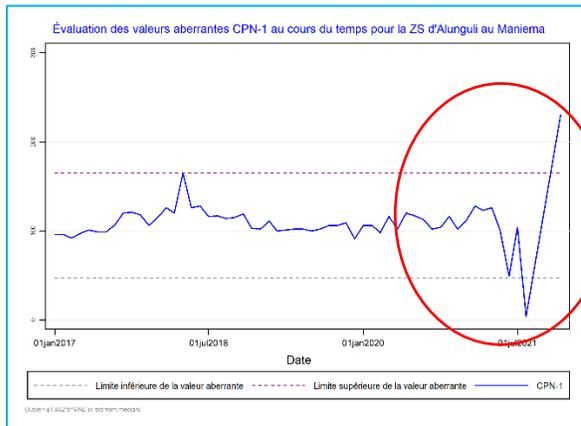


Figure 3a et 3b : Ajustement des valeurs aberrantes pour la CPN-1 dans la ZS ALUNGULI au Maniema avant et après correction.

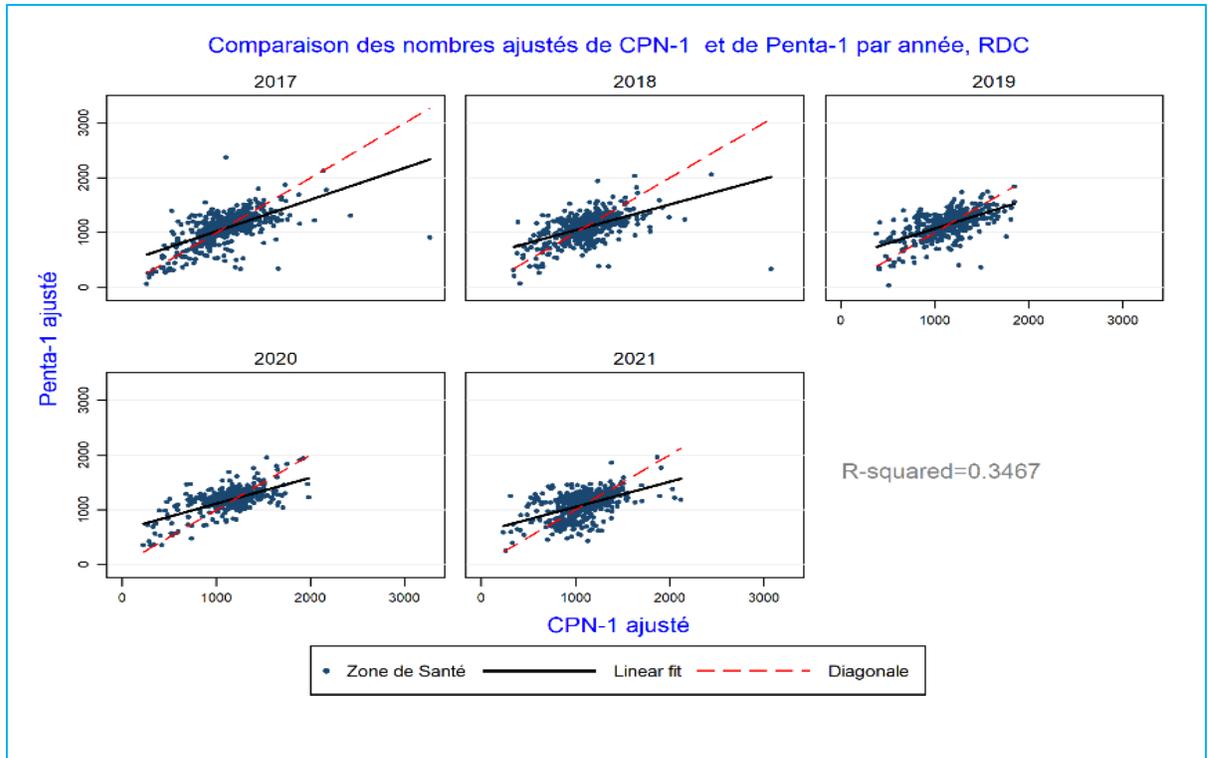


Figure 4: Comparaison des cas de CPN-1 et Penta-1 après ajustements

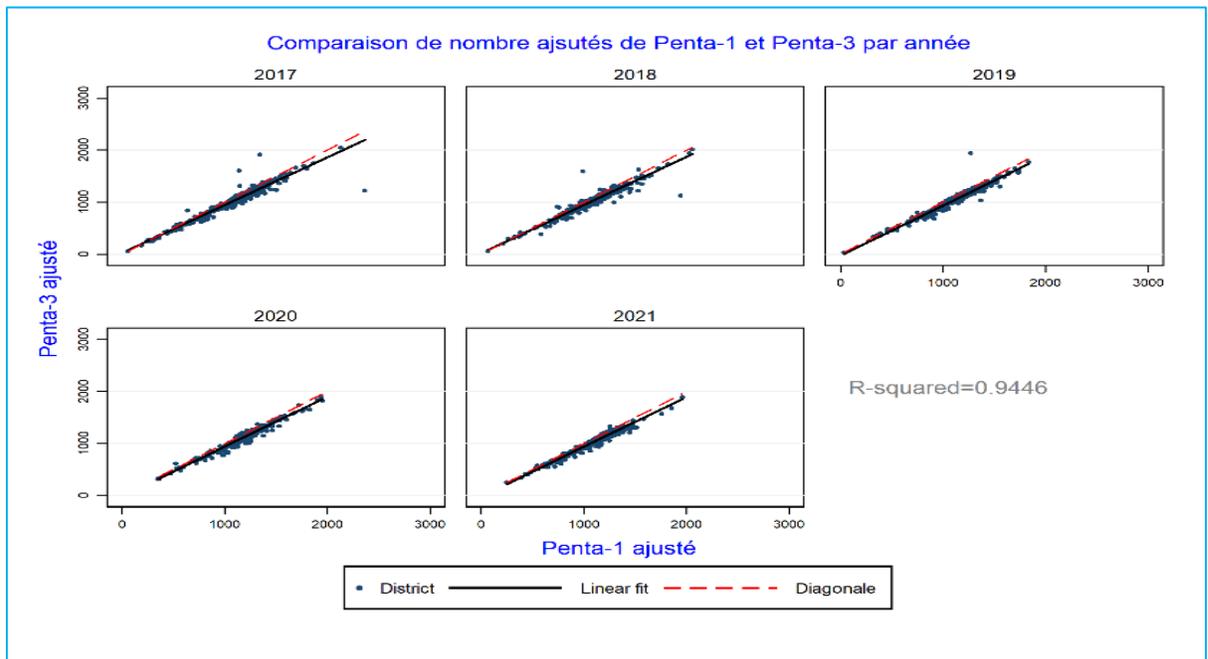


Figure 5: Comparaison des cas de Penta-1 et Penta-3 après ajustements

3. Dénominateurs ou Populations cibles

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

Les projections du DHIS2 étaient instables et non cohérentes entre elles (tableau 3). Par exemple, en 2019, le taux de croissance démographique était de 3,0 % et le taux brut de natalité de 32,1 pour 1 000 habitants. Cela signifie que le taux brut de mortalité devrait être de 1,4 pour 1 000 habitants, ce qui n'est pas possible. La croissance démographique a augmenté en 2020 (5,0%) et diminué en 2021, pour revenir à la moyenne quinquennale de 3,0 % par an. Nous notons par ailleurs de taux brut de mortalité négative.

Tableau 3: Evaluation des chiffres de projection de la population utilisés dans le DHIS2, 2017-2021

Paramètre démographique	2017	2018	2019	2020	2021
	99	102	106	112	116
Population totale(x1000)	529	530	786	259	822
Taux de croissance (%)		3,0	4,1	5,0	4,0
Proportion de la population par âge et sexe					
Moins < 1 an	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
Moins < 5 ans	19,35	19,35	19,35	19,35	19,35
Femme de 15 - 49 ans	21,0	21,0	21,0	21,0	21,0
Taux de naissance brute (TNB) (pour 1000)	28,9	31,1	32,1	33,0	31,5
Taux brut de mortalité (pour 1000)= TNB -taux de croissance*10)		1,4	-8,6	-17,0	-8,3

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).

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 en 2017 puis a augmenté progressivement en 2018 jusqu'à atteindre presque 100% en 2021 indiquant que les deux estimations étaient quasi identiques entre 2020 et 2021. En 2017, 2018 et 2019, les chiffres dans le système DHIS2 étaient beaucoup trop bas comparés aux chiffres de nations Unies. (Figure 7).

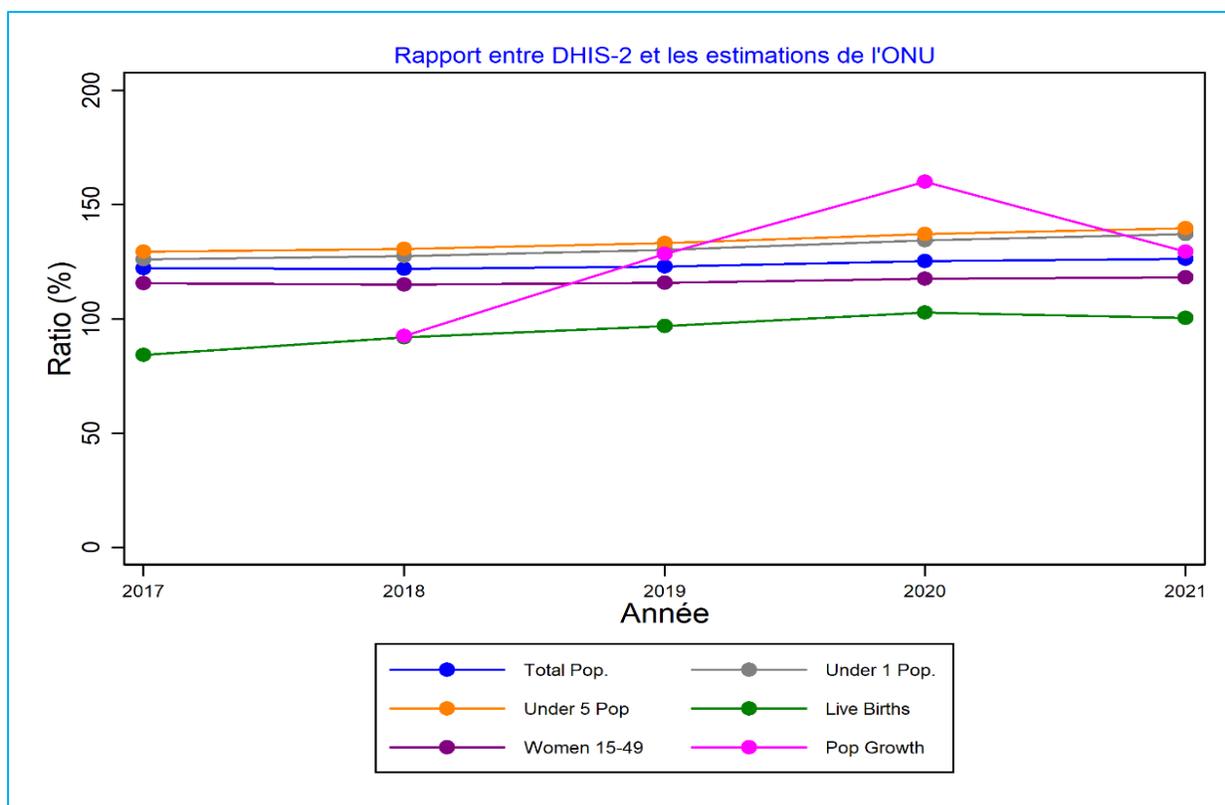


Figure 6: Comparaison des indicateurs de population dans le DHIS2 avec l'ONU (ratio 100 signifie la même chose).

Utilisation des dénominateurs dérivés des établissements

Selon l'enquête MICS 2018, la couverture en accouchement institutionnel était de 81,5% en 2017 et accouchement assisté était de 85,2%, en outre la même enquête rapportait 82,4% de femmes enceintes avaient reçu au moins une consultation prénatale. La couverture en BCG était de 73,4%, penta-1 de 65,8 et Penta-3 de 47,6%.

Une couverture de ces indicateurs proche de 100%, signifierait que le nombre de visites CPN-1 déclarées dans les établissements et rapportés dans le DHIS2 devrait être proche du nombre de femmes enceintes à environ 4-5 mois (moment de la 1ère visite) dans la population. Et que le nombre déclaré de vaccinations (BCG, penta1) devrait être proche du nombre de nourrissons éligibles pour les premières vaccinations (à la naissance et à l'âge de 6 semaines).

Dans cette méthode, les dénominateurs ou les populations cibles sont dérivés des chiffres rapportés dans les données de l'établissement de santé. Nous avons ajouté ceux qui n'utilisent jamais les services (3% pour CPN-1 et BCG, 2% pour Penta-1).

Pour obtenir les naissances vivantes à partir de ces dénominateurs, nous soustrayons du nombre total de femmes enceintes à 4-5 mois obtenu à partir des chiffres de la CPN1, les pertes de grossesse (5% avortement, 2% mort-nés) et ajoutons les jumeaux (1,5%). Pour obtenir les naissances vivantes à partir des chiffres de la vaccination, nous utilisons le penta1, ajoutons le pourcentage de ceux qui n'ont jamais utilisé les services (2%) et ajoutons 3% pour les décès néonataux.

Le tableau 4 et les figures 8 et 9 présentent les résultats des principaux indicateurs de couverture basés sur les dénominateurs dérivés des données des établissements de santé pour la période 2017-2021.

Tableau 4: Statistiques de couverture basées sur les dénominateurs dérivés des données des établissements de santé, données DHIS2, 2017-2021, RDC

	2017	2018	2019	2020	2021
Couvertures basées sur les dénominateurs dérivés des données CPN-1 des établissements de santé					
CPN-4*	41,6	43,7	45,9	48	48,6
Accouchements dans un établissement de santé	66,4	68,8	70,3	70,8	70,2
TPI2	83,3	81,6	82,6	82,3	80,4
Couvertures basées sur les dénominateurs dérivés des données Penta-1 des établissements de santé					
BCG**	72,0	73,1	68,0	70,6	54,9

* basé sur les dénominateurs dérivés des données CPN-1 des établissements

** basé sur les dénominateurs dérivés des données Penta-1 des établissements

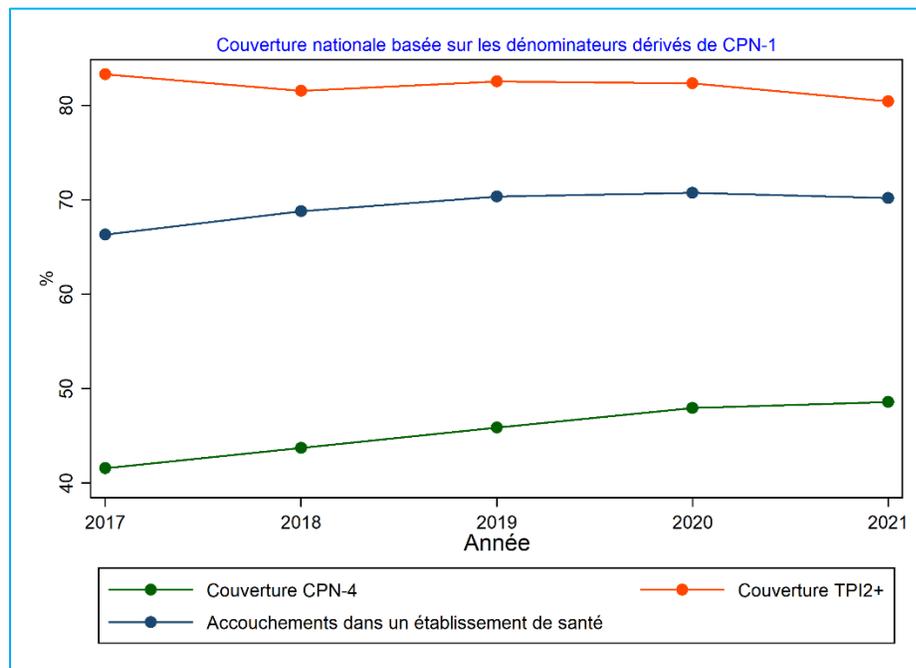
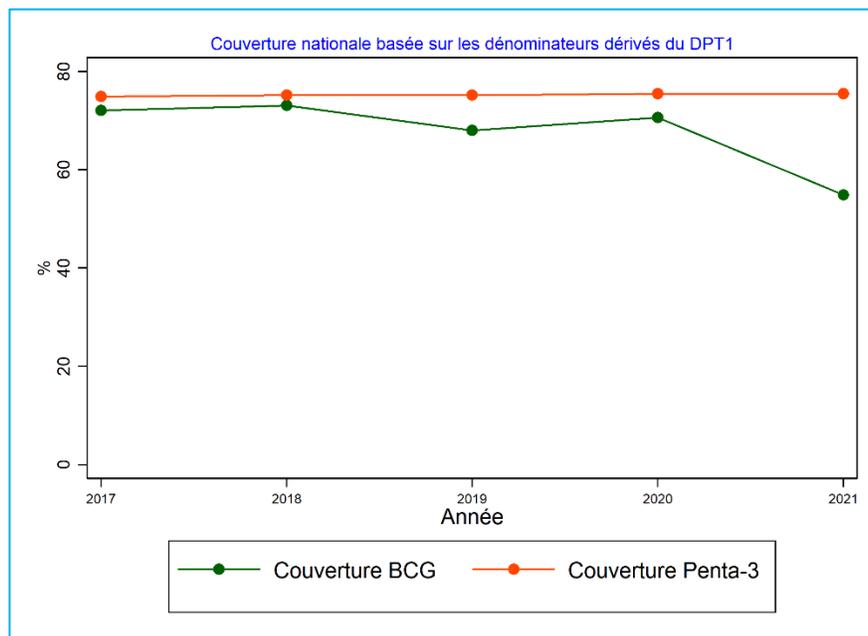


Figure 7: Couverture des indicateurs de maternité (CPN-4, TPI 2+ et accouchements institutionnels) basée sur le dénominateur CPN-1

Figure 8: Couverture des indicateurs de vaccination basée sur le dénominateur Penta-1



Notons que la couverture en CPN4 (42,9%) et celle de BCG (73,4%) rapportées par MICS-Palu 2017-2018 en RDC sont comparables à la couverture calculée avec les données des établissements de santé.

4. Biais du secteur privé

Les établissements de santé du secteur privé devraient faire rapporter par le biais du DHIS2, mais ils ne le font pas toujours. La mesure dans laquelle cela affecte l'exhaustivité des données DHIS2 peut être évaluée à travers : (1) la part du secteur privé dans la fourniture de services spécifiques (2) la part du secteur privé dans la liste principale des établissements de santé, pour les zones urbaines et rurales et éventuellement par province et (3) l'exhaustivité de la liste principale des établissements en termes d'inclusion du secteur privé.

Le pourcentage des établissements de santé qui sont privés (à but lucratif ou non) est important selon la base de sondage de l'enquête d'Évaluation de Prestation des Services de Santé, EPSS, ESPK 2017 ou SPA en Anglais soit 18%. Beaucoup de petits établissements de santé sont probablement limités aux services curatifs.

Les enquêtes EDS 2013-2014 et MICS-Palu 2017-2018 fournissent des indications sur la part du secteur privé dans l'offre des contraceptifs modernes et les accouchements dans les établissements de santé (Figure 10).

Le secteur privé joue un rôle important dans la fourniture de méthodes modernes de planification familiale : 57% des Méthodes Contraceptives Modernes (MCM) sont fournies par des établissements de santé dont 45% uniquement par les pharmacies. En ce qui concerne les accouchements, le secteur privé joue un rôle beaucoup moins important, soit 22%.

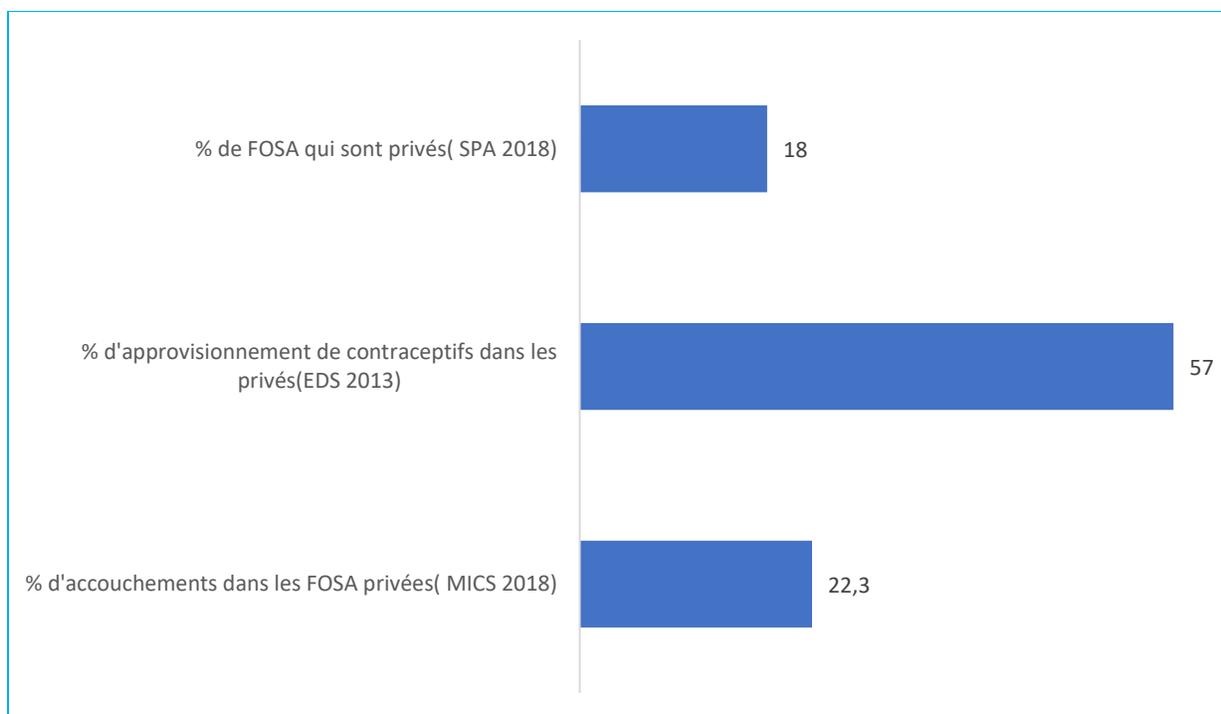


Figure 9: Part du secteur privé dans l'approvisionnement en contraceptifs et accouchements

5. Analyse infranationale des progrès et performances

Pour analyser les progrès et les inégalités par province, l'on examine les données des enquêtes EDS 2013-2014 et MICS-Palu 2017-2018. Pour obtenir une vue d'ensemble des provinces, l'on utilise l'indice composite de couverture (ICC). L'ICC comprend huit indicateurs dans quatre domaines d'intervention à pondération égale pour la SMNE : planification familiale, soins maternels et néonataux, vaccination des enfants et traitement des enfants malades. L'on a d'abord présenté l'évolution de l'ICC depuis 2006 jusqu'en 2017.

En 2017, l'on note plus d'iniquité entre province comparée aux années précédentes. En 2017, l'enquête EPSS a inclus 26 provinces dont les nouvelles qui n'étaient pas encore développées. Les enquêtes précédentes utilisaient les anciennes provinces (avec leur ancienne configuration), ceci rend un peu la comparabilité au cours de temps difficile. Néanmoins, l'ICC de 2017 montre qu'il y a une grande disparité entre les provinces en particulier les nouvelles provinces qui ont des indicateurs de couverture très faibles comparés à ceux des anciennes provinces.

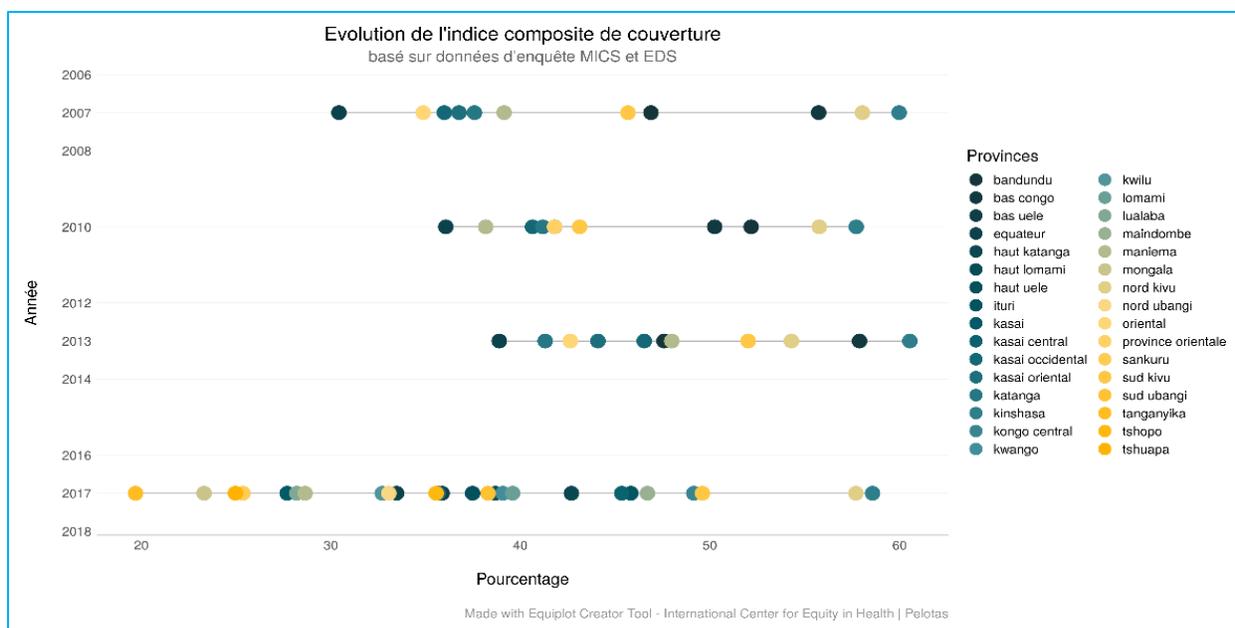


Figure 10: Evolution de l'indice composite de couverture par province au cours du temps.

Sur la base des longueurs de l'équiplot (Figure 11), dans l'ensemble, il y a une forte iniquité de couverture entre les différentes provinces de la RDC.

Les trois indicateurs présentant le plus haut niveau d'inégalité en termes de couverture entre les provinces de la RDC sont : vaccination contre la rougeole, DTP-3 et l'assistance qualifiée à la naissance. Les indicateurs présentant un faible niveau d'inégalité en termes de couverture dans les provinces de la RDC sont les suivants : indice composite de couverture et la prise en charge de symptômes de pneumonie chez les enfants de moins de cinq ans (Figure 11).

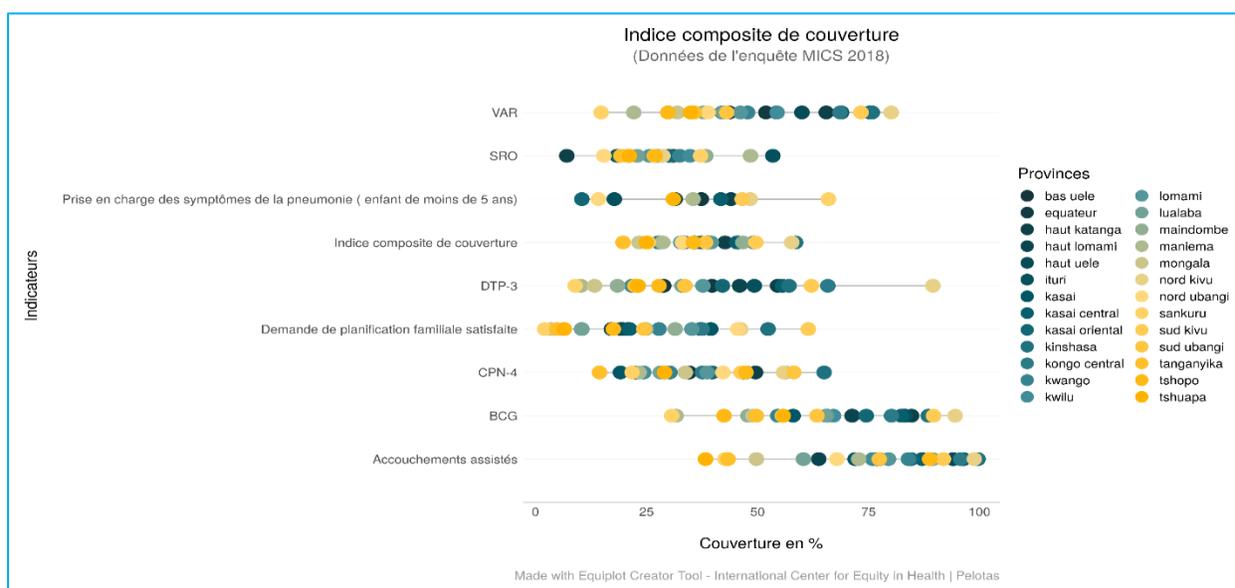


Figure 11: Couverture des indicateurs individuels et des ICC pour la SRMNEA par province, MICS 2018.

Concernant la mortalité des enfants, l'équiplot (figure 12) montre une forte iniquité entre province par rapport à la mortalité de moins de cinq ans.

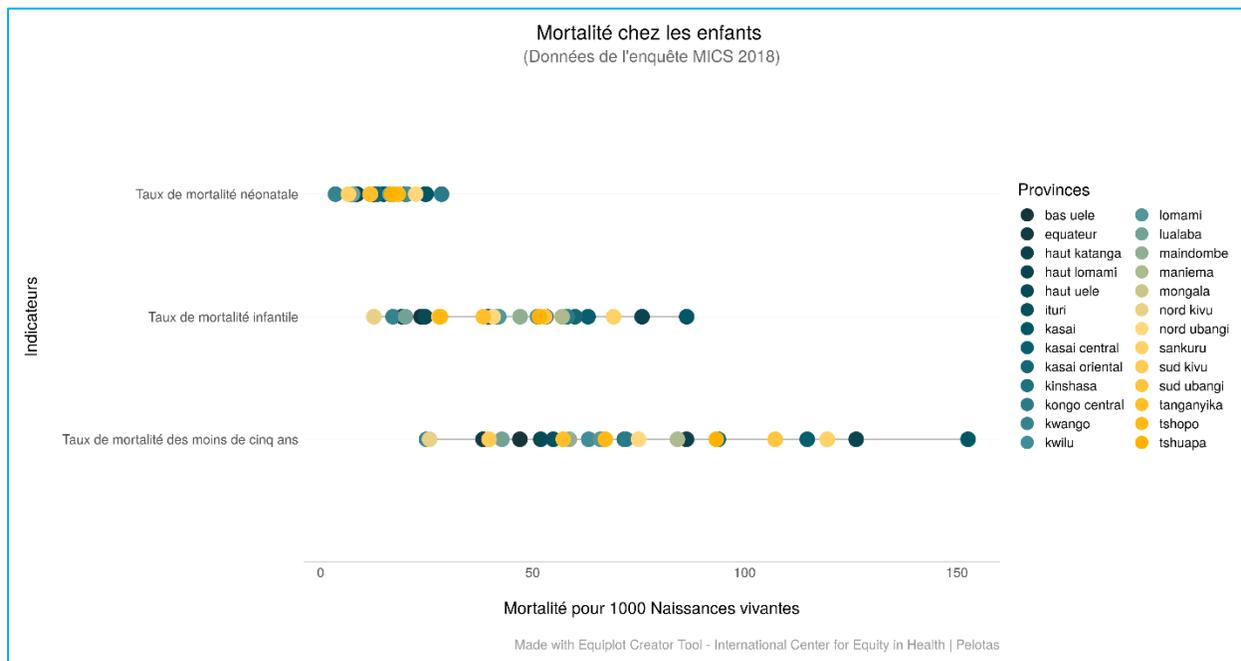


Figure 12 : Mortalité des enfants de moins de cinq ans par province, MICS 2018

6. Tendances et équité de la couverture des interventions mesurées à partir des données des établissements de santé

L'on résume la couverture de CPN-1 et Penta-3, basée sur l'analyse des données des établissements de santé en utilisant les dénominateurs dérivés de CPN-1 et Penta-1 (Figure 13). De grandes inégalités existent pour tous les indicateurs en particulier pour CPN, telles que présentées ci-dessous avec la différence absolue moyenne par rapport à la moyenne pondérée par année.

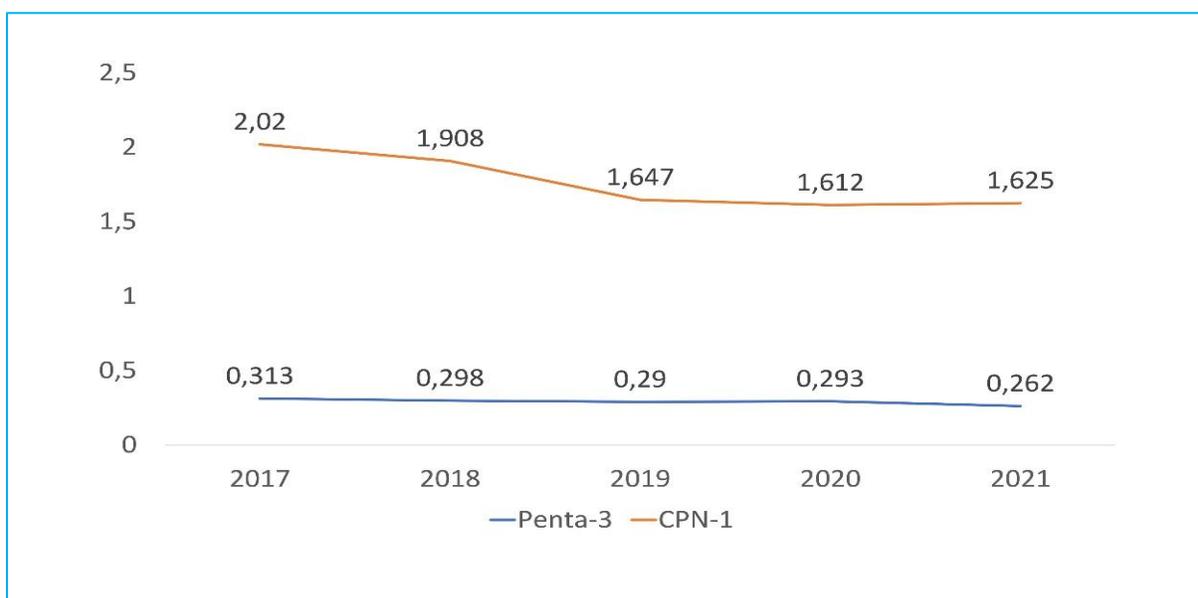


Figure 13: Différence absolue moyenne par rapport à la moyenne pondérée.

La figure 14 ci-dessous présente avec les barres orange, les estimations de couverture Penta-3 pour 2021 et les points bleus, les estimations de couverture pour 2017 pour chaque province. La couverture de penta-3 ne s'est pas beaucoup améliorée, car elle est plus élevée en 2017 qu'en 2021 dans certaines provinces.

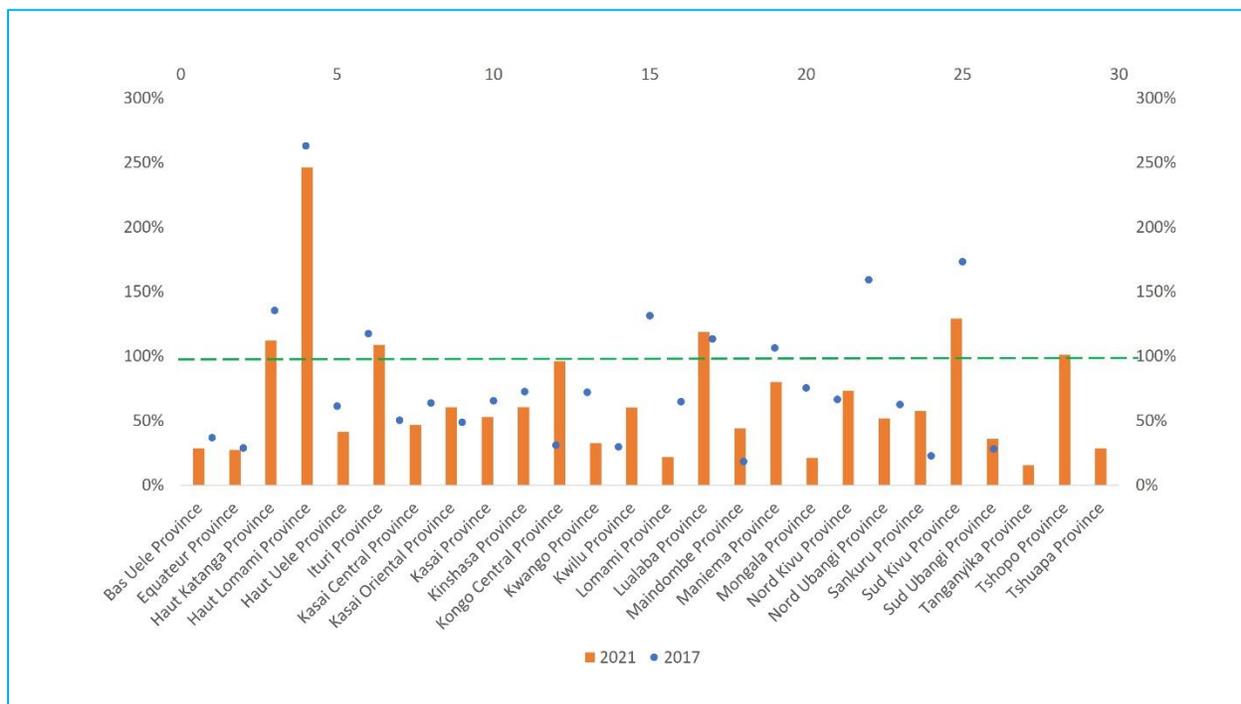


Figure 14: Couverture Penta-3 par province 2017 vs 2021

Les figures 15 et 16 montrent les progrès ou la contreperformance des indicateurs au niveau national ainsi que les inégalités de couverture entre les provinces basées sur les données des établissements de santé.

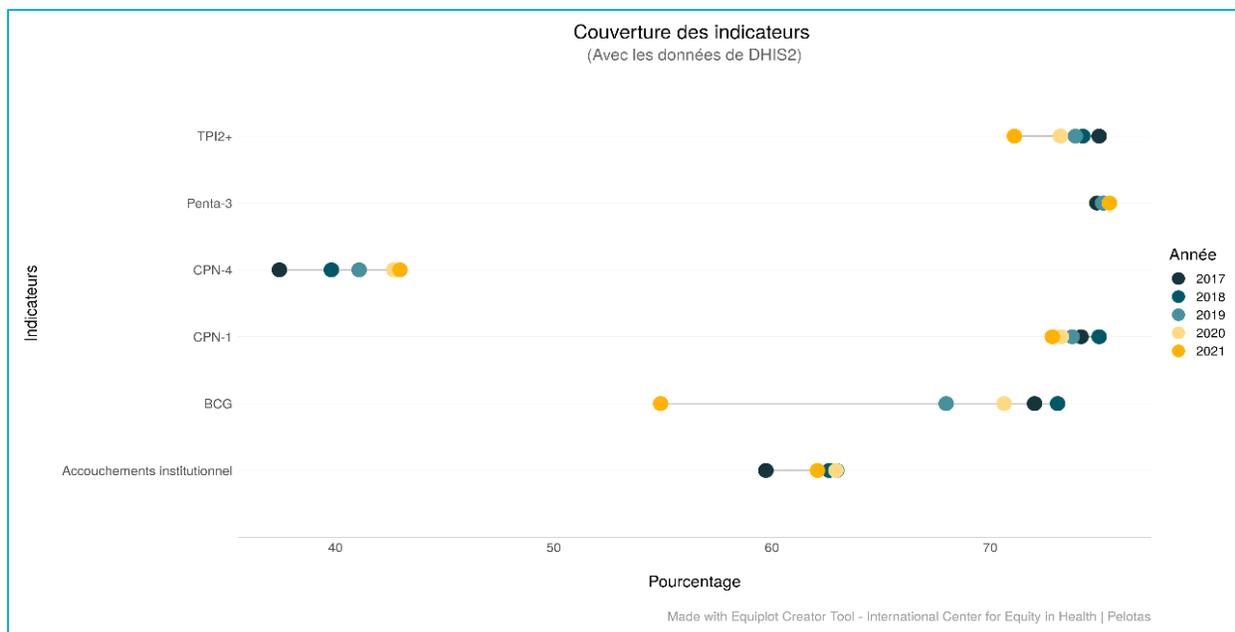


Figure 15: Couverture nationale pour les indicateurs sélectionnés par année, basée sur l'analyse des données des établissements de Santé.

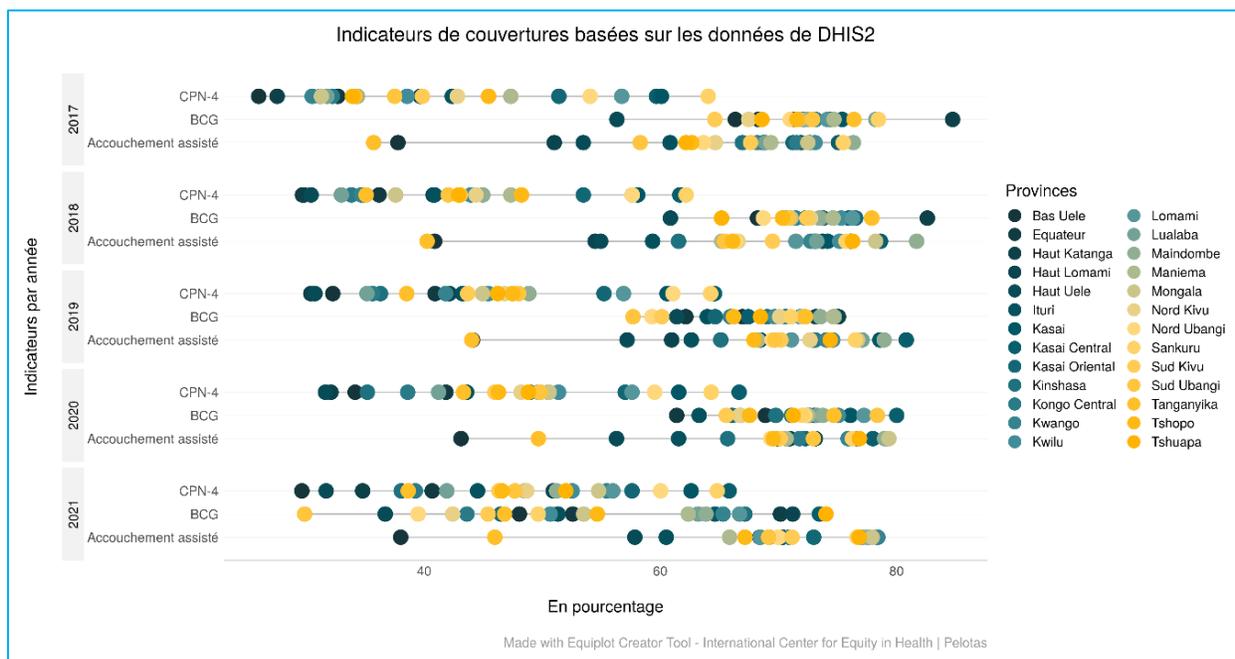


Figure 16: Couverture par province pour les indicateurs sélectionnés de la RMNCH en 2017 et 2020, basée sur l'analyse des données des établissements de santé.

7. Indicateurs potentiels additionnels

Évaluation des progrès et des performances

En utilisant un indice de couverture par province, les progrès et les performances peuvent être évalués de plusieurs façons :

- Comparaison simple des couvertures et des changements au cours de temps (classement) comme pour l'équité et l'efficacité en utilisant les données des enquêtes antérieures (MICS, EDS) ;
- Comparaison de certains indicateurs par caractéristiques sociodémographiques et indice de richesse en utilisant les données des enquêtes antérieures (MICS, EDS) ;
- Production des équiplots pour la SMNE spécifiques à chaque programme (Vaccination (PEV), Nutrition (PRONANUT), Planification familiale et autres indicateurs de Santé de reproduction (PNSR), les indicateurs pour les adolescents (Programme National de Santé de l'Adolescent/PNSA) ;
- Analyse en fonction de l'effort du programme/priorité des unités infranationales, par exemple les domaines prioritaires du GFF.

Taux de mortalité maternelle et de mortinatalité

- La mortalité maternelle dans les établissements de santé - nombre de décès divisé par le nombre de naissances vivantes multiplié par 100 000 - est un indicateur utile de la mortalité maternelle globale et de la qualité des soins, surtout maintenant qu'une forte proportion de femmes accouchent dans des établissements de santé. Les rapports sont souvent problématiques et les chiffres devront être examinés de près pour vérifier la qualité des données.

- Les taux de mortinatalité peuvent être analysés dans leur ensemble (nombre de mortinaissances pour 1 000 naissances dans les établissements de santé) ou en séparant les mort-nés frais et macérés. Les taux de mortinatalité fraîche sont considérés comme un bon indicateur de la mortalité intra-partum qui traduit la mauvaise qualité des services et qu'il faudra réduire à tout prix.

- Des données de mortalité maternelle et de mortinatalité, l'on peut estimer des modèles mathématiques (GEE, ITS tec...) pour mesurer l'impact de l'évolution d'un indicateur spécifique sur ces deux types de mortalité (CPN, accouchements assistés, taux de césarienne, Couple-année protection, consultation post natale etc.)

Planification familiale

Une analyse de l'utilisation et de la couverture des contraceptifs modernes nécessite des analyses plus détaillées avec des données d'enquêtes et des établissements de santé, comme le montre **Track20**. L'on suivra les données relatives aux couples-années protection, produites par chaque type de fournisseurs (Formations publiques et privées, les distributeurs à bases communautaire, etc.). L'on calculera aussi annuellement les ECMU pour chaque province.

Fait à Kinshasa, le 16 juillet 2022

Vu & approuvé pour la délégation de la RDC,

Dr EPUMBA EPONDO Jean-Bertin



Directeur Chef de Service/Direction de Santé de la Famille et des Groupes Spécifiques (DSFGS)