

République Démocratique du Congo

Ministère de la Santé



Secrétariat Général

**PLAN STRATEGIQUE INTEGRE DE LA
SANTÉ DE LA REPRODUCTION, DE LA
MERE, DU NOUVEAU-NE, DE L'ENFANT,
DE L'ADOLESCENT ET NUTRITION
(PSI SRMNEA-NUT)
2019-2022**



Juillet 2019

TABLE DES MATIÈRES

ACRONYMES, ABREVIATIONS ET SIGLES.....	4
LISTE DES GRAPHIQUES.....	9
PREFACE	11
REMERCIEMENTS.....	12
RESUME EXECUTIF.....	13
0. INTRODUCTION.....	15
I. CONTEXTE.....	16
I.1. SITUATION GÉOGRAPHIQUE ET ADMINISTRATIVE.....	16
I.2. SITUATION DÉMOGRAPHIQUE.....	16
I.3. SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE.....	17
I.4. ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ.....	18
II. ANALYSE DE LA SITUATION ET DE LA REPONSE DE LA SRMNEA-NUT.....	19
II.1. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE.....	19
II.1.1. Santé de l'enfant.....	19
II.1.1.1. Situation de la mortalité.....	19
II.1.1.2. Les déterminants de la mortalité infanto-juvénile.....	20
II.1.1.2.a. Les principales causes de décès des moins de 5 ans.....	20
II.1.1.2.b. La morbidité liée aux trois maladies tueuses des enfants.....	20
II.1.1.2.c. La couverture des soins curatifs et préventifs.....	21
II.1.1.2.d. L'adoption des Pratiques-clés favorables pour la lutte contre les 3 maladies tueuses.....	22
II.1.1.2.e. La couverture des activités de PCIMNE.....	22
II.1.1.3. La malnutrition.....	23
II.1.1.4. Les carences en micronutriments.....	24
II.1.1.5. L'infection à VIH chez les enfants.....	25
II.1.1.6. Les maladies évitables par la vaccination.....	25
II.1.2. La santé néonatale.....	26
II.1.2.1. La mortalité néonatale.....	26
II.1.2.2. Les causes de la mortalité néonatale.....	26
II.1.2.3. Les déterminants de la santé néonatale.....	26

II.1.2.3.a. Les soins essentiels et néonataux d'urgence.....	26
II.1.2.3.b. Les soins postnatals	27
II.1.2.3.c. L'allaitement maternel	28
II.1.2.3.d. Les faibles poids de naissance	28
II.1.3. La santé maternelle.....	29
II.1.3.1. Évolution de la mortalité maternelle	29
II.1.3.2. Principales causes de mortalité maternelle.....	29
II.1.3.3. Déterminants de la santé maternelle	30
II.1.3.3.1. Les services et soins obstétricaux.....	30
II.1.3.3.2. Services et soins pré-conceptuels.....	30
II.1.3.3.3. Services et soins prénatals.....	30
II.1.3.3.4. Les accouchements.....	32
II.1.3.3.5. Les soins pendant le post partum	32
II.1.3.3.6. Surveillance des décès maternels (DM), néonataux et infantiles.....	32
II.1.4. La santé des adolescents.....	34
II.1.4.1. La Mortalité maternelle liée aux adolescentes	34
II.1.4.2. Problèmes majeurs de la santé des adolescents	34
II.1.4.2.a. Précocité de la vie sexuelle, du mariage et de la vie féconde	34
II.1.4.2.b. Infection Sexuellement Transmissibles et l'infection à VIH parmi les adolescents et jeunes	35
II.1.4.2.c. Prévalence des violences chez les adolescents	36
II.1.4.2.d. Consommation des substances psycho actives en milieu des adolescents et jeunes	37
II.1.4.2.e. L'offre de services de santé adaptés aux besoins des adolescents	37
II.2. ANALYSE DES PROBLEMES LIES À LA DEMANDE DES SERVICES DE SANTE .	38
II.3. ANALYSE DE LA REPONSE NATIONALE SUR LES PILIERS DU SYSTÈME DE SANTE EN MATIERE DE SRMNEA-NUT	38
II.3.1. Gouvernance, coordination et partenariat	38
II.3.2. Suivi et évaluation	39

II.3.3. Financement de la SRMNEA-NUT	40
II.3.4. Ressources Humaines pour la SRMNEA-NUT	42
II.3.4.1. prestation de service en SRMNEA-NUT	42
II.3.4.2. Formation initiale	43
II.3.5. Approvisionnement et Gestion des stocks des produits pharmaceutiques	43
II.3.5.1. Approvisionnement des produits sanguins	44
II.3.5.2. Dotation en matériels et équipements.....	44
II.4. COMMUNICATION ET MOBILISATION SOCIALE.....	45
II.5. PRINCIPAUX PROBLEMES ET DEFIS MAJEURS.....	45
II.5.1. Défis et priorités	45
III. ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PLAN	47
III.1. VISION, BUT, OBJECTIFS, AXES STRATEGIQUES ET IMPACT	47
III.2. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE	48
III.2.1. Définition du paquet	48
III.2.2. Cadre de mise en œuvre	48
III.2.3. Structures et organes de mise en œuvre	48
III.3. ANALYSE DES RISQUES	48
III.4. CADRE DE SUIVI-EVALUATION	49
III.4.1. Mécanisme de suivi.....	49
III.4.2. Supervision et monitoring des activités.....	49
III.4.3. L'évaluation	49
IV. CADRE LOGIQUE.....	50
I. CADRE PROGRAMMATIQUE	51
VI. BUDGET SYNTHÈSE.....	61
VI.1. BUDGET SYNTHÈSE PSI SRMNEA-Nut	61
VII. CADRE DE PERFORMANCE	63
BIBLIOGRAPHIE	73
REFERENCES.....	73
AUTRES DOCUMENTS UTILISES	75

ACRONYMES, ABREVIATIONS ET SIGLES

ACT / CTA	Combinaisons à base de l'artémisinine
ACZ	Atteindre Chaque Zone de santé
AME	Allaitement Maternel Exclusif
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ARV	Anti Retro Viral
AS	Aire de Santé
ASRAMES	Association Régionale d'Achat des Médicaments Essentiels
AVS	Activités de Vaccination Supplémentaires
BCC	Banque Centrale du Congo
BCAF	Bureau de Coordination des Achats FEDECAME
BCZS	Bureau Central de la Zone de Santé
BM	Banque Mondiale
BNS	Besoins Non Satisfaits
CCC	Communication pour Changement de Comportement
CCIA	Comité de Coordination Inter Agences
CCM	Country Coordination Mechanism
CCT	Comité de Coordination Technique
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CDV	Conseil pour le Dépistage Volontaire
CDQ	Contrôle De Qualité
CDR	Central de Distribution Régional
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CNP-SS	Comité National de pilotage du secteur de la santé
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CPN	Consultation Prénatale
CPNr	Consultation Prénatale Recentrée
CPoN	Consultation Post Natale
CPP	Comité Provincial de Pilotage
CPP-SS	Comité National de Pilotage Secteur Santé
CPS	Consultation préscolaire
CPTS	Centre Provincial de Transfusion Sanguine
CS	Centre de Santé
CSR	Centre de Santé de Référence
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DAF	Direction des Affaires Financières
DANTIC	Direction Archives et Nouvelle Technologies de l'Information et Communication
DBS	Dried Blood Spots
DEP	Direction d'Etudes et Planification
DHIS-2	District Health Information Software 2
DM	Décès Maternel
DGLM	Direction Générale de Lutte Contre la Maladie
DGOGSS	Direction Générale de l'Organisation et de la Gestion des Services des Soins de Santé
DPM	Direction de la Pharmacie et Médicaments
DPS	Division Provinciale de la santé
DQI	Démarche Qualité Intégrée
DRH	Direction des Ressources Humaines
DSE	Direction de Suivi Epidémiologique
DSCR	Document de Stratégies de Croissance et de Réduction de la Pauvreté

DSFGS	Direction de la Santé de la Famille et Groupes Spécifiques
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ELS	Etat de Lieu du Secteur Santé
ENAP	EveryNewborn Action Plan/Plan D'action Chaque Nouveau-né
ENP	Etude Nationale sur la Prospective
ENSEF	Enquête Nationale sur la santé de l'enfant et de la femme
EPSS	Evaluation des Prestations des Services de soin de Santé
E-QUIBB	Enquête avec Questionnaire Unifié à Indicateurs de Base de Bien-être
EQUIST	Equitable Strategies to Save Lives (Stratégies Equitables pour Sauver des Vies)
étME	Elimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
FAP	Femme en Age de Procréer
FARDC	Forces Armées de la République Démocratique du Congo
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FC	Franc Congolais
FDR	Feuille De Route
FEDECAME	Fédération des Centrales d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
FMSTP	Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme
FO	Fistule Obstétricale
FOSA	Formation Sanitaire
GARPR	Rapport des progrès de la Riposte mondiale au VIH/Sida
GATPA	Gestion Active de la Troisième Phase d'Accouchement
GFF	Global Financing Facility
GIBS	Groupe Inter Bailleur du Secteur Santé
GND	Grossesse Non Désirée
GYTS	Global Youth Tobacco Survey
HGR	Hôpital Général de Référence
HTA	Hypertension Artérielle
HVB	Virus de l'Hépatite B
HVC	Virus de l'Hépatite C
IDH	Indice de Développement Humain
IGME	Inter agency Group of Mortality Estimate (Groupe d'agences des nations unies pour l'estimation de la mortalité)
IHAB	Initiative des Hôpitaux Amis des Bébé
IMC	Indice de Masse Corporelle
INS	Institut National des Statistiques
IOM	Intervention Obstétricale Majeure
IPS	Inspection Provinciale de la Santé
IRA	Infection Respiratoire Aigue
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
ITM	Institut de Techniques Médicales
ISTM	Institut Supérieur de Techniques Médicales
JNV	Journées Nationales de Vaccination
LNME	Liste Nationale des Médicaments Essentiels
LOFIP	Loi sur les Finances Publiques
MAA	Monitorage Amélioré pour Action
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MICS	Multiple Indicators Cluster Survey / Enquête par grappes à indicateurs multiples
MIILD	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action
MS	Ministère de la Santé
NAC	Nutrition à Base Communautaire
ND	Non Disponible

NTIC	Nouvelle Technologie de l'Information et de la Communication
NV	Naissance Vivante
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS (WHO)	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSC	Organisations de la Société Civile
OSQD	Outil de Supervision de la Qualité des Données
PAO	Plan d'Action Opérationnel
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PB	Périmètre Brachial
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PCIGA	Prise en Charge Intégrée de la Grossesse et de l'Accouchement
PCIMNE	Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant
PCR	Polymérase Chain reactive / Réaction de polymérisation en chaîne
PDHF	Petite Dose Haute Fréquence
PDSS	Projet de Développement du Système de Santé
PDV	Perdus De Vue
PDZS	Plan de Développement de la Zone de Santé
PEC	Prise En Charge
PESS	Programme d'Équipement des Structures de Santé
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PM	Pour Mémoire
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNAME	Programme National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
PNCNS	Programme National des Comptes Nationaux de la Santé
PND	Plan National de Développement
PNSD	Plan National de Développement Sanitaire
PNECHOL-MD	Programme National d'éradication du Choléra et Lutte Contre les Maladies Diarrhéiques
PNIRA	Programme National de lutte contre les Infections Respiratoires Aigues
PNLP	Programme National Lutte Contre le Paludisme
PNLS	Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA et IST
PNRBC	Programme National de Rééducation à Base Communautaire
PNS	Politique Nationale de Santé
PNSA	Programme National de la Santé de l'Adolescent
PNSR	Programme National de Santé de la Reproduction
PNSSU	Programme National de la Santé Scolaire et Universitaire
PNTS	Programme National de Transfusion sanguine
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPAC	Plan Pluriannuel Complet
PPDS	Plan Provincial de Développement Sanitaire
PPN	Petit Poids de Naissance
PPP	Partenariat Public Privé
PPS	Point de Prestation des Services
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PRONANUT	Programme National de Nutrition
PSI SRMNEA-NUT	Plan Stratégique Intégré de la Santé de la Reproduction, de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de l'Adolescent - Nutrition
PSM	Plan Stratégique Multisectoriel
PSM PF	Plan Stratégique Multisectoriel de Planification Familiale

PSN	Plan Stratégique National
PSN SACO	Plan Stratégique National de la Santé Communautaire
PSN PCIMNE	Plan Stratégique National de la Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant
PTS	Poste de Transfusion Sanguine
PTF	Partenaire Technique Financier
PTME	Prévention de la transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RECO	Relais communautaire
RDC	République Démocratique du Congo
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RHS	Ressource Humaine en Santé
RPP	Revue de Performance du Programme
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SARA	Service Availability and Readness Assessment (Indice de disponibilité et de capacité opérationnelle des services de santé)
SC	Société Civile
SDMR	Surveillance des Décès Maternels et Riposte
SEN	Soins Essentiels du Nouveau-né
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SIGL	Système d'Information en Gestion Logistique
SMN	Santé Maternelle et Néonatale
SMART	Spécifique, Mesurable, Accessible, Réaliste, Temporel
SMNEA	Santé de la Mère, du Nouveau-né et de l'Adolescent
SNAME	Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SNSAP	Système de Surveillance Nutritionnelle, Sécurité Alimentaire et Alerte Précoce
SOE	Soins Obstétricaux Essentiels
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUB	Soins Obstétricaux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SP	Sulfadoxine – Pyriméthamine
SPSR	Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction
SR	Santé de la Reproduction
SRMNEA-NUT	Santé de la Reproduction, de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant, et de l'Adolescent-Nutrition
SRO	Solution de Réhydratation Orale
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SSC	Site de Soins Communautaires
SSE	Système de Suivi et Evaluation
SSP	Soins de Santé Primaires
SSRAJ	Santé sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes
SUN	Soins d'Urgence du Nouveau-né
TAR	Traitement Anti Rétroviral ou Thérapie Anti rétro Virale
TBN	Taux Brut de Natalité
TDCI	Troubles dus à la Carence en Iode
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TETU	Tri-Evaluation-Traitement des Urgences
TGFG	Taux Global de Fécondité Général
TIC	Technologies de l'information et de la Communication
TME	Transmission de la Mère à l'Enfant
TNN	Tétanos Néonatal

TPI	Traitement Préventif et Intermittent
UNFPA	United Nations Population Fund / Fonds des Nations-Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNS	Unité Nutritionnel Supplémentaire
UNTA	Unité Nutritionnel Thérapeutique Ambulatoire
UNTI	Unité Nutritionnel Thérapeutique Intensive
VAD	Visite A Domicile
VAT	Vaccination Anti Tétanique
VBG	Violence Basée sur le Genre
VDPV	Vaccine Derivated PolioViruses
VIH/HIV	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VPH	Virus Papilloma Humain
WASH	Water Sanitation and Hygiene
ZS	Zone de santé

LISTE DES GRAPHIQUES

Figure 1: Carte administrative de la RDC.....	16
Figure 2: Evolution de la mortalité infanto-juvénile.	19
Figure 3: Causes de la mortalité infanto-juvénile.	20
Figure 4: Prévalence de Pneumonie.	21
Figure 5: Recherche et couverture des soins des enfants.....	21
Figure 6: Pratiques familiales clés.	22
Figure 7: Evolution de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans.	24
Figure 8: Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois selon les tranches d'âge.....	24
Figure 9: Evolution du traitement ARV pédiatrique (2011-2015).	25
Figure 10: Cascade de dépistage précoce du VIH chez les enfants à risque.	25
Figure 11: Evolution de la mortalité néonatale.....	26
Figure 12: Causes de mortalité néonatale.	26
Figure 13: Disponibilité des équipements de réanimation du nouveau-né/Province.	27
Figure 14: Soins postnatals/Province.	28
Figure 15: Evolution des pratiques de l'AME et l'alimentation de complément.	28
Figure 16: Evolution des faibles poids à la naissance.	29
Figure 17: Tendance de la mortalité maternelle de 2000 à 2030.	29
Figure 18: Causes de mortalité maternelle.....	29
Figure 19: Prévalence contraceptive moderne par province.....	30
Figure 20: Proportion des CPN effectuées par les femmes enceintes selon les zones de résidence et le niveau d'instruction.....	31
Figure 21: Proportion des femmes enceintes qui ont reçu VAT2+ et des naissances protégées contre le tétanos.....	31
Figure 22: Proportion de femmes enceintes qui ont reçu 1 et 2 doses de TPI en CPN.	31
Figure 23: Durée écoulée entre l'accouchement et le moment où la mère a reçu ses premiers soins postnatals.	32
Figure 24: Période de surveillance des décès maternels.	33

Figure 25: Décès maternels et suivi des consultations prénatales.	33
Figure 26: Part des adolescentes dans la mortalité maternelle.	34
Figure 27: Répartition des adolescentes selon.....	35
Figure 28: évolution des décès dus au sida de 2009 à 2014.	36
Figure 29: Evolution de la part du financement de la santé par source de 2011 à 2015 en RDC	40
Figure 30: Structures de financement de la santé en RDC de 2011 à 2016	41
Figure 32 : Répartition des FOSA disposant des MEG pour les enfants en stock, 2014.	44

PREFACE

Quatre-vingt-cinq millions des congolais souhaitent bâtir un pays toujours plus beau qu'avant, un Congo uni, fort et prospère au cœur de l'Afrique. Ce souhait implique un peuple en bonne santé pour le besoin duquel la responsabilité première du Gouvernement repose sur le secteur de la Santé avec la contribution de tous les autres secteurs et intervenants. La République Démocratique du Congo (RDC), à l'instar d'autres Pays, a adopté les Objectifs de Développement Durable (ODD) pour éradiquer la pauvreté, protéger la planète et garantir la prospérité pour tous.

Le Gouvernement de la RDC à travers le Ministère de la Santé a la responsabilité d'assurer l'effectivité de l'ODD 3 : « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge »; ceci par la mise en œuvre de la politique sanitaire nationale qui vise à promouvoir l'état de santé de toute la population, en fournissant des soins de santé globaux, intégrés, continus et accessibles à tous dans un contexte global de la lutte contre la pauvreté et avec la participation de la communauté, par l'approche de couverture sanitaire universelle (CSU).

Le Plan Stratégique Intégré de la Santé de la Reproduction, de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant, de l'Adolescent et Nutrition 2019-2022 (PSI SRMNEA-NUT) que j'ai l'honneur de préfacer, est une émanation du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2016-2020 recadré en PNDS 2019-2022) qui est le document principal pour faire progresser rapidement les indicateurs du pays en vue d'atteindre l'ODD 3. Il a été élaboré à travers un processus participatif et inclusif de toutes les parties prenantes.

La mise en œuvre de ce Plan Stratégique nécessite la conjugaison des efforts des différents acteurs tant du secteur public que du secteur privé à but lucratif et non lucratif, ainsi que des organisations de la société civile et des partenaires techniques et financiers (PTF), pour atteindre les résultats visés.

C'est ici le lieu pour moi de féliciter tous les Experts de la partie Gouvernementale, de la Société Civile ainsi que les PTF qui ont contribué à l'élaboration et à la finalisation de ce précieux document.

Dr. Oly ILUNGA KALENGA

Ministre de la Santé

REMERCIEMENTS

La production de ce Plan Stratégique Intégré de la Santé de la Reproduction, de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant, de l'Adolescent et Nutrition est une contribution significative à l'amélioration de l'état de santé de la population congolaise dans le cadre de la Couverture Sanitaire Universelle.

Nous saisissons cette opportunité pour remercier particulièrement Son Excellence Monsieur Le Ministre de la Santé pour son engagement à doter le pays de ce document, qui est le fruit des efforts conjugués des experts nationaux et internationaux qui ont bien accepté d'offrir leurs expertises afin de réaliser ce document, dont la mise en œuvre contribuera à sauver des milliers de vies des mères, nouveau-nés, enfants et adolescents dans le contexte de la couverture sanitaire universelle pour l'atteinte de l'ODD 3 à l'horizon 2030. Nous leurs sommes infiniment reconnaissant.

Nous témoignons notre profonde gratitude à l'endroit des Experts centraux et provinciaux du Ministère de la santé et ceux de la Société Civile pour leur contribution à l'élaboration de cet important outil de travail et de mobilisation des ressources.

Nos remerciements s'adressent à tous les Partenaires d'appui, notamment UNICEF, OMS, USAID, UNFPA, SAVE THE CHILDREN, PROSANI/USAID, CUSO INTERNATIONAL, PATH, JPHIEGO, TULANE UNIVERSITY pour l'appui technique et financier à l'aboutissement de ce document.

Au nom du peuple congolais bénéficiaire de soins de santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile de qualité à la suite des effets de la mise en œuvre de ce plan stratégique et à toutes les parties prenantes, nous disons merci à tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réussite de ce travail.

Dr. Sylvain YUMA RAMAZANI

Le Secrétaire Général à la Santé

RESUME EXECUTIF

La République Démocratique du Congo (RDC) fait face aux défis posés par la mortalité maternelle, néonatale et infantile à laquelle elle paie un lourd tribut. En réponse à cette situation, le présent document de plan stratégique intégré 2019-2022 de Santé de la Reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent-nutrition 2019-2022 (PSI SRMNEA-NUT) est élaboré et s'inscrit dans la logique du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), version 2016-2020 et PNDS recadré 2019-2022, des Objectifs de Développement Durable (ODD) et de la stratégie mondiale des Nations Unies pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030. Située en Afrique centrale et à cheval sur l'équateur, la RDC est le second pays le plus vaste d'Afrique, s'étendant sur une superficie de 2.345.410 Km², elle est le troisième pays le plus peuplé d'Afrique subsaharienne avec une population estimée à 85.026.000 habitants.

Le profil épidémiologique de la santé de la Santé de la Reproduction, de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant, et de l'Adolescent-Nutrition (SRMNEA-NUT), déterminé par les indicateurs de mortalité et de morbidité, met en évidence l'état préoccupant de la santé de la population en général, et des populations ciblées en particulier.

Bien que les tendances de la mortalité chez les moins de 5 ans soient à la baisse entre 2007 et 2014, elles restent encore élevées, et n'ont pas répondu aux cibles des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). La morbi-mortalité infantile, avec un soubassement de malnutrition chronique, est dominée par la triade paludisme (14% de prévalence), infections respiratoires aiguës (7% de prévalence) et maladies diarrhéiques (17% de prévalence). Un peu plus d'un enfant de moins de 5 ans sur cinq (22,6%) présentent une insuffisance pondérale. Plus de deux enfants de moins de 5 ans sur cinq (43%) souffrent de malnutrition chronique ou d'un retard de croissance, et près d'un enfant de moins de 5 ans sur dix (7,9%) souffre de la malnutrition aiguë globale (émaciation).

La transmission de l'infection à VIH dans cette tranche d'âge est essentiellement verticale, les nouvelles infections, plus importantes dans les groupes d'âge de 0-14 ans, apparaissant entre 0 et 4 ans, correspondent dans la majorité des cas à la Transmission de la Mère à l'Enfant (TME). Des défis existent en matière de dépistage et traitement Anti Retro Viral (ARV) pour les enfants exposés, dont seulement 71% des enfants nés des mères séropositives ont bénéficié de dépistage précoce du VIH.

La couverture vaccinale complète reste faible, avec un taux de couverture vaccinale de base complète de 45%, selon l'enquête EDS 2013-2014. Ceci signifie que plus de 1,6 million d'enfants manquent de recevoir au moins un des antigènes de base à chaque année.

La mortalité néonatale contribue à 27% dans la mortalité infanto-juvénile; et à 56% de celle de moins d'un an. Selon les résultats de l'enquête QUIBB, près de 60% des nouveaux nés n'ont pas bénéficié de consultations post-natales. La prévalence des faibles poids à la naissance, plus élevée en milieu urbain que rural, est estimée à 7,1% en 2014 contre 7,7% en 2007, selon l'EDS 2013-2014.

La mortalité maternelle reste élevée. Ces décès survenant le plus souvent pendant le post-partum (69% selon le rapport SDMR/RDC-2017). Leurs causes directes estimées à 89%, sont dominées par les hémorragies (47%), l'éclampsie/pré-éclampsie (9%), la rupture utérine (8%), les infections sévères (3%) et les complications d'avortement (2%), et leurs causes indirectes sont l'anémie (9%) et le paludisme (2%).

Pour les adolescents, 65% de ceux âgés de 15-19 ans ont déjà eu leurs premiers rapports sexuels, 22 % les ont eus avant l'âge de 15 ans. L'âge médian des premiers rapports sexuels est estimé à 17 ans. Les proportions d'adolescentes ayant commencé leur vie

féconde précocement augmentent rapidement avec l'âge, passant de 6% à 15 ans à 47% à 19 ans, âge auquel 42% des jeunes filles ont déjà eu au moins un enfant.

Pour le Nouveau-né, l'enfant et la mère, les cibles des couvertures et des vies sauvées ont été fixées avec les données de base introduites dans l'outil EQUIST, en plus, des cibles ont été fixées pour la prévalence de la malnutrition et la santé des adolescents. Ainsi donc, l'impact attendu pour le paquet SRMNEA-NUT se présente de la manière suivante:

- 41 230 nouveau-nés sauvés;
- 100 668 enfants de 0-5 ans sauvés;
- 6416 mères sauvées.
- La prévalence de la malnutrition passe de 43% à 33% chez l'enfant d'ici 2022
- La part de la mortalité maternelle attribuable aux Adolescentes passe de 29,2% à 15% d'ici 2022

Le coût du PSI SRMNEA-NUT, calculé à l'aide du logiciel OneHealth s'élève à **3.743.050.506 USD**.

La vision du plan est d'ici 2022, la RDC sera avancée vers l'accès universel à des services de qualité particulièrement en faveur de la Santé Reproductive, de la Mère, du Nouveau-né, de l'Adolescent et Nutrition, et la réduction de l'incidence des dépenses catastrophiques des ménages afin de leur permettre de contribuer au développement économique de la nation dans un environnement favorable à une bonne santé.

Ainsi, 4 objectifs spécifiques ont été retenus, à savoir :

- Réduire de 27% par rapport aux niveaux de 2016 la mortalité maternelle (de 693 à 509 décès maternels pour 100.000 NV) d'ici 2022 ;
- Réduire de 38% par rapport aux niveaux de 2016 la mortalité néonatale (de 29 à 18 décès néonataux pour 1000 NV) d'ici 2022 ;
- Réduire de 28% par rapport aux niveaux de 2016 la mortalité infanto-juvénile (de 94 à 67 décès infanto-juvénile pour 1000 NV) d'ici 2022 ;
- Réduire de 30% par rapport au niveau de 2013 la mortalité liée à l'infection au VIH chez les adolescents (1,2%), contre 0,7% pour la population générale d'ici 2022.

Spécifiquement, les cibles poursuivis par objectif sont :

- La mise en place des paquets essentiels des services de SRMNEA-NUT de qualité
- L'amélioration de l'accès aux soins pour la mère, le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent
- L'accroissement de la qualité des services SRMNEA-NUT
- Le renforcement de la dynamique communautaire en faveur de la SRMNEA-NU.
- Le renforcement de la gouvernance et redevabilité.

Le suivi de la mise en œuvre de ce plan se fera aux différents niveaux du système de santé. Le système de supervision et de monitoring sera renforcé à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Pour disposer des données fiables capables de suivre les progrès, des enquêtes d'envergure nationales sur les indicateurs sociodémographiques et de santé, l'infection à VIH, la nutrition et autres, seront menées pour mesurer les résultats et l'impact sur la mortalité maternelle, néonatale et infantile. De même, la surveillance des décès maternels, néonataux et infantiles et des causes de décès se fera à travers tout le pays.

L'évaluation du plan indispensable pour apprécier le niveau d'atteinte des objectifs du PSI SRMNEA-NUT 2019-2022, sera réalisée à travers des revues annuelles et à mi-parcours, les monitorings de la qualité des interventions et une revue finale au terme du plan.

0. INTRODUCTION

Les Politiques de population en général et de santé en particulier ont été réorientées dans le monde entier suite aux recommandations de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) du Caire en 1994 et du Sommet du Millénaire de New York en 2000. La Déclaration du Millénaire, issue de ce Sommet, invitait tous les Pays à réduire de 2/3 les ratios de la mortalité néonatale et infantile et de 3/4 celui de la mortalité maternelle par rapport aux taux de 1990 dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) 4 et 5 à l'horizon 2015.

En vue de réduire les taux élevés de mortalité maternelle, néonatale et infantile dans les Pays Africains, une Feuille de Route (FDR) pour accélérer l'atteinte des OMD 4 et 5 avait été adoptée par les Ministres de la santé de la Région Africaine, lors de la 54^{ème} session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique à Brazzaville en 2004 par la Résolution AFR/RC/54/R9. Celle-ci avait pour objectifs de (i) Rendre disponible le personnel de santé qualifié pour assister les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum, et (ii) de Renforcer les capacités des individus, des familles et des communautés pour améliorer la santé maternelle, néonatale et infantile.

Face aux défis posés par la mortalité maternelle, infantile et néonatale à laquelle elle paie un lourd tribut, en réponse à cette résolution et à l'instar des autres Pays ayant souscrit aux recommandations de la CIPD et aux OMD, la République Démocratique du Congo a élaboré sa feuille de route avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers (PTF). Celle-ci, arrivée à terme en 2015, a été sanctionnée par une revue finale organisée en mars 2017.

A la suite de cette revue, le présent Plan Stratégique Intégré de Santé de la Reproduction, la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant, de l'Adolescent et Nutrition 2019-2022 (PSI SRMNEA-NUT) est élaboré et aligné sur le PNDS 2016 - 2020 recadré en PNDS 2019-2022 en vue d'atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD), spécifiquement l'ODD-3 ; en harmonie avec la Stratégie Mondiale des Nations Unies pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030.

L'écriture du document a suivi les étapes ci-après:

- Mise sur pied d'un comité de pilotage autour du Secrétaire Général à la Santé
- Recrutements des consultants nationaux et internationaux
- Revue documentaire qui a pris en compte les différents plans et documents stratégiques pays existants tels que : le cadre d'investissement GFF, PSN SACO, PSN PCIMNE, ENAP, PSN Adolescents, PSM NUTRITION, PSM PF, Normes et Directives SMNEA, plan é-TME
- Plusieurs ateliers d'écriture réunissant autour de la DSFGS, les experts de : DEP, DGOGS, PNSR, PNSA, PRONANUT, PNIRA, PNECHOL-MD, PNRBC, PNTS, PNSSU, MAA, quelques délégués des DPS, OSC-SRMNEA NUT, et les PTF
- Restitution de la version initiale du PSI SRMNEA-Nut auprès de Son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé
- Finalisation du plan en intégrant les différents feedbacks
- Validation du document par différentes parties prenantes

Ce Plan s'articule autour des points suivants : (i) Contexte, (ii) Analyse de la situation et de la réponse de la SRMNEA-Nut, (iii) Orientations Stratégiques du plan, (iv) Cadre Logique, (v) Cadre Programmatique, (vi) Budget Synthèse et (vii) Cadre de Performance.

I. CONTEXTE

Cette partie décrit la situation géographique, administrative, démographique, socio-économique et l'organisation du système de santé de la RDC

I.1. SITUATION GÉOGRAPHIQUE ET ADMINISTRATIVE

Située en Afrique centrale et à cheval sur l'équateur, la RDC est le second pays le plus vaste d'Afrique s'étendant sur une superficie de 2.345.410 Km² (1). Elle partage 9.165 kilomètres de frontière avec 9 pays : le Soudan du Sud et la République Centrafricaine au nord, la République du Congo, l'Enclave angolaise de Cabinda à l'Ouest, l'Ouganda, le Burundi, le Rwanda et la Tanzanie à l'Est, la Zambie et l'Angola au Sud. Le pays dispose d'un important réseau hydrographique dont le fleuve Congo, long de 4.700 km et d'une vaste étendue de sol arable très fertile de 80.000.000 d'hectares, dont environ 12.000.000 seulement exploités (1).



Source : Rapport pays PNUD RDC 2016
Figure 1: Carte administrative de la RDC.

La RDC est un Etat unitaire fortement décentralisé, subdivisé en 26 provinces d'après le dernier découpage territorial de 2006 (Article 226 de la Constitution de la 3^{ème} République) (2). Elle compte 33 villes, 145 territoires, 471 secteurs, 264 chefferies, 137 communes urbaines, 174 communes rurales et 5908 groupements selon la réforme territoriale de 2015 (3).

I.2. SITUATION DÉMOGRAPHIQUE

La RDC est le troisième pays le plus peuplé d'Afrique subsaharienne avec une population estimée à 85.026.000 habitants selon les récentes projections de l'Institut National de la Statistique (Annuaire statistique 2015) (1), avec un sex-ratio de 0,97 homme pour une femme (4), un taux de croissance annuel de 3,3% et une densité de 36 habitants au km (1). Cette population, est essentiellement jeune, avec environ deux-tiers de la population des moins de 25 ans et 46% des moins de 15 ans. Les enfants de moins de 5 ans représentent

18,5 % de la population, et les femmes de 15-49 ans en âge de procréer (FAP) 21% (1). Cette population se caractérise par une fécondité élevée, un taux brut de natalité (TBN) de 44,1‰, (5) et un indice synthétique de fécondité (ISF) de 6,7 enfants par femme (4).

La population congolaise, inégalement répartie sur le territoire national, est concentrée sur les plateaux, dans les savanes, les longs des cours d'eau et les lacs, avec 69,6% en milieu rural et 30,4% en milieu urbain (1). L'exode rural accentué par des conflits armés et ethniques récurrents a accru la densité en milieux urbains. La Ville-Province de Kinshasa, capitale de la RDC a une très forte densité, avec 1162 habitants au km², (la taille de sa population est estimée à 11575000) en raison de la concentration des infrastructures économiques, scolaires, universitaires, sanitaires, administratives et politiques, et de la dégradation des conditions de vie en milieu rural (1).

I.3. SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE

La RDC a accompli des progrès considérables sur le plan de la croissance économique et de la stabilité macroéconomique de 2011 à 2014 avec un taux de croissance du PIB moyen de 8% par an, le pic étant de 9,5% en 2014, Cette forte croissance n'a pas entraîné un développement des capacités productives ni une transformation structurelle de l'économie. Ce taux a décliné de 6.9% en 2015 à 4,1% en 2018 et le PIB par habitant (en USD courants) est passé de 487,1 en 2014 à 568,9 en 2018 (6-11).

Les dépenses publiques et privées pour la santé s'élèvent à 4,5 % du PIB (12).

Le rapport sur le Développement Humain 2016 du PNUD classait la RDC au 176^{ème} rang sur 188 pays avec un IDH de 0,464 (13).

L'enquête 1-2-3 a estimé la proportion de la population en dessous du seuil de la pauvreté à 63,4% (14).

Le pays est aussi potentiellement riche en minerais (le cuivre, le cobalt, le zinc, le diamant, l'or, l'uranium, le fer, le coltan, ...), en produits agricoles (le café, le coton, le cacao, le bois, la banane, les arachides, le riz, ...) et en pétrole.

Selon le Rapport OMD 2000-2015, après un repli considérable entre 1990 et 2001, les taux bruts et net de scolarisation dans le primaire, ont repris et atteint respectivement 118,3 % et 80,4 % en 2013, tandis que le taux d'achèvement du primaire est passé de 24,8 % en 2001 à 69,7 % en 2013. Le taux de déperdition scolaire est élevé, une majorité d'enfants en âge scolaire ne fréquente aucun établissement scolaire. Le taux d'alphabétisation des personnes âgées de 15 à 24 ans a franchi la barre de 82,4 % en 2013 (15).

Bien que près de la moitié des 27.700.000 personnes ayant un emploi soient constituée des femmes, et que la position sociale de la femme ait évolué rapidement en milieu urbain (14), celle-ci demeure préoccupante en milieu rural à cause de certaines pesanteurs socioculturelles. Ce qui impacte négativement sur l'état de santé de la femme et des enfants en bas âge.

La RDC se caractérise par une grande diversité culturelle et linguistique. Le pays compte quelques 40 ethnies et environ 450 tribus que l'on peut catégoriser en quatre principaux groupes ethniques, à savoir les Bantous qui sont majoritaires, les Nilotiques, les Soudanais et les Pygmées engendrant une diversité culturelle et linguistique. Quatre langues nationales

sont parlées en RDC, à savoir: le Kikongo au Sud-ouest, le Lingala à Kinshasa et au Nord-Ouest, le Swahili à l'Est et le Tshiluba au Centre - Sud du pays. Le français est la langue officielle de l'administration et de l'enseignement.

I.4. ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Le système de santé de la RDC s'articule autour de trois niveaux hiérarchiques : le Niveau Central, le Niveau Intermédiaire ou Provincial et le Niveau Périphérique ou Opérationnel

- Le niveau central est constitué du Cabinet du Ministre, de l'Inspection Générale de la Santé et du Secrétariat Général qui coordonne les Directions, les Programmes Spécialisés et les Hôpitaux Nationaux de référence. C'est le niveau stratégique et normatif dans la planification, le suivi, l'évaluation, la coordination, la mobilisation et l'allocation des ressources.
- Le niveau intermédiaire (provincial), est composé du Ministère Provincial en charge de la Santé, de la Division Provinciale de la Santé (DPS), de l'Inspection Provinciale de la Santé (IPS), de l'hôpital provincial et des autres structures sanitaires à vocation provinciale. Ce niveau assure le rôle d'encadrement technique, le suivi et la traduction des directives, stratégies, politiques sous forme d'instructions et de fiches techniques pour faciliter la mise en œuvre des actions au niveau des Zones de Santé (ZS).
- Le niveau périphérique (opérationnel) est représenté par la ZS subdivisée en Aires de Santé (AS). La ZS est administrée par une Equipe Cadre de la Zone de Santé (ECZS). Elle couvre, en moyenne, 100.000 habitants en milieu rural et 150.000 en milieu urbain. Elle a comme structure opérationnelle ou d'offre des soins, un réseau de 15 à 20 Centres de santé (CS) organisé autour d'un hôpital général de référence (HGR).

L'organisation fonctionnelle du système de santé repose sur les structures opérationnelles de l'offre des soins que constituent les formations sanitaires (FOSA), réparties selon leur statut juridique en 3 secteurs : étatique, paraétatique et privé (à but lucratif et non lucratif).

II. ANALYSE DE LA SITUATION ET DE LA REPONSE DE LA SRMNEA-NUT

L'analyse situationnelle de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent est partie de la revue des programmes SRMNEA-NUT organisée en mars 2017 et a pris aussi en compte les différents documents stratégiques et normatifs produits au Pays notamment le PNDS 2016-2020 recadré en PNDS 2019-2022, rapport d'évaluation du PNDS 2011-2015, Cadre d'Investissement GFF, PSN SACO, PSN PCIMNE, ENAP, PSN Adolescents, PSM NUTRITION, PSM PF, Normes et Directives SMNEA, plan é-TME.

Il ressort de cette analyse que, malgré quelques progrès observés dans la vision de soins essentiels de qualité, globaux, accessibles, continus et intégrés, les prestations de soins et de services de santé en RDC connaissent des problèmes prioritaires récurrents. Il s'agit de : (i) la faible couverture sanitaire, (ii) la capacité opérationnelle insuffisante des structures à tous les niveaux à réaliser les interventions, (iii) la faible qualité des soins et des services offerts, (iv) la sous-utilisation des soins et des services disponibles, et (v) la faible redevabilité publique des services de santé.

II.1. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE

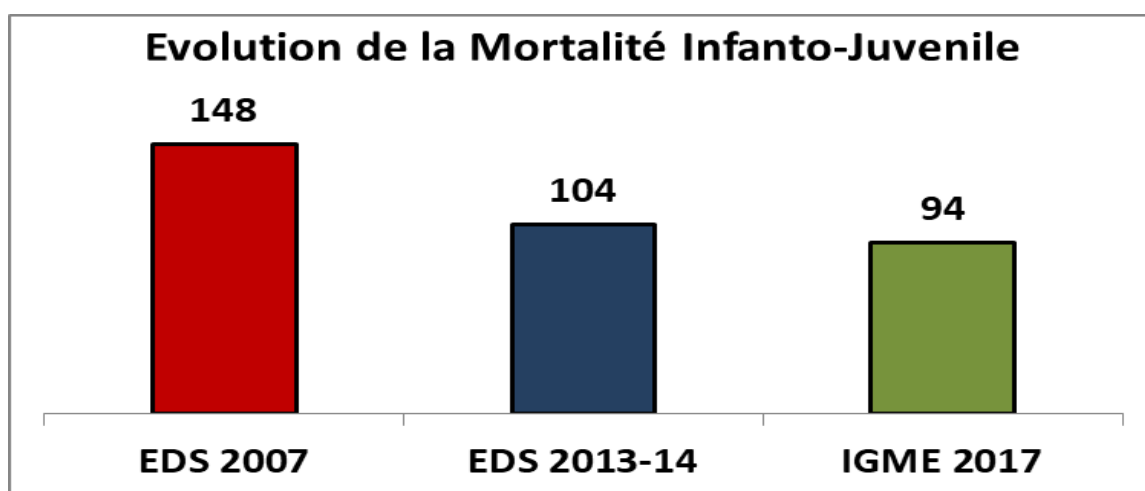
Le profil épidémiologique de la SRMNEA-NUT est déterminé par les indicateurs de mortalité et de morbidité, qui mettent en évidence l'état préoccupant de la santé de la population en général et des populations ciblées en particulier. Ci-dessous présentée la situation par cible.

II.1.1. Santé de l'enfant

II.1.1.1. Situation de la mortalité

Bien que les tendances de la mortalité chez les moins de 5 ans aient été à la baisse ces dernières années, elles sont restées élevées et n'ont pas répondu aux cibles des OMD.

En effet, le ratio de mortalité infanto-juvénile est passé de 148 en 2007 à 94 décès pour 1000 naissances vivantes en 2017 (et donc très loin de la cible du plan stratégique SR fixée à 76 décès ‰ NV (16-18)).



Source : EDS 2007, EDS 2013-2014 et IGME 2017
Figure 2: Evolution de la mortalité infanto-juvénile.

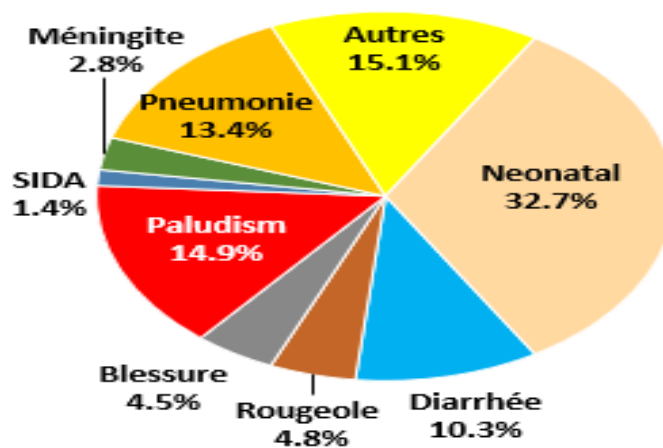
II.1.1.2. Les déterminants de la mortalité infanto-juvénile

Parmi les facteurs les plus déterminants de la mortalité infanto-juvénile, il y a d'une part les causes de morbidité-mortalité, et d'autre part la faible couverture des populations ayant bénéficié des soins de qualité, tant pour les soins curatifs, préventifs que promotionnels.

II.1.1.2.a. Les principales causes de décès des moins de 5 ans

Les causes de mortalité infantile, sur un fond de malnutrition chronique, sont dominées par les affections néonatales et la triade paludisme, infections respiratoires aiguës (IRA) et maladies diarrhéiques.

Selon Lancet 2014, les causes de décès les plus incriminées sont : les causes néonatales (32.7%), le paludisme (14.9%), la pneumonie (13.4%), et la Diarrhée (10.3%), sur un fond de malnutrition chronique de 47% (19).



Source : Lancet 2014

Figure 3: Causes de la mortalité infanto-juvénile.

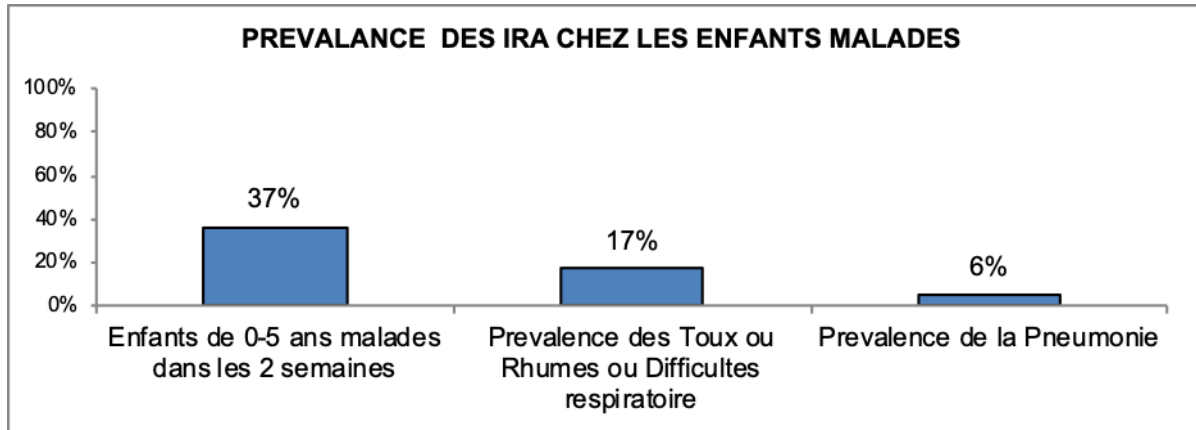
II.1.1.2.b. La morbidité liée aux trois maladies tueuses des enfants

- **Le paludisme** constitue selon les données de routine, le motif de consultation le plus fréquent, toutes tranches d'âge confondues en RDC.

Selon les derniers résultats de l'enquête avec questionnaire unifié à indicateurs de base de bien-être (E-QUIBB/RDC 1 2016), la prévalence du paludisme est estimée à 14%. Il est plus élevé dans les provinces de Kwango (27,5%), de l'Equateur (23,7%) et de Haut-Lomami (20,4%).

- **Quant aux maladies diarrhéiques**, selon l'EDS/RDC 2013-2014, près d'un enfant de moins de 5 ans sur cinq (17%) avait souffert de diarrhée pendant les deux semaines ayant précédé l'interview. La prévalence de la diarrhée est particulièrement élevée chez les jeunes enfants de 6-11 mois et 12-23 mois avec des taux respectivement de 33 % et 28 %.
- **Pour les infections respiratoires Aigües (IRA)**, la même source indique que 7% d'enfants de moins de 5 ans avaient souffert de toux accompagnée de respiration courte et rapide au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Ces infections sont plus fréquentes chez les enfants de 6-11 mois (10 % des cas).

L'analyse de la situation sur la pneumonie en RDC en 2018 a montré une prévalence de 6% de Pneumonie, avec 17% d'enfants ayant souffert de Toux ou Rhume ou difficulté respiratoire, parmi les 37% d'enfants de 0-5 ans tombés malades dans les 2 semaines précédant l'enquête (20).



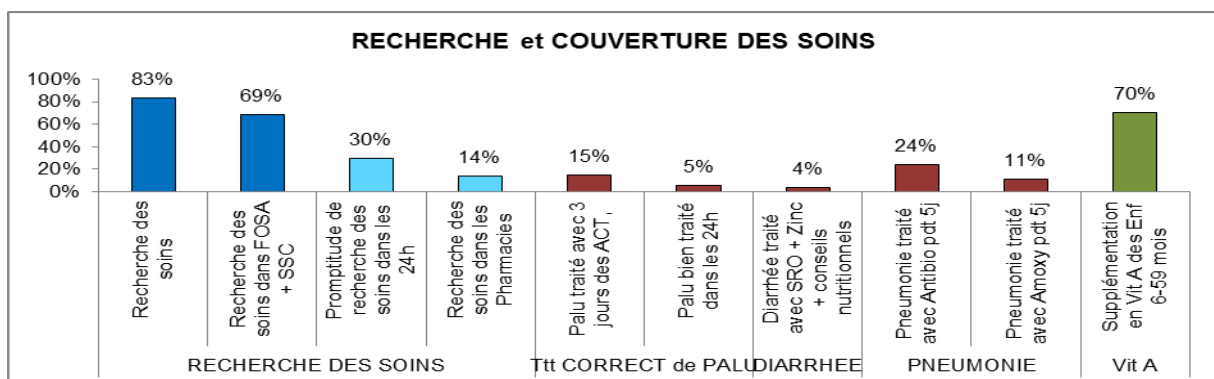
Source : Rapport d'analyse de situation sur la pneumonie en RDC 2018
Figure 4: Prévalence de Pneumonie.

Selon les données de routine, le paludisme est le motif de consultations le plus fréquent chez au moins 60% des enfants de 0-5 ans, tandis que les IRA représentent 24% et la diarrhée 26%.

II.1.1.2.c. La couverture des soins curatifs et préventifs

Les enquêtes MAA menées dans les 26 DPS en 2016 pour déterminer le niveau d'adoption des pratiques clés familiales favorables à la survie et au développement de l'enfant ont donné des résultats ci-dessous (21).

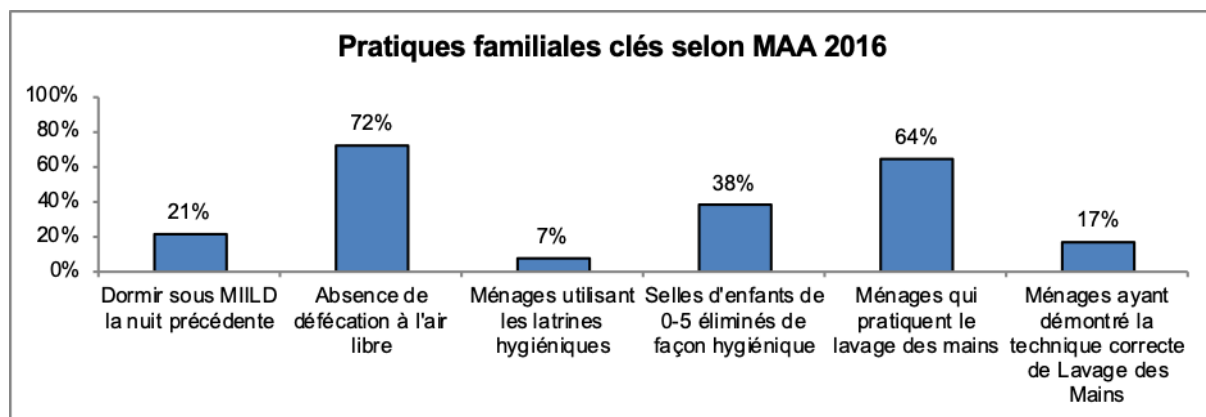
Pour les soins curatifs, il a été noté que la recherche des soins est relativement forte pour les pathologies tueuses de l'enfant à raison de 83% (dont 69% dans les FOSA public-privés et SSC, et 14% dans les pharmacies), tandis que la promptitude à cette recherche dans les 24 heures est plus faible (30%). Un très grand décalage est cependant observé entre les soins dont les enfants ont bénéficié et leur qualité, avec : (i) 15% de Palu traité avec 3 jours des ACT, (ii) 5% de Palu bien traité promptement dans les 24h, et (iii) 4% de Diarrhée traité avec SRO + Zinc + conseils nutritionnels. La supplémentation en Vit A chez les enfants de 6-59 mois, est estimée à 70%.



Source : Rapport MAA 2016
Figure 5: Recherche et couverture des soins des enfants.

II.1.1.2.d. L'adoption des Pratiques-clés favorables pour la lutte contre les 3 maladies tueuses

Selon MAA-2016, le niveau d'adoption des pratiques-clés dans la lutte contre les 3 maladies tueuses a donné des résultats ci-dessous, à savoir : 21% d'enfants ont dormi sous MIILD la dernière nuit, 72% d'absence de défécation à l'air libre chez les mères d'enfants de moins de 5ans contre 7% de ménages utilisant les latrines hygiéniques, 38% de selles d'enfants de moins de 5 ans éliminées de façon hygiénique, 64% de ménages pratiquant le lavage des mains contre 17% de Mères ayant démontré la technique correcte de lavage de mains.



Source : Rapport MAA 2016

Figure 6: Pratiques familiales clés.

Dans la même enquête, il a été noté que 50-70% seulement des relais communautaires (RECO) formés pour assurer la promotion des pratiques-clés sont actifs. Une moindre proportion d'entre eux est dotée de supports CCC, et moins de 30% des Mères interviewées ont déclaré les avoir vus réaliser les causeries éducatives et/ou les visites à domicile dans les villages.

II.1.1.2.e. La couverture des activités de PCIMNE

Pour résoudre le problème de la morbidité et de la mortalité infantile, le pays a adopté la stratégie de prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant (PCIMNE).

La PCIMNE clinique couvre un peu moins de la moitié des ZS (49%). Les faiblesses les plus importantes sont observées dans 3 DPS sur 26 : Tshuapa (0%), Kwango (4%), et Mai-Ndombe (7%). Ceci est attribuable au relâchement des formations et supervisions, ainsi qu'au déplacement des prestataires formés (21).

L'enquête sur l'évaluation des prestations des services de soins de santé 2017-2018 révèle que 88% des FOSA offrent le paquet des trois services de santé infantile (soins curatifs, surveillance de la croissance et la vaccination). Les résultats de l'enquête montrent également que moins de sept FOSA sur dix (68%) administrent de la vitamine A en supplémentation de routine aux enfants. La disponibilité des directives dans les FOSA qui offrent les services de soins curatifs infantiles était faible. En effet, moins de cinq FOSA sur dix disposaient des directives de la PCIMNE (47%) et celles du suivi de la croissance (49%). La moitié des FOSA (50%) disposait d'au moins une personne formée en PCIMNE (22).

Bien que la PCIMNE communautaire couvre au moins 78% des ZS dans les 26 DPS (soit 402 ZS), avec 3801 Aires de santé représentant 35.855.153 habitants ayant intégré des

Sites de soins communautaires (SSC). Dans ces Aires de santé, les villages avec inaccessibilité géographique et ayant intégré les SSC ne représentent environ que 28% de la population totale de ces Aires de santé (soit 10.179.461 habitants) (23). L'extension du volet de la promotion des Pratiques-clés familiales n'a pas été documentée.

La stratégie Tri-Evaluation-Traitement des Urgences pédiatriques (TETU), quant à elle, n'a été développée que dans 12% des HGR jusqu'en 2016, avec des disparités importantes selon les provinces. Si au moins 10 % des cadres des hôpitaux ont été formés en TETU dans 7 DPS, aucun ne l'a été dans 3 DPS (Tshuapa, Kasai-Oriental et Equateur). Seule la DPS du Haut-Lomami a pu former 60% de ses Cadres (24).

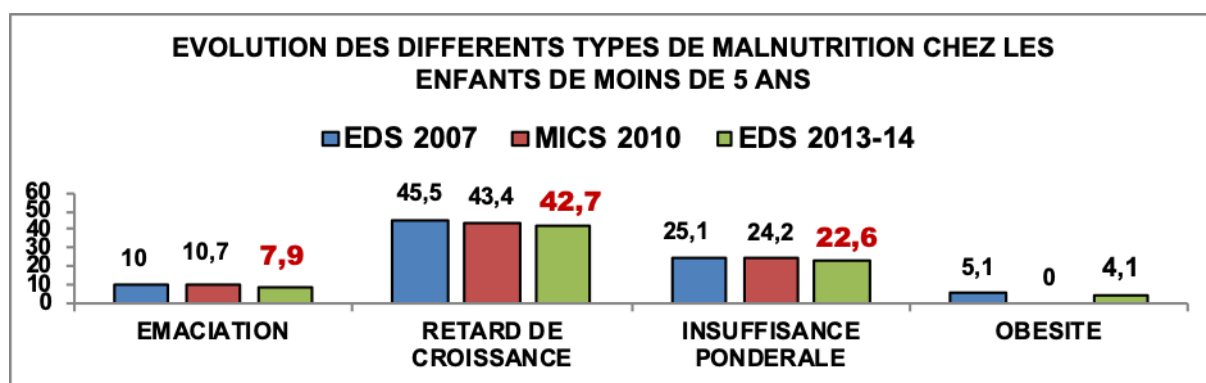
II.1.1.3. La malnutrition

En RDC, plus de 4 millions d'enfants souffrent de la malnutrition aiguë. Les résultats des enquêtes SMART menées entre janvier et juin 2018 révèlent des prévalences de malnutrition aiguë globale supérieures à 12% et des taux de malnutrition aiguë sévère égaux ou supérieurs au seuil d'alerte de 2% indiquant une situation nutritionnelle préoccupante. Le système de surveillance nutritionnelle, sécurité alimentaire et alerte précoce (SNSAP) montre une situation nutritionnelle en dégradation entre 2017 et 2018 marquée par l'augmentation continue du nombre de zones de santé en alerte : de 45 au 3^{ème} trimestre 2017 à 53 au 4^{ème} trimestre 2017 et de 77 au 1^{er} trimestre 2018 à 68 au 2^{ème} trimestre de 2018. Il ressort donc que le nombre moyen des zones de santé en alerte est passé de 39 par trimestre en 2017 à 73 par trimestre pour la période allant de janvier à juin 2018, soit une augmentation de 87% (25).

En termes de couverture nationale, le nombre des zones de santé en alerte est passé de 7,5% en 2017 à 14% de l'ensemble des zones de santé du pays en 2018. Cette augmentation du nombre de zones de santé en alerte qui passe du simple au double corrobore pratiquement l'allure de l'augmentation de la population en crise alimentaire et des moyens d'existence aiguë et en urgence (25).

Selon EDS 2013-2014, un enfant sur dix meurt avant d'atteindre l'âge de cinq ans, et le Programme national de nutrition révèle que la malnutrition est la cause directe ou indirecte de près de la moitié des cas de décès en RDC. Il ressort donc qu'avec l'augmentation des cas de malnutrition dans les différentes zones de santé du pays, le taux de décès soit aussi en hausse. Les enquêtes SMART menées dans le pays entre janvier et juin 2018 révèlent des taux de mortalité rétrospective qui sont presque tous supérieurs au seuil d'urgence de 2 décès par jour pour 10 000 habitants. Dans certains territoires de la région du Kasai (Demba, Dimbelenge, et Kamiji), le taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans dépasse 4 décès par jour pour 10 000 habitants. Ceci dénote une situation d'extrême urgence. Par ailleurs, le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) indique des taux de mortalité intra hospitalier qui sont relativement élevés, notamment dans les régions affectées par les épidémies (rougeole, choléra, diarrhée etc.) et dans celles affectées par la maladie à virus Ebola (Equateur, Nord Kivu et Ituri) (25).

La figure ci-dessous indique l'évolution des différents types de malnutrition

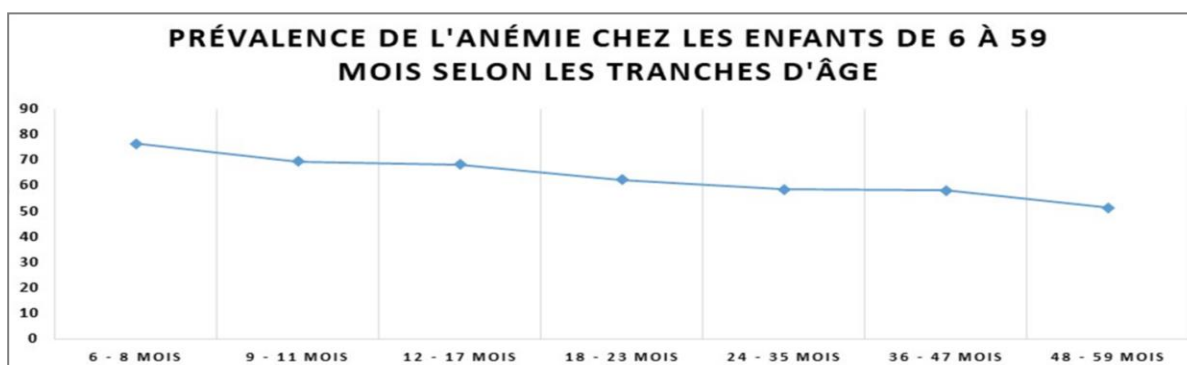


Source : EDS 2007, MICS 2010 et EDS 2013-2014

Figure 7: Evolution de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans.

II.1.1.4. Les carences en micronutriments

L'anémie ferriprive a touché environ six enfants de 6-59 mois sur dix (60%) en 2014, dont 25% sous la forme légère, 32% sous une forme modérée et 3% sous la forme sévère. Cette prévalence est au-dessus du seuil critique de l'OMS de 5%. Elle est de 60.3% en milieu rural contre 58.8% en milieu urbain. Elle diminue progressivement avec l'âge, passant de 76,4% pour les enfants de 6-8 mois à 51,2% pour ceux de 48-59 mois (17).



Source : EDS 2013-2014

Figure 8: Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois selon les tranches d'âge

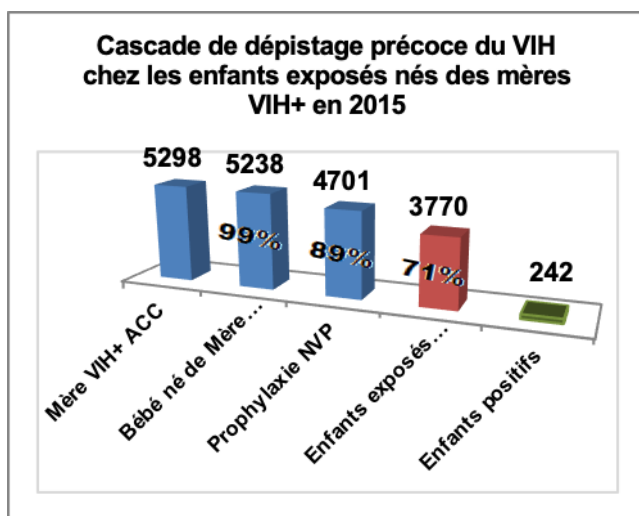
La carence en vitamine A peut entraîner la cécité et les infections, selon l'enquête PRONANUT de 1988, la carence en Vit A affecte 61% des enfants de 6 à 36 mois. Pour lutter contre cette carence, le pays a adopté comme stratégie, la supplémentation des groupes vulnérables, particulièrement les enfants de 6 à 59 mois et les femmes qui allaitent dans les 6 à 8 semaines qui suivent l'accouchement (26).

Pour les Troubles dus à la Carence en Iode (TDCI), l'enquête nationale conduite en 2007 a permis de constater la généralisation de la consommation du sel iodé (97.5%) et en 2013 94.3%. L'absence de l'endémie des TDCI au niveau national, traduit ainsi l'impact positif de la stratégie du sel iodé pour la prévention des TDCI et l'élimination théorique des TDCI comme problème de santé publique au pays. Toutefois, il n'en demeure pas moins que le pays devra maintenir la vigilance sur la stratégie et d'autres mesures de lutte afin de pérenniser la prévention de ce problème (16, 17).

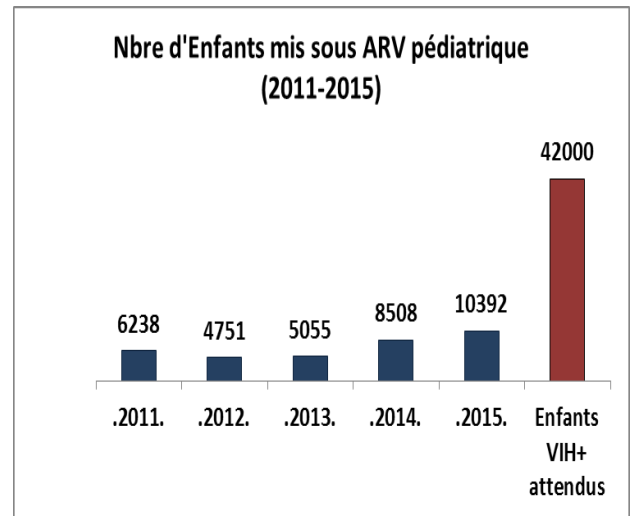
II.1.1.5. L'infection à VIH chez les enfants

La transmission de l'infection à VIH dans cette tranche d'âge est essentiellement verticale. Les nouvelles infections, plus importantes dans les groupes d'âge de 0-14 ans, apparaissant entre 0 et 4 ans, correspondent dans la majorité des cas à la TME.

L'accès au dépistage précoce du VIH des enfants exposés au VIH est limité, ce dépistage se réalise dans quelques sites disposant des automates PCR (Abbott m2000rt). Ce dispositif se heurte souvent au problème de recrutement des prélèvements au niveau périphérique. Ainsi, pour desservir le reste du pays, il est suggéré un renforcement des mécanismes de transport des échantillons DBS (Dried Blood Spots).



Source : Plan d'urgence de traitement du VIH/SIDA 2017-2020
Figure 10: Cascade de dépistage précoce du VIH chez les enfants à risque.



Source : Plan d'urgence de traitement du VIH/SIDA 2017-2020
Figure 9: Evolution du traitement ARV pédiatrique (2011-

Seulement 71% des enfants nés des mères séropositives ont bénéficié de dépistage précoce du VIH, et un enfant sur quatre infectés a reçu les ARV en 2015 (27).

Bien que le nombre de bébés nés des mères VIH+ et mis sous ARV soit croissant, l'on est encore à 24,7% (soit un quart) et loin du nombre d'enfants attendus (27).

La déperdition des enfants, les occasions manquées pour le diagnostic et la non disponibilité des intrants, dont le PCR, sont bien illustrés par la cascade notée entre le nombre des bébés nés des mères VIH+ et ceux exposés ayant bénéficié du test virologique précoce (PCR).

II.1.1.6. Les maladies évitables par la vaccination

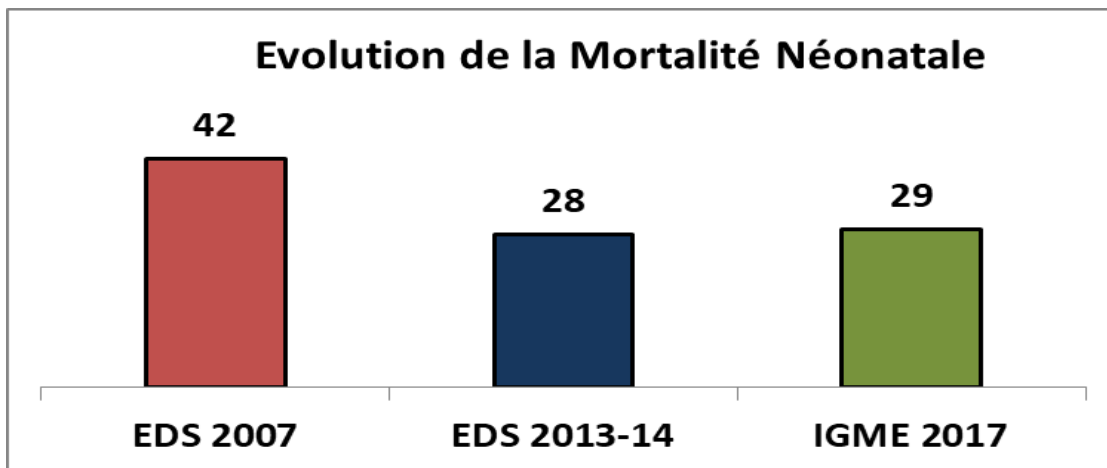
En RDC, le taux de couverture vaccinale complète reste faible. La dernière enquête indépendante (EDS 2013-2014) a enregistré un taux de couverture vaccinale de base complète de 45%. Cela signifie que plus de 1,6 million d'enfants manque au moins un des antigènes de base chaque année, bien que la couverture en DTC3 soit demeurée à 80% depuis 2014 selon les estimations de l'OMS/Unicef.

Ces niveaux de couvertures sont insuffisants pour protéger les populations des maladies évitables par la vaccination et entraînent par conséquent une accumulation rapide des susceptibles constituant un groupe fragile vis-à-vis de l'émergence des épidémies, comme le démontrent les épidémies de rougeole et de cVDPV2 observés ces deux dernières années.

II.1.2. La santé néonatale

II.1.2.1. La mortalité néonatale

La mortalité néonatale reste élevée, elle a évolué de 42 ‰ NV à 28 ‰ NV entre 2007 et 2014, pour reparti à la hausse en 2016 à 29 ‰ NV en 2017(16-18).



Source : EDS 2007, EDS 2013-2014 et IGME 2017

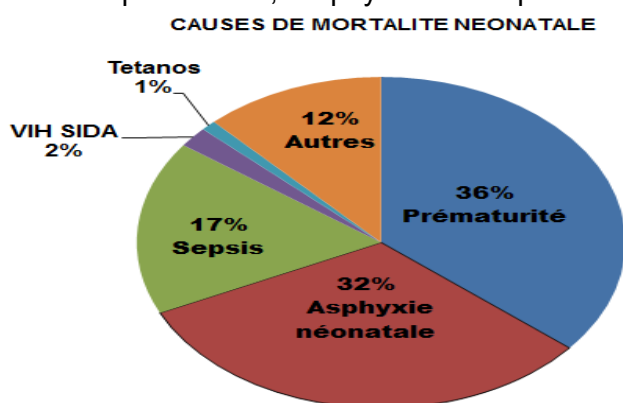
Figure 11: Evolution de la mortalité néonatale.

Une proportion importante des décès de nouveau-nés qui surviennent dans la période néonatale se produit dans les 48 heures qui suivent l'accouchement (28).

La mortalité néonatale contribue à 32,7% dans la mortalité infanto-juvénile. C'est pourquoi elle requiert une attention soutenue et prioritaire dans les interventions d'accélération de la réduction de la mortalité infantile (19).

II.1.2.2. Les causes de la mortalité néonatale

Les causes les plus importantes de décès chez le nouveau-né en RDC sont : les complications de la prématurité, l'asphyxie et le sepsis néonatal.



Source : IGME 2013

Figure 12: Causes de mortalité néonatale.

II.1.2.3. Les déterminants de la santé néonatale

II.1.2.3.a. Les soins essentiels et néonataux d'urgence

Bien que des efforts aient été fournis depuis 2008 pour l'intégration des soins essentiels du nouveau (SEN), celle-ci tardent à l'être dans certaines DPS. Selon l'enquête SONU 2012,

seulement 0,4% des prestataires des soins ont appliqué les soins au nouveau-né suivant la séquence recommandée (29).

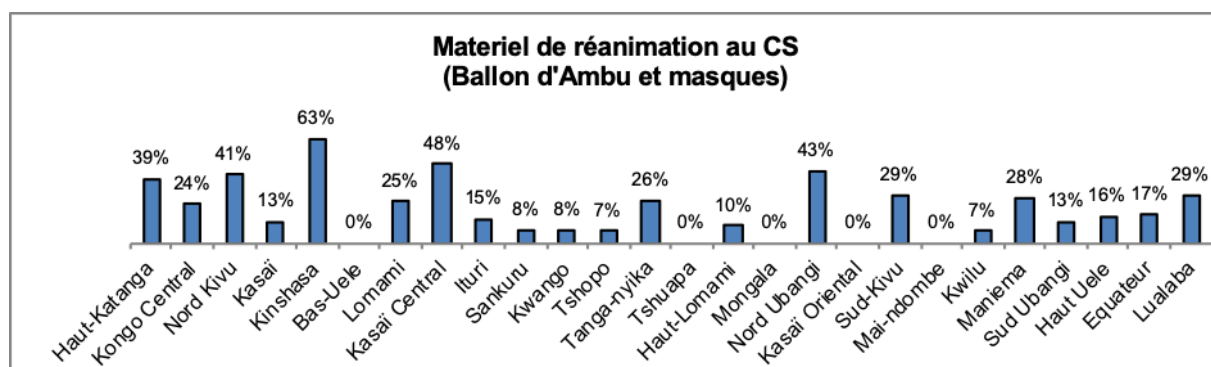
Les données de MAA 2016, mettent en évidence la faiblesse de l'offre des soins de qualité au nouveau-né :

- 15% de prestataires formés en SEN-Réanimation du nouveau-né,
- Faible maintien au chaud du bébé (50% séchage, 38% contact peau à peau, 61% couvert de la tête aux pieds),
- 50% de soins du cordon à la Chlorhexidine digluconate 7,1% et laissé à l'air libre,
- 51% d'initiation précoce à l'allaitement,
- 43% des soins aux yeux,
- 8% d'administration de Vit K1,
- 23% examinés à la maternité pour rechercher les maladies/signes de danger,
- 18% d'utilisation de SEN de qualité dans les 24 heures de la naissance et
- 5% de couverture Effective de SEN.

Malgré l'implémentation de la réanimation néonatale dans au moins 80% de FOSA, leur capacité fonctionnelle est très faible avec à peine 11% de structures disposant de l'équipement de base selon l'enquête SARA 2014. En dehors de Kinshasa qui dispose d'un plateau technique matériel et humain acceptable, les capacités de réanimation néonatale sont très faibles particulièrement dans les provinces de Tanganyika, Tshuapa, Sankuru, Nord Ubangi, Mongala et Haut Lomami) (30).

Les causes principales de la faible disponibilité de ces soins, en dehors des moyens financiers, sont l'insuffisance de la formation, du suivi, ainsi que la faible disponibilité ou absence des intrants et équipements nécessaires.

Le Coin du nouveau-né existe dans la plupart des salles d'accouchement des FOSA, mais les matériels et équipements (entre autres pour la réanimation) demeurent un grand défi.

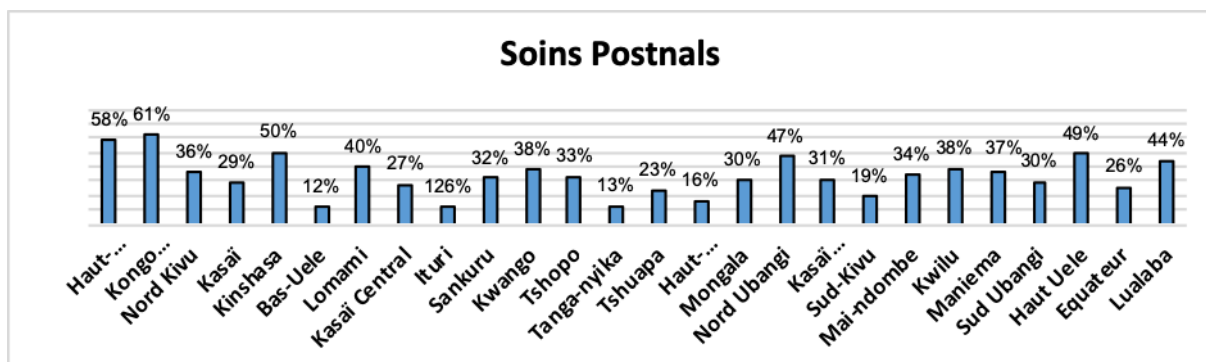


Source : Rapport MAA 2016

Figure 13: Disponibilité des équipements de réanimation du nouveau-né/Province.

II.1.2.3.b. Les soins postnataux

Selon l'enquête QUIBB, près de 60% des nouveaux nés n'ont pas bénéficié de consultations post-natales. Cette situation les expose à des complications graves devant conduire à des problèmes qui n'ont pas pu être jugulées après l'accouchement. En effet, l'on sait que 75% des décès néonataux surviennent dans les 7 jours après la naissance, et 25% dans le reste du mois, pendant qu'une bonne proportion des mères quittent la maternité avant 3 jours, et un bon nombre d'accomplissent pas à jours à la maternité.



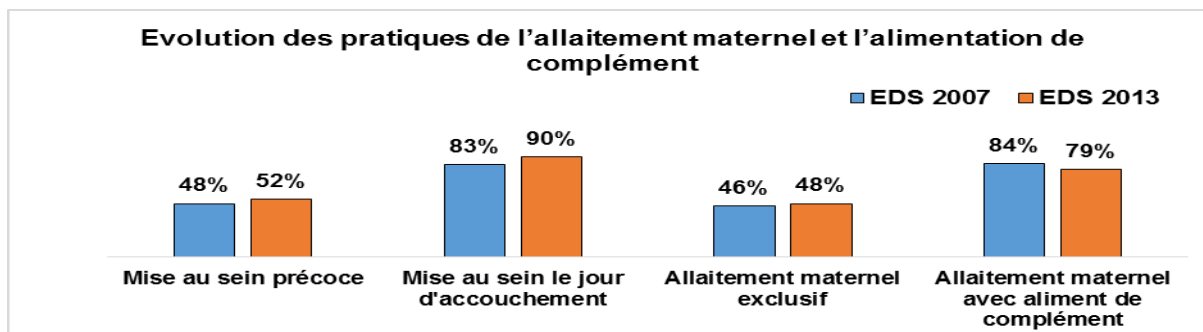
Source : E-QUIBB 2016

Figure 14: Soins postnatals/Province.

Le suivi communautaire du couple Mère-Nouveau-né est en train d'être formalisé dans les objectifs de l'ENAP, tandis que le MAA 2016 n'a montré que 2% des couples Mère-Nouveau-né qui en ont bénéficié. En effet, en plus de la surveillance des signes de danger et de l'adoption des pratiques-clés retenues, ce suivi vise à ce que le couple Mère nouveau-né utilise mieux les services de santé dans cette période post-natale.

II.1.2.3.c. L'allaitement maternel

Bien que tous les enfants soient allaités en RDC (98%), seulement 51,9% sont mis au sein dans l'heure qui suit la naissance et seulement 48% d'enfants sont allaités exclusivement au sein jusqu'à l'âge de 6 mois. En outre, au moins un nouveau-né sur dix (10,5%) a reçu des liquides ou autres aliments (pré-lactés) avant même d'être allaité (17).



Source : EDS 2007 et EDS 2013-2014

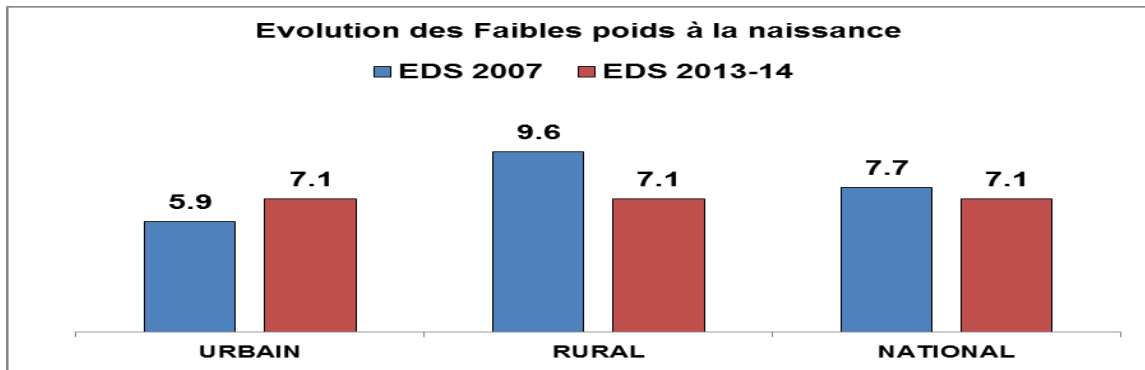
Figure 15: Evolution des pratiques de l'AME et l'alimentation de complément.

L'allaitement précoce est pourvoyeur de nutriments essentiels et d'anticorps indispensables à une bonne croissance et à la défense de l'organisme contre les infections. Le taux d'allaitement maternel exclusif (AME) jusqu'à 6 mois s'améliore peu depuis une vingtaine d'années, alors que, en plus de l'alimentation équilibrée et des anticorps qu'il continue à apporter à l'enfant, il lui évite les infections qui entrent par la bouche. Pour la durée moyenne d'allaitement maternel, elle est de 21,8 mois au lieu de 24 mois comme recommandée par l'OMS.

II.1.2.3.d. Les faibles poids de naissance

Le poids à la naissance, important indicateur de la croissance et de la survie des enfants, n'est connu que pour 76% des naissances en RDC (17).

La prévalence des faibles poids à la naissance, plus élevée en milieu urbain que rural, est estimée à 7,1% en 2014 contre 7,7% en 2007, selon l'EDS 2013-2014.



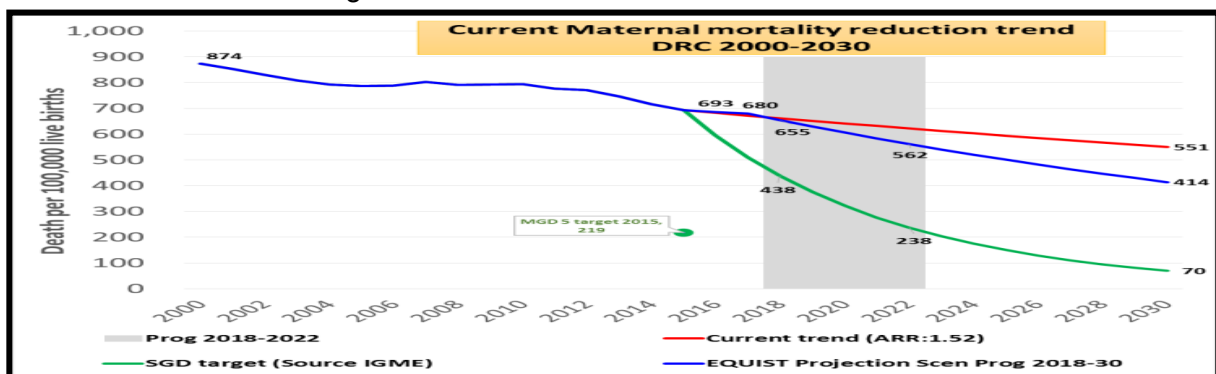
Source : EDS 2007 et EDS 2013-2014

Figure 16: Evolution des faibles poids à la naissance.

II.1.3. La santé maternelle

II.1.3.1. Évolution de la mortalité maternelle

La mortalité maternelle en RDC a connu une évolution lente de 2000 à 2018 telle que le montre le graphique ci-dessous. Bien qu'avec tendance à la baisse, le pays n'a pas pu atteindre les cibles de l'OMD 5 en l'Horizon 2015 (218 décès pour 100.000 NV) il a souscrit aux ODD à l'horizon 2030. Les projections faites sur base des données inter Agences des Nations Unies montrent que si le pays continue à travailler à la même allure jusqu'à 2030, le ratio de mortalité maternelle sera de 551 décès pour 100 000 NV, cependant, avec la mise en œuvre des interventions du PNDS, on projette qu'il atteindra 414 décès pour 100 000 NV encore loin de la cible de l'ODD3 fixée à 70 décès pour 100 000 NV, d'où la nécessité de mettre en œuvre les stratégies efficaces et efficientes.

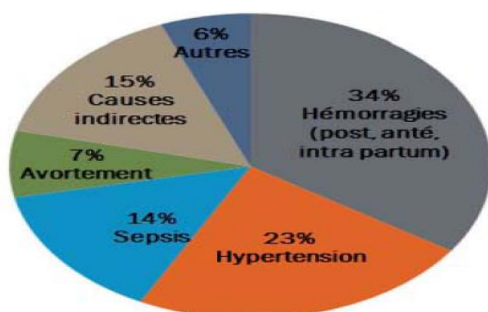


Source : IGME 2016

Figure 17: Tendence de la mortalité maternelle de 2000 à 2030.

II.1.3.2. Principales causes de mortalité maternelle

Le risque de décès maternel au cours de la vie reproductive est de 1/30 (17). Les causes médicales directes de cette mortalité maternelle sont dans les pays pauvres essentiellement: l'hémorragie, l'éclampsie, l'infection sévère et l'avortement. Parmi les causes indirectes, nous citons l'anémie (9%) et le paludisme (2%).



Source : IGME 2013

Figure 18: Causes de mortalité maternelle.

II.1.3.3. Déterminants de la santé maternelle

Les soins de santé de la femme concernent, selon le continuum des soins reproductifs durant le cycle de vie, ceux pendant les périodes pré conceptuelle, prénatale, intra-partum, postpartum, pré et post ménopause (31).

II.1.3.3.1. Les services et soins obstétricaux

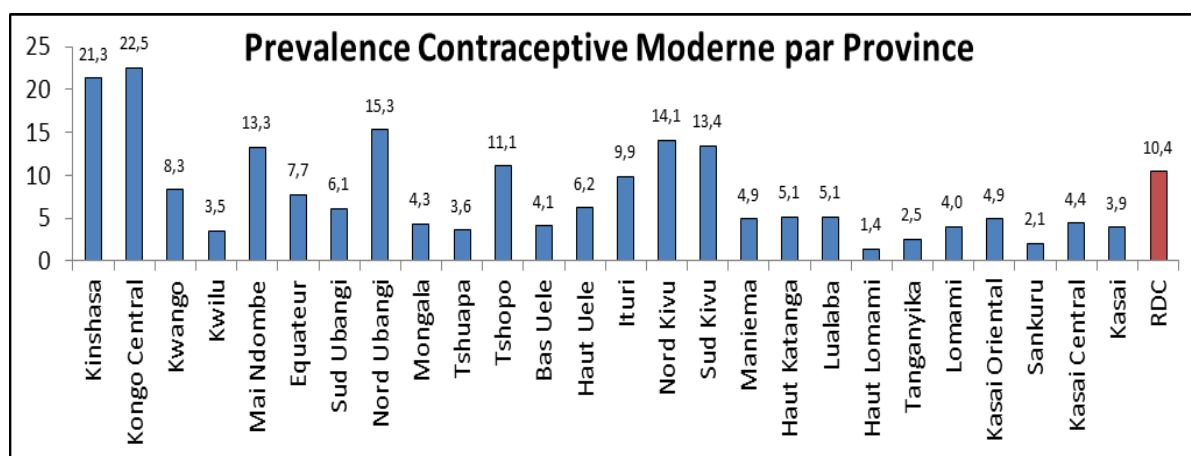
Selon l'enquête PF/PNSR-DEP 2013, la RDC compte 8846 maternités opérationnelles. Selon l'enquête SARA 2014, près de neuf FOSA sur dix (89%) disposent de services de maternité. Parmi lesquelles 12% CS offre les SONUB et 47% (HGR) assurent les SONUC. Sur 19 éléments traceurs, la disponibilité moyenne en matière de SONUB est de 45% pour l'ensemble des FOSA (32).

Bien que la couverture en accouchements assisté par un personnel qualifié soit élevée (82,5% selon E-QUIBB 2016), la couverture effective (qualité) de l'accouchement reste très faible, elle est estimée à 9% selon MAA 2016.

II.1.3.3.2. Services et soins pré-conceptuels

Dans l'ensemble, la prévalence contraceptive reste faible. Selon l'enquête QUIBB de 2016, 20,9% des femmes utilisent une méthode contraceptive : 10% une méthode moderne, dont 6,4% le condom masculin et 14% une méthode traditionnelle dont 10% la continence. Cette prévalence est nettement plus élevée en milieu urbain que rural (28% contre 15%). L'offre de service PF est disponible dans 69% des FOSA.

Selon l'EDS 2013-2014, 28% des femmes ont des besoins non satisfaits en PF, en milieu urbain ; 52,2% de la demande est satisfaite mais seulement 36% en milieu rural.



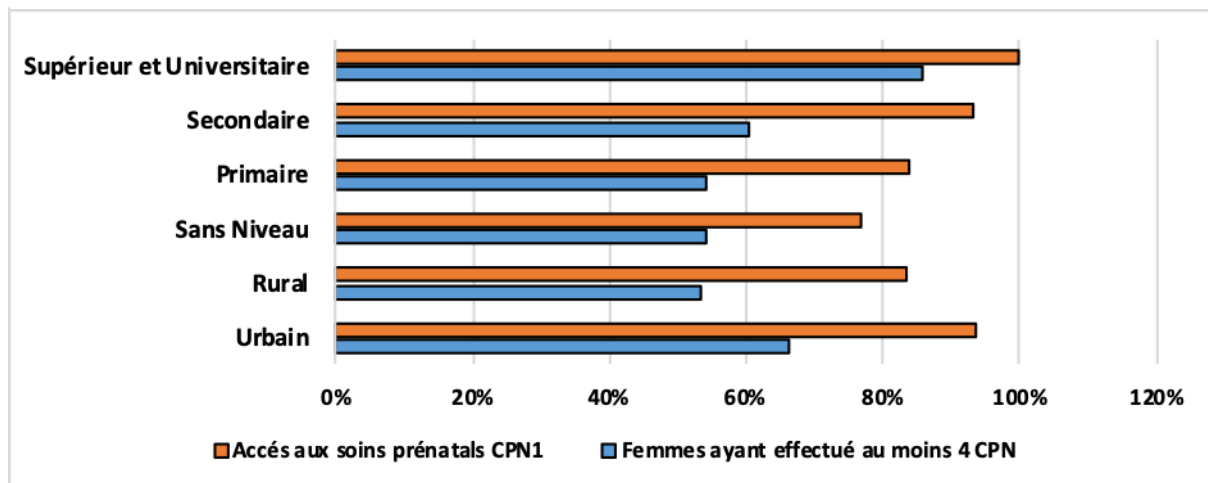
Source : E-QUIBB 2016

Figure 19: Prévalence contraceptive moderne par province

II.1.3.3.3. Services et soins prénatals

Selon les données de l'EDS 2013-2014 et de l'enquête QUIBB 2016, la proportion des mères ayant bénéficié d'au moins 4 CPN a augmenté entre les 2 enquêtes, passant de 48% en 2014 à 58,1% en 2016. La forte déperdition des femmes entre les CPN1 et CPN-4 comme l'inscription tardive à la CPN, nuit à l'offre complète du paquet CPN avec de faibles couvertures entre autres en VAT-2 (43,2%), en TPI-2 (14,3%) et en PTME. En outre, il existe

des disparités dans la couverture entre CPN 1 et CPN 4 en fonction du niveau d'étude des mères et leur milieu de résidence tel que le montre la figure ci-dessous.

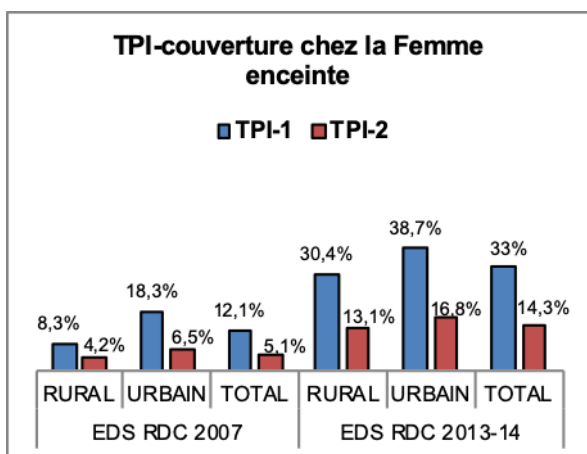


Source : E-QUIBB 2016

Figure 20: Proportion des CPN effectuées par les femmes enceintes selon les zones de résidence et le niveau d'instruction.

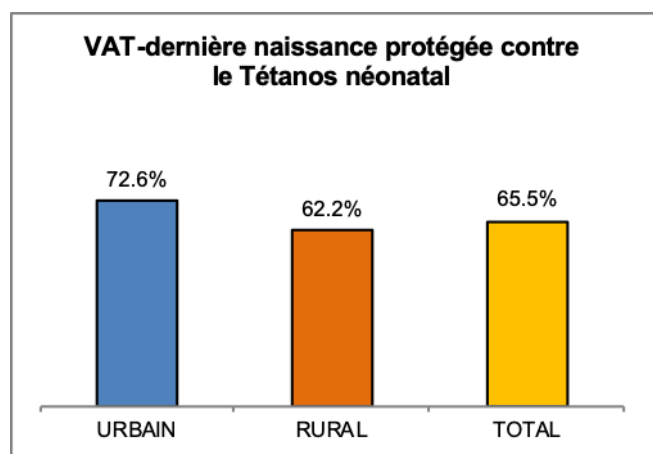
Dans seulement 65,5% des cas, la dernière naissance a été protégée contre le tétanos néonatal (72,6% en milieu urbain et 62,2% en milieu rural) (17). La couverture des femmes enceintes en MIILD est passée de 7% en 2007 à 60% en 2014, toutefois, la distribution de MIILD en CPN connaît beaucoup de ruptures de stocks.

La couverture des femmes enceintes en TPI-2 est très faible, avec 5.1% en 2007 et 14.3% en 2014. On note une forte déperdition des femmes enceintes entre les 2 doses, soit 33% contre 14.3 %. Entre autres facteurs en cause, l'on note beaucoup de rupture de stock de SP, entraînant la remise des ordonnances aux femmes enceinte. Les graphiques ci-dessous en donne les détails.



Source : EDS 2007 et 2013-2014

Figure 22: Proportion de femmes enceintes qui ont reçu 1 et 2 doses de TPI en CPN.



Source : EDS 2013-2014

Figure 21: Proportion des femmes enceintes qui ont reçu VAT2+ et des naissances protégées contre le tétanos.

Les visites prénatales offrent une opportunité de sensibilisation sur la PTME, de dépistage de la sérologie VIH de la femme enceinte et de sa mise sous ARV. Selon les données de routine, la proportion des femmes enceintes ayant bénéficié du test VIH pendant la CPN est estimée à 33,6%. La cascade observée entre la proportion des femmes utilisant les CPN et celles testées VIH, révèle le faible dépistage systématique de VIH chez la femme enceinte.

En outre, de celles testées VIH+, seules 27,1% avaient été mises sous ARV en 2013 et 52,6% en 2017, loin de la couverture universelle.

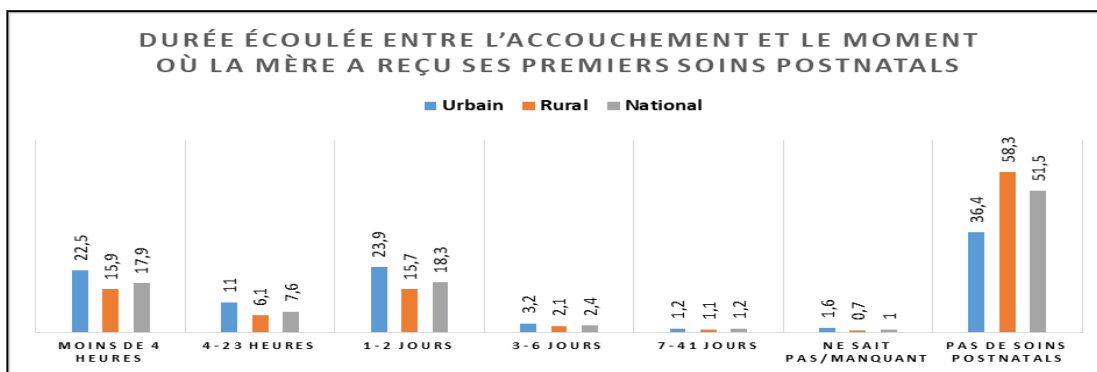
L'offre de la CPN est disponible dans toutes les ZS, et environ 96% des FOSA offrent les services de la CPN (22). Les FOSA ont un score moyen de disponibilité de 43% avec 3 à 4 des 8 éléments traceurs (29). Selon l'EDS/RDC 2013-2014, plus de huit femmes sur dix ont reçu des soins prénatals dispensés par un prestataire formé, en général un infirmier (52,3%), une accoucheuse (25,6%), un médecin (10,5%) et subsidiairement une sage-femme (0,8%).

II.1.3.3.4. Les accouchements

La proportion d'accouchements en présence d'un personnel qualifié a bien évolué sur la période 2007 à 2016, elle était de 74% (EDS 2007), 80,1% (EDS 2013-2014) et 82,5% (EQUIBB 2016). Les prestataires les plus sollicités ont été l'infirmier (38%) et l'accoucheuse (34,5%), et dans une moindre mesure le médecin (7,4%), la matrone (6,8%) et la sage-femme (3,1%) (17). La proportion des femmes qui ont accouché par césarienne est passée de 4% en 2007 à 5% en 2014 (17). Les césariennes sont plus réalisées en milieu urbain, du fait de la disponibilité des structures sanitaires et du plateau technique adéquat, en milieu rural, la proportion est de 3,5% selon le rapport annuel 2009 du PNSR. S'agissant du partogramme, seules 74% des FOSA en dispose (22) et seulement 10% de partogrammes des accouchées sont remplis correctement (21).

II.1.3.3.5. Les soins pendant le post partum

L'EDS/RDC 2013-2014 montre que 17,9% des accouchées bénéficient des soins du post-partum dans moins de 4h et 25,5% dans les 24 heures, dont 7,6% entre la 4^{ème} et la 24^{ème} heure. 18,3% les reçoivent entre le 1^{er} et le 2^{ème} jour ; 51% n'en bénéficient pas (36,4% en milieu urbain et 58,3% en milieu rural). Parmi celles qui accouchent dans une FOSA et y reçoivent des soins post natals avant leur sortie, seules 2,4% des femmes utilisent la CPoN entre le 3^{ème} et le 6^{ème} jour, et 1,2% entre le 6^{ème} et le 41^{ème} jour.



Source : EDS 2013-2014

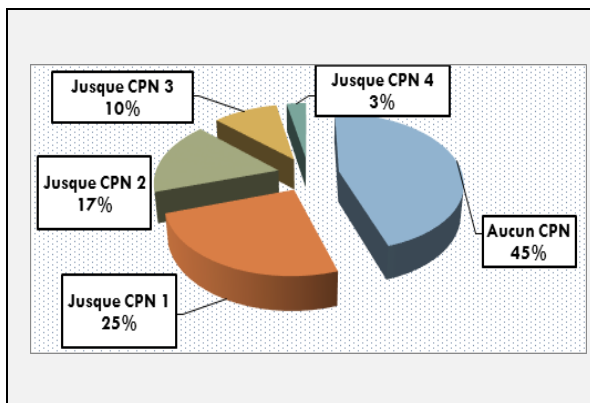
Figure 23: Durée écoulée entre l'accouchement et le moment où la mère a reçu ses premiers soins postnatals.

II.1.3.3.6. Surveillance des décès maternels (DM), néonataux et infantiles

En guise de rappel, les données de l'EDS 2013-2014 nous renseignent que la RDC porte un lourd fardeau des mortalités maternelles (MM), néonatale et infanto-juvénile (respectivement 846 pour 100000 NV, 28 pour 1000 NV et 104 pour 1000 NV). Cependant, ces décès ne bénéficiaient jusqu'en 2010 d'aucune revue pour permettre de riposter sur des bases

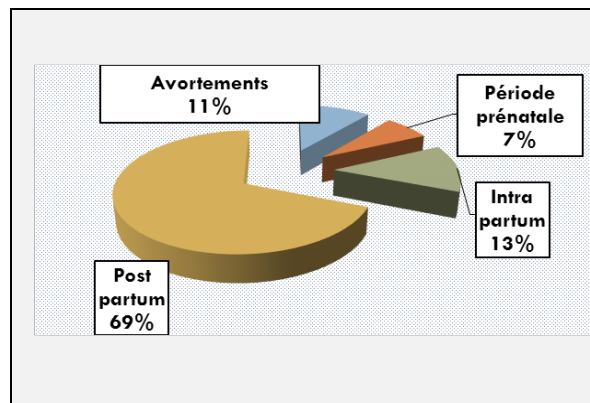
factuelles. C'est dans cette optique que la commission de l'information et de la redevabilité créée pour suivre le progrès concernant les ressources et les résultats par rapport à l'atteinte des objectifs de la stratégie mondiale du Secrétariat Général des Nations Unies pour la santé de la femme et de l'enfant, avait recommandé dans son rapport de prendre en compte les trois processus interconnectés, à savoir : Suivi, Revue et Action (collecte, notification, organisation des revues et riposte) pour mieux comprendre et améliorer les interventions vitales.

En réponse à cette recommandation, le pays a mis en place depuis 2014 le système de surveillance des décès maternels et riposte y compris le Comité National de Surveillance des décès maternels et riposte ; lequel comité devait être installé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en vue d'analyser, interpréter les données de revues de DM et proposer des réponses idoines. Pour l'année 2017, l'ensemble des DPS ont notifié 2815 cas de décès maternels et 1797 cas ont été revus soit 64%. Cependant le nombre de décès notifiés est fortement en dessous du nombre attendu (22.000 selon l'estimation du ratio de mortalité maternelle, soit environ 13%, s'expliquant ainsi par la difficulté dans la mise en œuvre effective du cycle de la SDMR.



Source : SDMR 2017

Figure 25: Décès maternels et suivi des consultations prénatales.



Source : SDMR 2017

Figure 24: Période de surveillance des décès maternels.

69% de femmes sont mortes pendant la période du post-partum, faisant de cette période, la plus critique, suivie de 13% dans la période intra partum et 7% dans la période prénatale. Les avortements ont contribué à 11 % de ces DM.

Ces DM étaient dus : (i) dans 56 % des cas au retard dans la PEC par les prestataires (3^{ème} retard) ; (ii) dans 30% des cas au retard dans la reconnaissance des signes de danger par l'individu et la communauté (1^{er} retard) et enfin ; (iii) dans 14 % des cas aux barrières géographiques et /ou financières (2^{ème} retard).

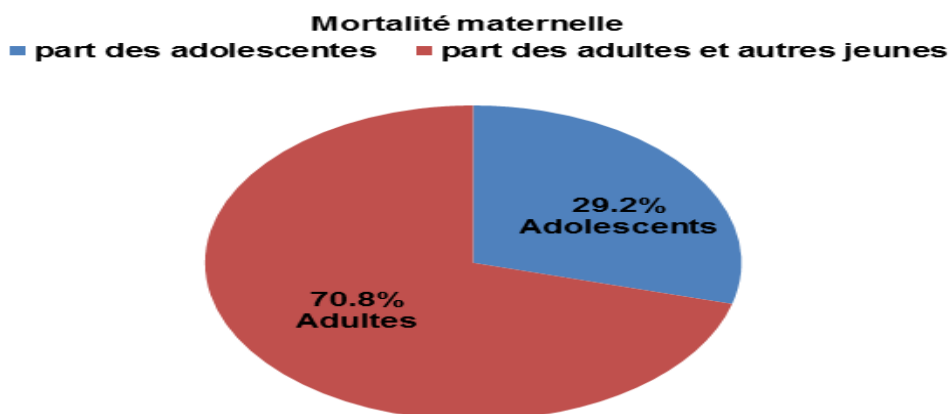
Le troisième retard dans les soins obstétricaux, incriminé dans plus de la moitié des cas (56%) révèle les nombreux dysfonctionnements dans l'organisation des services, y compris la référence, et confirme la faible aptitude de la majorité des FOSA à offrir les SONU de qualité. Certaines femmes décédées arrivaient trop tardivement à l'hôpital (1^{er} retard et ou 2^{ème} retard) et n'avaient pu bénéficier des soins appropriés. La qualité de la référence le plus souvent non médicalisée, n'avait pas permis leur PEC efficace, le temps de référence assez long la retardant le plus souvent.

II.1.4. La santé des adolescents

L'adolescence est une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, c'est également une période de vie pendant laquelle une personne n'est plus un enfant, mais n'est pas encore un adulte. Elle est caractérisée par de multiples changements tant sur le plan physique, psychologique, affectif et économique, etc. C'est pendant cette période qu'apparaissent les caractères sexuels secondaires et beaucoup d'autres transformations. Les décisions qui sont prises au cours de cette période de leur vie affectent non seulement le bien-être individuel des jeunes, mais également le bien-être de la société. Selon l'OMS, les « adolescents » sont des personnes qui appartiennent au groupe d'âge de 10-19 ans.

II.1.4.1. La Mortalité maternelle liée aux adolescentes

La mortalité maternelle est fortement influencée par celle des adolescentes (29,2%), liées particulièrement aux complications des grossesses précoces et non désirées. Elle est en outre aggravée par la survenue des grossesses trop rapprochées suite à la faible prévalence contraceptive (8%) (17) couplée à des besoins non satisfaits en planification familiale et à la faible qualité des soins (ressources humaines, intrants, équipements).



Source : EDS 2013-2014.

Figure 26: Part des adolescentes dans la mortalité maternelle.

II.1.4.2. Problèmes majeurs de la santé des adolescents

II.1.4.2.a. Précocité de la vie sexuelle, du mariage et de la vie féconde

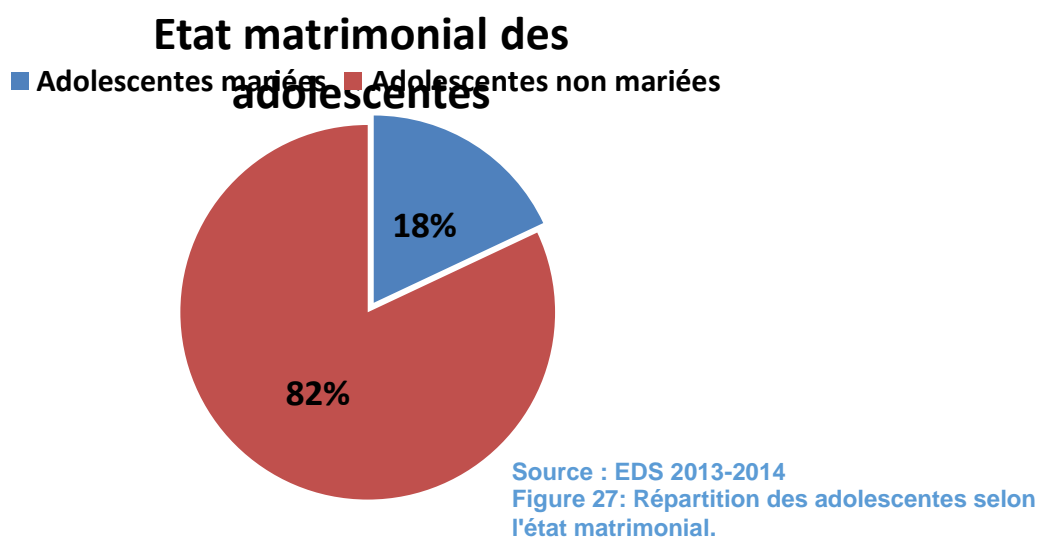
Selon EDS 2013-2014, la proportion des grossesses chez les adolescentes est estimée à 28,4 %. Par ailleurs l'enquête E-QUIBB, révèle que la proportion des adolescents qui débutent leur vie féconde précocement est estimée à 23%, cette situation s'explique en partie par l'entrée précoce des adolescents en activité sexuelle, sachant que 65% d'adolescents âgés de 15-19 ans ont déjà eu leurs premiers rapports sexuels, et que 22 % les ont eus avant l'âge de 15 ans. L'âge médian des premiers rapports sexuels étant estimé à 17 ans (28).

Tout en étant très sexuellement actif, les jeunes possèdent une faible connaissance des moyens préventifs, et ont un accès limité à l'éducation sexuelle et aux soins curatifs (33).

Les rapports sexuels chez les adolescents de 15 à 19 ans sont souvent occasionnels avec des partenaires multiples et ne sont pas protégés dans 87,7 % de cas chez les filles contre 82,9% chez les garçons (34). En ce qui concerne l'utilisation des préservatifs par les enfants de la rue, le taux est plus faible chez les filles soit 10% contre 13,9% chez les garçons. De façon générale, la fréquence d'utilisation du préservatif est faible ; seuls 19,4% l'utilisent à chaque rapport sexuel, par contre 22,8% ne l'utilisent jamais (35).

Cette situation a pour conséquence la survenue des grossesses précoces qui se soldent par des avortements clandestins pratiqués dans des conditions à haut risque et par des personnes non qualifiées. En RDC, la prévalence des avortements clandestins chez les adolescentes a été estimée à 30% (36). L'issue de ces avortements est fâcheuse dans la plupart du temps et avec des complications majeures sur la santé de l'adolescente : les saignements, l'infection des organes de la reproduction, la stérilité, la mort etc. Dans le cas où les grossesses seraient conservées, les adolescentes victimes des grossesses non désirées sont obligées dans la majorité du temps obligées d'interrompre leur scolarité, cette situation a un impact majeur sur leur devenir.

La situation demeure inquiétante, d'autant plus qu'il y a 18% des adolescentes qui sont mariées entre 15 et 19 ans. Ces cas sont plus fréquents en milieu rural qu'en milieu urbain. Parmi les causes, nous citons : la pauvreté, les us et coutumes néfastes, la pression sociale, le faible niveau d'instruction des parents, ... Les conséquences des mariages précoces sont notamment les grossesses précoces étant donné qu'une fois dans la vie conjugale, la société attend de la jeune fille de commencer directement la maternité avec des naissances trop rapprochées et trop nombreuses au bout du compte (17).



On estime à environ 662 000 adolescents âgés de 10 à 19 ans qui ont des rapports sexuels payants et au moins 5,5% d'adolescents mâles sont homosexuels et ou bisexuel ; et plus de 333 000 garçons de 10 à 19 ans ont des rapports sexuels avec les hommes. On a moins de 100 adolescents transgenres (34).

II.1.4.2.b. Infection Sexuellement Transmissibles et l'infection à VIH parmi les adolescents et jeunes

Chaque année, plus d'un adolescent sur 20 contracte une infection sexuellement transmissible guérissable, sans compter les infections d'origine virale. Ces IST constituent une menace majeure pour la santé des adolescents sexuellement actifs. Les études menées par L'Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa en 2010 ont montré que la prévalence des IST est de 11,7 % chez les filles et 9,2% chez les garçons (37).

Selon l'enquête Intégrée de Surveillance comportementale et de séroprévalence en RDC, un garçon de la rue sur 7 (13%) et une fille de la rue sur 9 (11%) avaient eu des symptômes

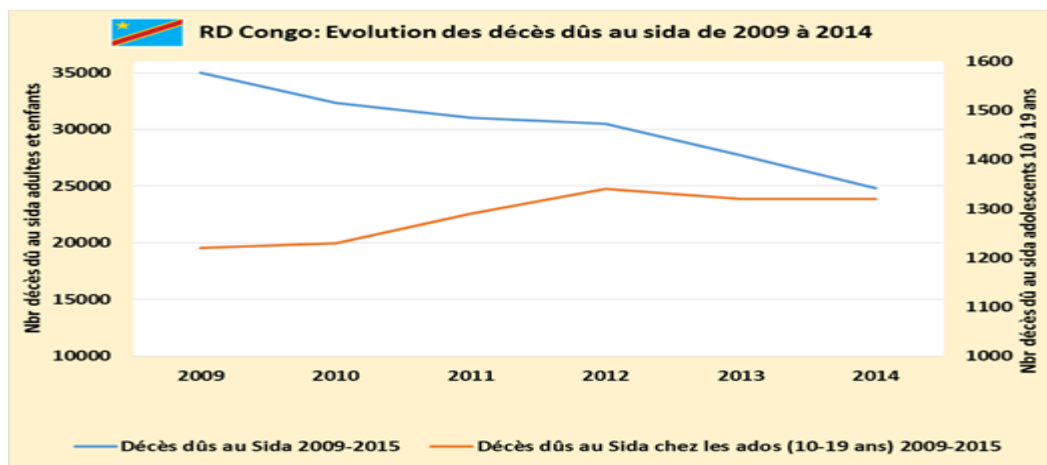
suggestifs d'IST au cours de la période de 12 mois précédant l'enquête. Parmi ceux ayant eu un symptôme suggestif d'IST seuls 22,5% des garçons et 32,7% des filles avaient été chercher des soins dans une formation sanitaire et environ un enfant de la rue sur deux avait demandé conseil dans une pharmacie.

La prévalence du VIH chez les adolescents de 10 à 19 ans en RD Congo est de 0.5%. Cette prévalence est 3 à 4 fois plus élevée chez la fille (0,7%) que chez le garçon (0,2%). Elle est multipliée par 4 chez les adolescents professionnels de sexe (2%) et par 12 chez les adolescents homosexuels et bisexuels (6%) (34).

La prévalence du VIH auprès des enfants de la rue est estimée à 1,6%. La prévalence varie selon les sites. Elle est la plus élevée à Goma (3,3%) et la plus faible à Matadi (0,0%) (35)

En 2012, sur les 34 000 nouvelles infections recensées en RDC, 22,4 % sont survenues dans la tranche d'âge de 15-19 ans (38).

Le nombre des décès causés par les maladies liées au VIH dans la population générale en RDC est en baisse. Cependant, les estimations démontrent un accroissement des décès dû aux maladies liées au VIH chez les adolescents et les jeunes. Environ 1600 décès dû aux maladies liées au VIH ont été répertoriés chez les adolescents de 10 à 19 ans. Ce nombre a sensiblement augmenté de plus de 40% entre 2001 (1 100 décès) et 2014 (1 600 décès) (34).



Source : Rapport de la phase d'évaluation rapide des interventions et programmes nationaux sur le VIH et les adolescents en RDC-INITIATIVE « ALL IN » EN RDC 2016

Figure 28: évolution des décès dus au sida de 2009 à 2014.

II.1.4.2.c. Prévalence des violences chez les adolescents

Selon le rapport pays UNFPA 2013, la prévalence des violences chez les adolescents de 15 à 19 ans est estimée à 36% (39).

Quant aux enfants de la rue, dans l'ensemble un sur cinq avait déjà été forcé physiquement à avoir des rapports sexuels (35).

II.1.4.2.d. Consommation des substances psycho actives en milieu des adolescents et jeunes

Les données disponibles indiquent que 19,5% des jeunes sont fumeurs du tabac, du chanvre, l'alcool éthylique, les bières, les liqueurs et d'autres boissons fortement alcoolisées ainsi que d'autres substances psycho actives (38); 3% des enfants congolais de 10 à 19 ans sont poly toxicomanes et 11% avec comportement violent (41).

Les conséquences des substances psycho actives chez les adolescents et jeunes sont : les violences, la prostitution, la délinquance juvénile, le trouble de comportement avec risque de contamination aux IST/VIH, risque de survenue des grossesses non désirées et avortements (exemple le refus du port de préservatif en cas de rapport sexuel à risque), l'abandon scolaire, les maladies non transmissibles, la criminalité et recrudescence du phénomène enfant en rupture familiale etc.

II.1.4.2.e. L'offre de services de santé adaptés aux besoins des adolescents

Les besoins en santé génésique et sexuelle des adolescents de 15 à 19 ans ne sont pas suffisamment pris en compte par les programmes de planification familiale et de lutte contre les maladies. La majorité des services de promotion de la santé et d'offre des soins de santé ne sont pas adaptés aux problèmes de santé sexuelle des adolescents. Moins de 16% de formations sanitaires (FOSA) ont amorcé le processus d'intégration des interventions de soins de santé adaptés aux adolescents. Les interventions de prévention et de prise en charge des infections sexuellement transmissible (IST) chez les adolescents de 10 à 19 ans sont insuffisantes. Moins de 19% de filles adolescentes sexuellement actives ont leurs besoins en matière de planification familiale par des méthodes modernes satisfaits (34).

La majorité des ZS n'ont pas intégré les interventions adaptées aux problèmes de santé sexuelle et reproductive des adolescents, ces derniers n'ont pas accès à une information et à des services qui les aident à comprendre leur sexualité et à se protéger contre les infections sexuellement transmissibles et les grossesses non désirées (34).

Les interventions de prévention et de prise en charge du VIH sont axées sur la population générale et visent faiblement les adolescents (34).

Les adolescents de 10 à 19 ans ont de faibles et insuffisants niveaux de connaissances sur les stratégies et moyens de prévention contre l'infection à VIH. Plus de 57% d'adolescents de 10 à 19 ans ne possèdent pas une information correcte sur les moyens de prévention contre l'infection à VIH et 94,5% d'adolescents sexuellement actifs âgés de 15 à 19 ans ne connaissent pas leur statut sérologique du VIH (34).

Très peu ou pas d'adolescents vivant avec le VIH ont accès au traitement antirétroviral et peu ou pas d'adolescentes de 15-19 ans vivant avec le VIH enceintes ont été initiés aux ARV pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. De même les adolescents de 15-19 ans agressés sexuellement n'ont pas accès à la prophylaxie post-exposition au VIH dans les 72 heures suivant l'agression sexuelle (34).

II.2. ANALYSE DES PROBLEMES LIES À LA DEMANDE DES SERVICES DE SANTE

Pour la demande des soins par la population, Il faut signaler notamment :

- La faible accessibilité géographique avec 37% des populations situées à plus de 5 km ou plus d'une heure de marche du CS,
- La faible accessibilité financière :
 - Le pouvoir d'achat des ménages (63,4%) d'incidence de la pauvreté en 2012 (14),
 - 63% des mères ayant déclaré que l'argent à payer pour les soins constitue l'obstacle (21),
 - Le faible mécanisme de partage des risques (subvention des soins, mutuelle de santé, tarification forfaitaire). Moins de 20% des FOSA ont des contrats avec des mutuelles de santé (18% des HGR et 12% des CS ont des conventions avec des mutuelles de santé. Il faut noter en outre que 36% de CS seulement appliquent la tarification forfaitaire) (21).
- Les consultations tardives, entre autres liées à :
 - Le faible accès financier
 - L'ignorance des signes de danger,
 - Le faible niveau d'instruction des mères,
 - Les us et coutumes à influence négative sur la femme (15 % des femmes de 15-49 ans n'ont aucun niveau d'instruction et 36% des femmes sont analphabètes) (17).
 - L'ignorance par les communautés des services offerts, principalement liée à l'insuffisance de la fonctionnalité des organes de participations communautaires.
- Le faible suivi à domicile par les relais communautaires, notamment pour le rattrapage des enfants perdus de vue en PEV, en CPS, et pour le suivi du couple mère-nouveau-né après la sortie de la maternité, 2% (21).

II.3. ANALYSE DE LA REPOSE NATIONALE SUR LES PILIERS DU SYSTÈME DE SANTE EN MATIERE DE SRMNEA-NUT

Dans cette partie, nous décrivons les constats, conclusions et recommandations découlant de l'analyse des niveaux d'investissement dans les piliers tangibles et intangibles des systèmes de santé permettant l'accès des femmes, enfants et adolescents aux services essentiels de qualité en matière de SRMNEA-NUT.

II.3.1. Gouvernance, coordination et partenariat

Afin d'autoriser les activités de PF et abolir la loi de 1920 interdisant l'offre et l'utilisation des méthodes contraceptives, un projet de loi sur la SR/PF a été initialement adopté en 2016, mais la Cour Constitutionnelle l'a retournée pour la relecture à l'Assemblée nationale.

La coordination de la mise en œuvre et du suivi de SRMNEA-NUT est assurée par la Direction de la famille et de groupes spécifiques (DSFGS), par ses attributions. Toutefois, plusieurs pesanteurs ont persisté, notamment dans l'insuffisance de l'ancrage institutionnel des programmes et projets impliqués dans la SRMNEA-NUT et dans l'élaboration en silo des plans. Ainsi, chaque Programme et Direction intervenant dans la SRMNEA-NUT a élaboré son plan sans tenir compte des autres plans existants dans le domaine.

Par ailleurs dans le cadre du partenariat public-privé, le Cadre Permanent de Dialogue avec la Société civile et le secteur privé envisagé en 2010 (à tous les niveaux) n'est toujours pas mis en place.

En dépit de ces pesanteurs, certaines avancées ont été enregistrées, notamment :

- La Task-force SRMNEA a fonctionné comme une structure de concertation et d'échanges entre tous les Programmes, PTF, Institutions universitaires et de la Société civile impliqués dans le SRMNEA-NUT,
- L'élaboration des documents techniques en SRMNEA-NUT dont :
 - (i) Les normes d'interventions de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent,
 - (ii) Les référentiels de formation des sages-femmes et des accoucheuses,
 - (iii) Les modules de formations continues en SONU selon les nouvelles approches basées sur les compétences etc.

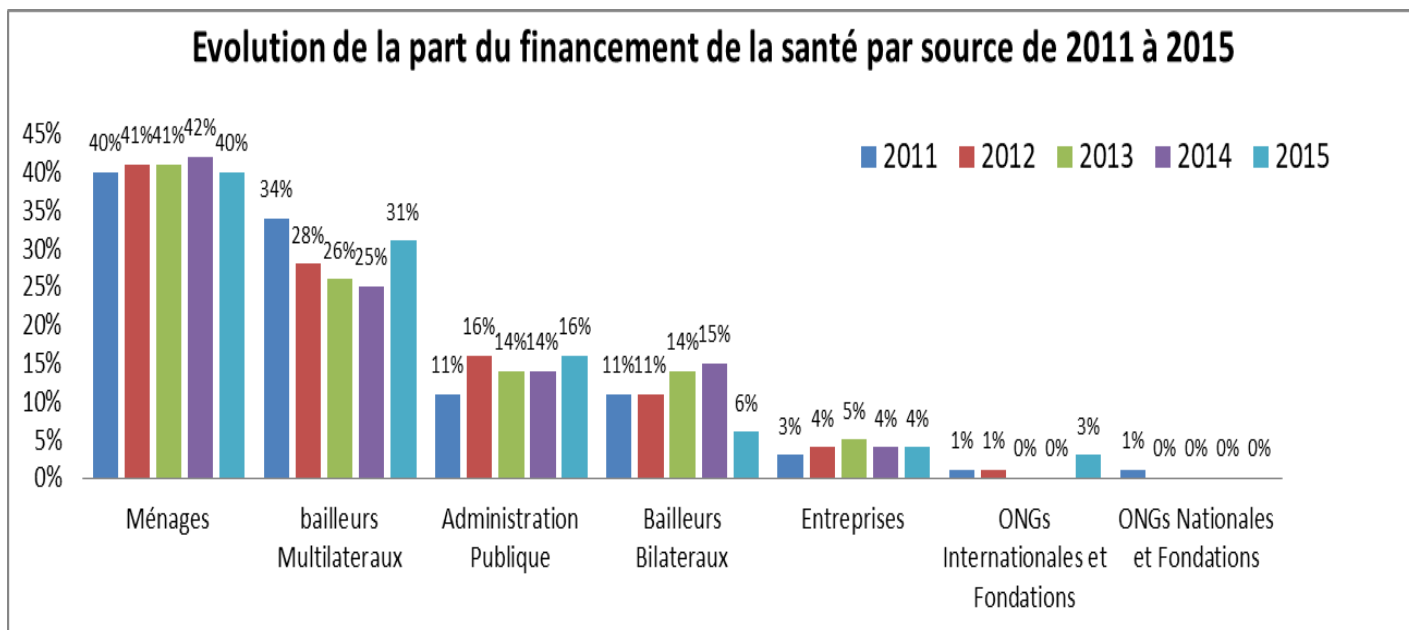
II.3.2. Suivi et évaluation

- **Le système d'information sanitaire** est organisé autour des trois niveaux de la pyramide sanitaire (Central, Intermédiaire et Opérationnel). Les données collectées dans les formations sanitaires sont encodées dans le DHIS-2 et validées par l'Équipe Cadre de la ZS (ECZS). Les niveaux Intermédiaire et Central sont appelés à faire des feedbacks après analyse des données provenant des zones de santé.
On peut attester de la faible performance du SNIS en termes de promptitude, complétude et de qualité des données, malgré l'utilisation du logiciel DHIS-2 dans toutes les zones de santé. Il faut en outre signaler que le circuit de transmission des données n'est pas toujours respecté. En effet, l'existence des circuits parallèles de transmission des données répondant aux Projets et Programmes spécifiques, associée à la faible standardisation des outils, rend difficile la transcription et la compilation des données.
Parmi les raisons de cette faible performance, le PNDS 2019-2022 a relevé : (i) la complexité des données à enregistrer par rapport au niveau de compétence des agents, (ii) la faible disponibilité des outils de gestion SNIS, (iii) le non-respect des circuits et délais de transmission des données, (iv) la faible rétro-information, aussi bien du niveau central vers le niveau provincial, que de ce dernier vers les ZS (v) la faible informatisation du SNIS du fait de la faible disponibilité des équipements de NTIC à tous les niveaux, (vi) la faible intégration des TIC dans le SNIS avec l'utilisation insuffisante du logiciel DHIS2, et (vii) la non complétude des données avec l'absence des informations sanitaires générées par les secteurs privé et parapublic.
- **Le système de S&E** est encore disparate pour la SRMNEA-NUT, étant donné que le cadre de planification et de mise en œuvre n'est pas unifié.
- **La recherche en santé** dans le domaine de SRMNEA-NUT ne dispose pas d'un agenda défini, structuré, coordonné, financé, et régulier, laissant passer beaucoup de temps pour l'actualisation des informations stratégiques. Depuis l'enquête SONU de 2012, limitée d'ailleurs à 3 provinces, aucune autre ne peut informer sur l'évolution des SONU sur l'ensemble du pays, et le niveau de réalisation de ses fonctions essentielles.
- **La surveillance des décès maternels**, lancée en 2014, ne prend pas encore en compte celle des décès néonataux et infantiles.
- **Les enquêtes sur la qualité des services et les couvertures effectives** ne sont pas régulières. Les données sur le MAA ont permis de les obtenir après le démarrage de nouvelles DPS, mais la répétitivité de la collecte n'est pas assurée.

La RDC dispose de nombreuses universités, qui pourraient accompagner la DSFGS et le Ministère de la santé dans la recherche et l'analyse du système pour enrichir la base des données factuelles sur la SRMNEA-NUT.

II.3.3. Financement de la SRMNEA-NUT

Le budget du Ministère de la Santé, a représenté en moyenne 4% du budget de l'Etat entre 2007 et 2013 (40), largement en deçà des engagements de 15% d'Abuja. Au cours de cette période, le taux d'exécution n'avait jamais dépassé 60% (41).



Source: Comptes nationaux de Santé RDC, 2016

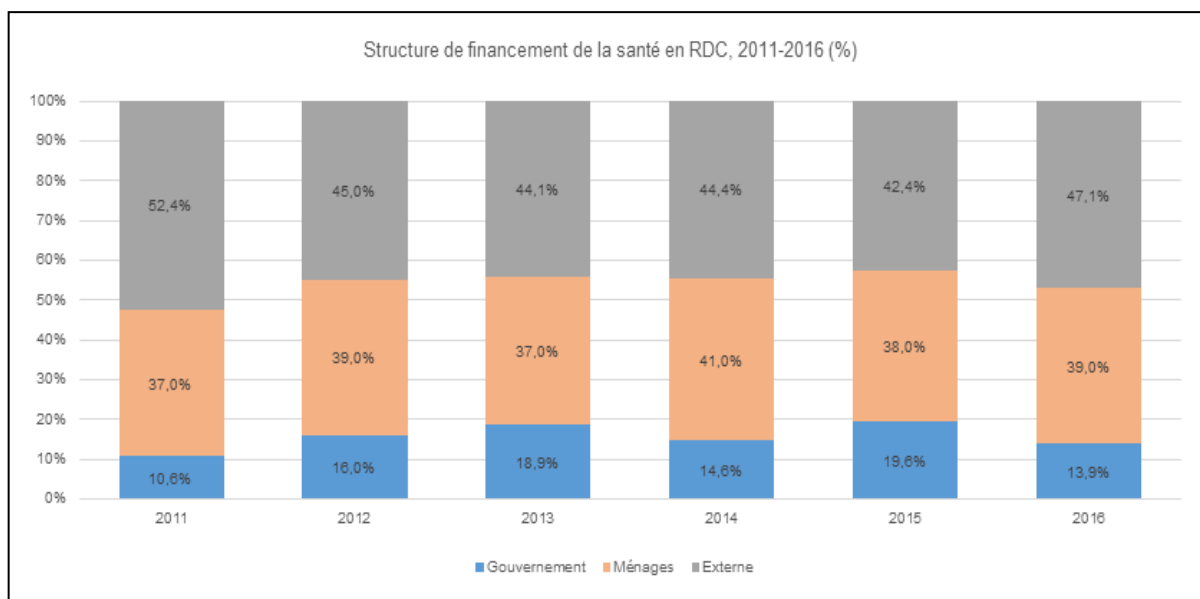
Figure 29: Evolution de la part du financement de la santé par source de 2011 à 2015 en RDC

Evolution de la part du financement de la santé par source de 2011 à 2015 en RDC

Le financement de la santé en RDC repose principalement sur les paiements directs par les ménages et l'aide extérieure. L'aide internationale a financé 40% des dépenses de santé en moyenne entre 2011 et 2015, devenant ainsi la première source de financement du secteur. Les paiements directs des ménages, quant à eux, ont couvert 39,3% des dépenses de santé pendant la même période. L'État n'intervenait que pour 15% en 2008, part qui a diminué pour s'établir à 11% en 2010 et remonter à 17,9% en 2013. Les autres sources et le secteur privé, à travers le paiement direct des frais de santé des employés, contribuaient à hauteur de 6% de la dépense totale en moyenne entre 2011 et 2015.

Le niveau des dépenses totales de santé est limité. On note une faible allocation des ressources publiques au secteur de la santé. Les dépenses totales de santé (DTS) par habitant ont augmenté de 15 dollars en 2008 à 23 dollars en 2016 (CNS, 2016) en valeur réelle, mais restent bien en dessous du cout du paquet de services essentiels établis à 86\$ (McTynre, 2014). Par ailleurs, les dépenses de santé publiques n'étaient que de 3.2 dollars en 2016 :

Si le budget de la santé s'est accru de 3 à 7% du budget global entre 2008 et 2016, la contribution de l'état par rapport aux DTS a stagné à 14/15 % entre 2008 et 2016 les dépenses publiques de santé en proportion des dépenses publiques totales a seulement augmenté d'un point de pourcentage entre 2006 (5%) en 2016 (6%). En parallèle, la contribution des bailleurs s'est accrue de 34% en 2008 à 43% des DTS en 2016 posant un problème de pérennité. Plus alarmant encore reste la contribution des ménages par rapport aux DTS : alors qu'elle a légèrement diminué (passant de 43% en 2016 à 34% des DTS en 2018), elle demeure importante.



Source : Comptes nationaux de Santé RDC, 2016

Figure 30: Structures de financement de la santé en RDC de 2011 à 2016

Ce faible accroissement de la dépense publique de santé pourrait s'expliquer par une exécution budgétaire assez volatile. En 2016, la hausse de l'exécution budgétaire (de 59 à 96%) est due à dépassements de crédits notamment, celle des dépenses liées au fonctionnement du ministère de la santé publique (123%), aux interventions économiques et sociale (236%), à la rémunération (104%) ainsi qu'à la diminution de la part du budget alloué aux autres administrations.

En dehors d'une sous-utilisation des dépenses publiques, les dépenses extérieures font également face à des inefficiences. Il y a en effet une fragmentation de l'aide publique au développement : 34% des dépenses externes ne sont pas gérées directement par le Ministère de la Santé. Au niveau, micro, certaines FOSA ont également une faible productivité, affectant la qualité des services de santé et son efficacité.

La part du budget de la santé réservée à la SRMNEA-NUT, fluctuant à la baisse, représentait près de 41,6% en 2012 des dépenses totales de la santé, 38,2% en 2013, 39,5% en 2014 et 37% en 2015. Près de 95% de la dépense liée à la SRMNEA sans la nutrition est pris en charge par les ménages, l'Etat n'y contribuant qu'en concurrence de 1%. Celles relatives aux carences nutritionnelles étaient de 43% pour les ménages et 5% pour l'Etat. Ce qui correspond à une contribution globale de 77% pour les ménages et de 2% pour l'Etat.

Quelques expériences des mutuelles, fondées sur l'affiliation volontaire, se sont développées de manière sporadique, avec des résultats limités en termes de couverture de la population et de protection financière. Pour faire face aux insuffisances de l'offre de soins, le Pays a introduit en 2004 le Financement Basé sur les Résultats (FBR) avec l'Union Européenne,(40) et dans lequel se sont impliqués d'autres partenaires tels que la Banque Mondiale, le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (FMSTP). Celui-ci, mis en œuvre dans 129 sur 516 ZS (25%), (40) permet avec l'achat des services dans les FOSA, l'amélioration des conditions de travail et la qualité des soins, ainsi que la motivation financière du personnel. La mise à échelle de ce financement qui concerne aussi bien le secteur public que privé, permettrait de faire bénéficier l'approche à un plus grand nombre de FOSA dans un contexte où la qualité et l'efficacité des soins restent problématiques.

Tableau 1: Indicateurs de suivi des dépenses de santé de la mere, de l'enfant, du nouveau-né et de l'adolescent en USD

	2012	2013	2014	2015	2016
Dépense Courante de RMNCH (USD)	430 511 542	486 149 904	566 701 901	586 399 367	741 393 698
(%) Gouvernement RMNCH	9%	7%	7%	10%	9%
(%) Dépenses externes RMNCH	27%	38%	30%	45%	54%
(%) Dépenses privées RMNCH	64%	55%	63%	46%	37%
Dépenses Courantes Totales en santé	983 019 924	1 165 063 076	1 428 969 948	1 505 130 858	1 608 067 026
(%) Dépense Totale Courante	44%	42%	40%	39%	46%
Dépense per capita (en USD)	7	7	8	8	10
Produits pharmaceutiques en % de la Dépense Totale Courante de RMNCH	35%	15%	33%	19%	15%

Source : PNCNS 2016 Source de financement du secteur santé en 2015

II.3.4. Ressources Humaines pour la SRMNEA-NUT

II.3.4.1. prestation de service en SRMNEA-NUT

La prestation de service en SRMNEA-NUT est assurée principalement par les médecins, les sages-femmes, les infirmiers et les relais communautaires. Ces prestataires sont inégalement répartis sur l'ensemble du territoire, avec des disparités importantes entre les provinces, et leur concentration dans les grandes villes et centres urbains au détriment des zones rurales. En effet selon l'Etat des lieux de la santé (ELS) fait en 1998, 68,4% des médecins, étaient répertoriés en milieu urbain contre 31,6% en milieu rural. Les infirmiers par contre, étaient plus nombreux en milieu rural (63,9%) qu'urbain (36,1%). Si pour les médecins le ratio tend vers la norme OMS de 1 médecin pour 10.000 habitants, celui des infirmiers d'environ 5 infirmiers (4,7) pour 5.000 habitants, est largement au-delà de la norme d'1 infirmier pour 5.000 habitants. Les sages-femmes, dont le déficit est criant, ont un ratio très faible de moins de 2 sages-femmes pour 1000 naissances, très en deçà de la norme de 6 sages-femmes pour 1000 naissances (43).

La proportion des FOSA disposant de personnel qualifié en SRMNEA est faible. Selon le MAA 2016, Seuls 59% des FOSA disposent d'un personnel formé en GATPA_SONUB, 54% formé en SEN, 79% formé en CPNr, 21% formé en PTME, 70% formé en ordinogramme, 37% formé en PCIMA et 59% formé en PCIME-Clinique. L'Évaluation des Prestations des Services de soins de Santé 2017-2018 nous renseigne que près de trois-quarts (73%) des FOSA disposait d'au moins une personne formée en PF, moins de six FOSA sur dix (55%) avaient au moins un personnel formé en TAR, cette proportion était plus faible dans les CSR (59%) et les FOSA du secteur public (50%), un peu plus de huit FOSA sur dix (81%) disposaient d'au moins un personnel formé en diagnostic et/ou traitement du paludisme, il convient de souligner que seuls 42% de FOSA avaient au moins un personnel formé en TPI.

Les RHS de la SRMNEA-NUT en RDC rencontrent deux grands goulots : (i) la pléthore des personnels couplée à la rareté des sages-femmes et de certaines spécialités telles que l'andrologie, la néonatalogie, et la psychologie clinique, et (ii) leur faible performance. Le goulot d'étranglement du personnel formé et qualifié en SRMNEA-NUT réside non

seulement dans sa disponibilité qualitative et quantitative, et sa production mais surtout son redéploiement sur l'ensemble du territoire et la faiblesse de sa motivation.

II.3.4.2. Formation initiale

Les institutions de formation en sciences de santé disséminées à travers le pays, relèvent de la tutelle du Ministère de l'Enseignement Supérieur et Universitaire pour les établissements du niveau supérieur (universités et ISTM), et du Ministère de la Santé Publique pour ceux du niveau secondaire (ITEM et IEM). L'annuaire des RHS 2013 dénombre 406 ITM/IEM, dont 129 appartiennent à l'Etat (32%), 155 (soit 38%) aux confessions religieuses (catholique, protestante et kimbanguiste) et 122 aux privés (30%).

La production des RHS, non planifiée, ne tient pas compte des besoins du MSP, principal utilisateur des extrants (44). Chaque année, plus de 2.000 nouveaux médecins et plus de 4.000 nouveaux infirmiers grossissent le marché de l'emploi. Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), le nombre des médecins formés a quadruplé en 13 ans avec 18.000 formés entre 2004 et 2007 contre 6.000 formés en 43 ans entre 1962 et 2004. Près de 55% des ITM/IEM ne forment que dans la filière des infirmiers en option hospitalière, et seuls 11% offrent en plus d'autres filières (45). La filière infirmière, la plus fréquentée avec 94% des candidats infirmiers inscrits pour l'année scolaire 2012-2013 pour l'ensemble du pays (46), est organisée dans 97% des ITM/IEM (394 sur 406), tandis que celle des Techniciens de Laboratoire Médical n'est disponible que dans 26 écoles, et celle des accoucheuses dans 16 établissements. La formation des sages-femmes dont le déficit est criard, semble marginalisée.

La prolifération de ces institutions de formation professionnelle avec une moyenne d'au moins 16 établissements par province, associée à la qualité pas toujours garantie des enseignements, interpellent sur leur accréditation, et l'existence des normes y relatives. En une dizaine d'années, entre 1998 et 2009, le nombre des ITM/IEM est passé de 255 à 470 (soit une augmentation de 84%), celui des ISTM de 53 à 108 (une augmentation de 103%) et des facultés de médecine de 3 à 39 (une augmentation de 1200%) (43). Selon l'enquête de viabilité et l'audit organisationnel des établissements de formation, 22 % des ITM/IEM ne remplissent pas les conditions de viabilité, et 25% n'ont pas un lieu approprié de stage de formation. Les curricula de ces établissements de formation, surtout ceux relevant du secteur privé, n'intègrent pas toujours et suffisamment la SRMNEA-NUT, l'approche actuelle des SONU n'étant dispensée dans la formation de base. Le déséquilibre observé dans la répartition des filières de formation des paramédicaux avec la surproduction de la catégorie infirmière au détriment des autres, a pour conséquence, (i) la réalisation de la fonction de sage-femme pour les CPN et les accouchements principalement par les accoucheuses et les infirmiers comme relevé dans l'EDS 2013-2014, et (ii) l'offre de certains aspects des soins par des personnels souvent non qualifiés ou insuffisamment formés notamment en périphérie et dans les centres de santé.

II.3.5. Approvisionnement et Gestion des stocks des produits pharmaceutiques

L'approvisionnement des produits pharmaceutiques se caractérise par (i) de fréquentes ruptures des stocks, (ii) l'absence de rigueur dans le contrôle/qualité, (iii) l'insuffisance dans l'utilisation notamment ceux de la SRMNEA-NUT, (iv) la faiblesse du système de réglementation qui a pour conséquence la prolifération d'un marché illicite des produits, et (vi) l'opérationnalisation insuffisante du système d'information en gestion logistique (SIGL)

qui prive le pays des données logistiques des produits pharmaceutiques en général et des données de consommations fiables et suffisantes en particulier.

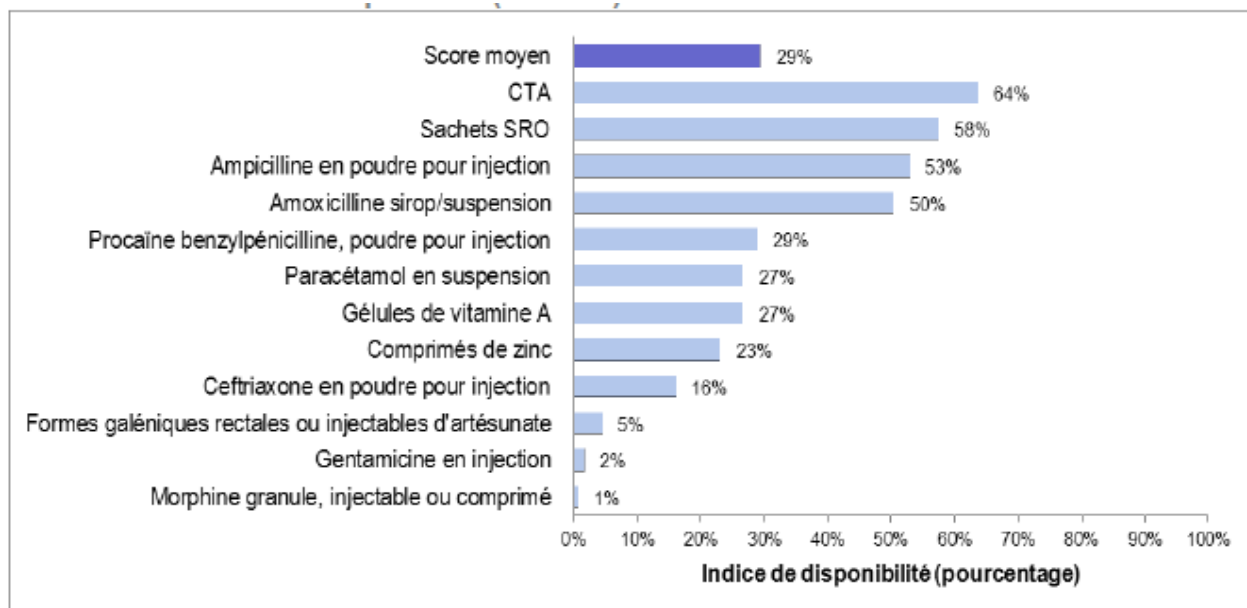


Figure 31 : Répartition des FOSA disposant des MEG pour les enfants en stock, 2014.

Selon l'enquête SARA 2014, aucune FOSA ne dispose de tous les médicaments prioritaires pour la SRMNEA, leur score moyen de disponibilité n'était que de 23% avec quelques disparités entre les provinces.

II.3.5.1. Approvisionnement des produits sanguins

La PEC des urgences obstétricales et pédiatriques nécessite l'apport des produits sanguins sécurisés. Ces produits qui ne sont pas toujours disponibles et dont la cession n'est pas systématiquement gratuite, proviennent des centres de transfusion sanguine dont dispose le programme national de sécurité transfusionnelle (PNST). La disponibilité de ces produits, est en deçà des attentes, du fait d'une part du plateau technique insuffisant et inégalement réparti sur l'ensemble du territoire national et d'autre part de l'insuffisance de donateurs bénévoles réguliers fidélisés. Selon l'enquête SARA, la plupart des FOSA offrant les services de transfusion sanguine sont légèrement plus localisées en milieu urbain (19%) qu'en milieu rural (14%). Avec la disponibilité limitée de ces produits sécurisés,

II.3.5.2. Dotation en matériels et équipements

Les FOSA qui offrent les SONU, ne disposent pas tous du matériel nécessaire conforme aux normes OMS. Selon l'enquête SARA 2014, la disponibilité moyenne des équipements essentiels est de 75% avec seulement 27% des FOSA qui disposent de tous les éléments traceurs. L'échographie n'est disponible que dans 58% des hôpitaux. Seuls 12% d'établissements sanitaires disposent des moyens de transport d'urgence pour soutenir la référence et contre référence. Dans les FOSA où ces équipements médico techniques existent, ils sont souvent insuffisants et obsolètes par manque de maintenance. L'absence d'inventaire et de répertoire de l'ensemble de ce plateau technique ne permet d'en déterminer le gap aussi bien au niveau central qu'au niveau provincial et périphérique.

II.4. COMMUNICATION ET MOBILISATION SOCIALE

Dans l'offre de service en SRMNEA-NUT, la communication et la mobilisation sociale existent à tous les niveaux pour répondre à certains déterminants de la santé et à l'émergence de certains comportements sociaux et pratiques nocives pour la santé. Malheureusement, cette intervention transversale pour le changement des comportements et la promotion des services en vue d'en améliorer l'utilisation, n'est pas suffisamment développée aussi bien en milieu des soins que communautaire. La faible utilisation des services de SRMNEA-NUT est tributaire de l'ignorance, des pratiques et croyances socioculturelles néfastes à la santé de la femme et de l'enfant. La réponse communautaire s'exprime à travers l'implication des organes de participation communautaire, les RECOs, les CODESA et les Organisations de la Société Civile de la SRMNEA-Nutrition (OSC : ONGs/Associations). Caractérisée par la faible implication communautaire et les capacités matérielles, financières, humaines et organisationnelles insuffisantes du système communautaire pour soutenir les interventions SRMNEA-NUT, la réponse communautaire n'a pas pu s'organiser dans la coordination et le suivi de la feuille de route et des plans stratégiques SRMNEA-NUT aussi bien au niveau national que provincial et des ZS.

La contribution de la communauté, bien que non mesurée, a été insuffisante dans (i) l'identification des signes de danger en SRMNEA-NUT pour le recours aux soins pour les enfants et les femmes, notamment lors de la grossesse et de l'accouchement, la promotion des services offerts, (ii) la promotion des pratiques familiales et communautaires clés et (iii) le don du sang. Cette faiblesse est entre autres imputable (i) au développement insuffisant de la PCIMNE communautaire dans seulement 78% des ZS ne couvrant que la moitié des populations des 3801 aires de santé des 26 DPS, (ii) à l'insuffisance des RECOs et des acteurs des OSC formés, (iii) à la sensibilisation insuffisante bien que beaucoup d'organisations de la Société Civile se soient mobilisées dans la prévention contre les IST, l'infection à VIH, et le marketing social du préservatif ainsi que dans la lutte contre le Paludisme, très peu se sont impliquées dans la promotion de la PF, des SONU, de la santé des adolescents et surtout de la nutrition.

II.5. PRINCIPAUX PROBLEMES ET DEFIS MAJEURS

II.5.1. Défis et priorités

De l'analyse de la revue des programmes de SRMNEA-NUT, il ressort des problèmes de dysfonctionnement du système de santé avec la faible couverture des interventions de SRMNEA-NUT de qualité.

Problèmes et défis identifiés

1. Faiblesse dans la coordination stratégique et dans la collaboration intra et intersectorielle, y compris avec la communauté et le secteur privé,
2. Insuffisance du financement de la SRMNEA-NUT
3. Faible disponibilité en intrants SRMNEA-NUT, y compris les 13 médicaments qui sauvent les vies des femmes et des enfants y compris les produits sanguins
4. Faible qualité des soins en SRMNEA-NUT.
5. Faible accès des populations aux soins, tant l'accès financiers que géographique
6. Insuffisance de la référence/contre-référence
7. Inadéquation de la réponse apportée aux comportements sociaux à risque chez les adolescents

8. Insuffisance dans le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre

La revue a fait ressortir de nombreux défis face auxquels il est urgent de développer des stratégies et actions permettant d'améliorer la SRMNEA-NUT.

1.	Défis liés à la bonne gouvernance et la gestion des programmes
	<p><u>Coordination</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de coordination des instances du PNDS pour le suivi de la mise en œuvre des plans stratégiques sous sectoriels dont celui de la SRMNEA-NUT • Dispersion des programmes et services impliqués dans la SRMNEA-NUT • Absence d'une plateforme de concertation et de collaboration des structures du ministère en charge de la santé impliquées dans la SRMNEA-NUT • Faiblesse des mécanismes de collaboration et de coordination efficace des partenaires <p><u>Planification</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Faible implication de tous les programmes et services de SRMNEA-NUT dans le processus de planification stratégique et opérationnelle et de revue du plan stratégique SRMNEA-NUT 2019-2022
2.	Défis liés au financement adéquat de la SRMNEA-NUT
	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place des mécanismes de financement alternatif avec l'implication de la communauté et des partenaires afin d'augmenter progressivement la part du budget santé alloué à la SRMNEA-NUT • Mise à disposition à temps de la SRMNEA-NUT des ressources financières conséquentes et adéquates de l'Etat • Réduire la part du paiement direct des ménages dans le financement des soins au Pays
3.	Défis liés au Suivi et Evaluation
	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'un plan global de S&E des programmes de la SRMNEA-NUT • Absence d'une base des données SRMNEA-NUT intégrant les données des services de santé, du secteur privé et du système communautaire ; • Faible organisation des revues périodiques, annuelles, à mi-parcours et finales dans le domaine de la SRMNEA-NUT, • Faiblesse de la revue des décès maternels, néonataux et infantiles et la riposte à tous les niveaux
4.	Défis liés à la disponibilité des RH de santé (RHS) de qualité
	<ul style="list-style-type: none"> • Faible disponibilité des RH formés dans les interventions de SRMNEA-NUT, et en particulier les Sages-femmes • Faible application des approches de Tutorat, mentorat et Stages de perfectionnement dans le système
5.	Défis liés à l'approvisionnement, en produits sanguins, à la dotation en équipements, consommables médicaux et autres intrants
	<ul style="list-style-type: none"> • Faible disponibilité en produits pharmaceutiques/intrants et en dotation des équipements SRMNEA-NUT, ainsi que la maintenance des équipements.
6.	Défis liés à l'amélioration de la qualité des soins
	<ul style="list-style-type: none"> • Faible couverture effective dans les interventions de SRMNEA-Nut. • Faible confort hospitalier dans les services de SRMNEA-Nut • Faible monitoring périodique de la qualité des soins dans les services

III. ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PLAN

III.1. VISION, BUT, OBJECTIFS, AXES STRATEGIQUES ET IMPACT

VISION	D'ici 2022, la RDC sera avancée vers l'accès universel à des services de qualité particulièrement en faveur de la Santé Reproductive, de la Mère, du Nouveau-né, de l'Adolescent et Nutrition, et la réduction de l'incidence des dépenses catastrophiques des ménages afin de leur permettre de contribuer au développement économique de la nation dans un environnement favorable à une bonne santé.
BUT	Contribuer au bien-être des Mères, des nouveau-nés, des Enfants et des Adolescents d'ici 2022
OBJECTIF GÉNÉRAL	Accroître la couverture et l'utilisation des services et soins de santé SRMNEA-Nut de qualité par la population avec équité et protection financière d'ici 2022.
OBJECTIFS SPECIFIQUES	
OS-1	Réduire de 27% par rapport aux niveaux de 2016 la mortalité maternelle (693 à 509 décès maternels pour 100.000 NV) d'ici 2022
OS-2	Réduire de 38% par rapport aux niveaux de 2016 la mortalité néonatale (29 à 18 pour 1000 de décès néonataux) d'ici 2022
OS-3	Réduire de 28% par rapport aux niveaux de 2016 la mortalité infanto-juvénile (94 à 67 décès infanto-juvénile pour 1000) d'ici 2022
OS-4	Réduire de 30% par rapport au niveau de 2013 la mortalité liée à l'infection à VIH chez les adolescents (1,2%), contre 0,7% pour la population générale d'ici 2022
AXES STRATÉGIQUES	
AS-1	Mise en place des paquets essentiels des services de SRMNEA-Nut de qualité
AS-2	Amélioration de l'accès aux soins pour la mère, le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent
AS-3	Accroissement de la qualité des services SRMNEA-Nut
AS-4	Renforcement de la dynamique communautaire en faveur de la SRMNEA-Nut
AS-5	Renforcement de la gouvernance et la redevabilité

Sur la base du paquet d'interventions à haut impact proposé dans ce plan stratégique, l'impact en termes de vie sauvées a été estimé par paquet et par causes de morbidité selon les cibles.

Pour la santé néonatale, réduire de 29 décès pour 1000 naissances vivantes la mortalité néonatale à 18 décès pour 1000 naissances vivantes d'ici 2022, soit une réduction de 38% pour 41.230 nouveau-nés sauvés.

Pour la santé infantile, réduire de 94 décès pour 1000 naissances vivantes la mortalité infantile à 67 décès pour 1000 naissances vivantes d'ici 2022, soit une réduction de 28% pour 100.653 vies sauvées.

Pour la santé maternelle, réduire de 693 décès pour 100 000 naissances vivantes la mortalité maternelle à 509 décès pour 1000 naissances vivantes d'ici 2022, soit une réduction de 27% pour 6.416 vies sauvées.

Concernant la malnutrition chez les moins de 5 ans, la mise en œuvre des interventions préventives au niveau de la communauté permettrait de sauver 76 810 enfants et le nombre des cas d'anémie évités chez les femmes enceintes attendrait 98 319.

III.2. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

Dans sa mise en œuvre, ce plan devra être réalisé autour d'une vision, d'un même paquet consensuel ainsi que d'une structure cohérente de coordination.

III.2.1. Définition du paquet

Ce plan se base sur le paquet d'interventions SRMNEA-NUT définit pour chacune des cibles pour la mère, le nouveau-né, l'enfant et les adolescents. Toute fois les moyens étant limités, seules les interventions à haut impact ont été prises en compte. Ledit paquet se trouve en annexe de ce plan.

III.2.2. Cadre de mise en œuvre

La mise en œuvre du PSI SRMNEA-NUT se fera progressivement de 14 DPS prioritaires tirant la mortalité vers le haut à l'ensemble des 26 DPS du pays. En outre, la mise en œuvre sera assurée par les Structures et Organes instituées par le Ministère de la Santé à tous les niveaux.

III.2.3. Structures et organes de mise en œuvre

La mise en œuvre de ce plan suit les structures et organes mis en place par arrêté ministériel N°1250/CAB/MIN/SP/079 du 3 novembre 2009 portant création, organisation et fonctionnement du Comité National de Pilotage du Secteur Santé (CNP/SS).

Au Niveau Central : la DSFGS coordonne la mise en œuvre et le suivi-évaluation de ce plan à travers la plateforme SRMNEA-NUT dont elle assure le secrétariat technique. L'opérationnalisation sera portée par les différentes Directions et Programmes impliqués dans la SRMNEA-NUT.

Niveau intermédiaire et opérationnel : les DPS et les Equipes Cadre des ZS, responsables de la mise en œuvre du plan, assureront la coordination de ces activités, la supervision des agents et le suivi des différents indicateurs. Les partenaires du Ministère de la santé ainsi que la Société Civile impliqués dans la promotion de la SRMNEA-NUT seront associés aux différents niveaux de son exécution.

III.3. ANALYSE DES RISQUES

Les risques majeurs susceptibles de compromettre la mise en œuvre de ce plan et l'atteinte de ses résultats et d'avoir un impact sur la qualité des services sont essentiellement :

- La perturbation de la paix sociale et la persistance de la crise économique conjoncturelle ;
- La diminution de l'allocation budgétaire consacrée à la mise en œuvre du plan ;
- L'absence de bonne la faible gouvernance et coordination nécessaires pour toute action en faveur du développement.
- La mobilité des animateurs et des acteurs à tous les niveaux avec la rupture de pilotage et de mise en œuvre créée ;

- La faible implication des acteurs et le non-respect des engagements des parties prenantes à tous les niveaux ;
- La non-disponibilité des ressources humaines qualifiées et formées aussi bien professionnels de santé que des acteurs communautaires.

III.4. CADRE DE SUIVI-EVALUATION

III.4.1. Mécanisme de suivi

Le suivi de la mise en œuvre se fera aux différents niveaux du système de santé. Les indicateurs de suivi et d'évaluation sont ceux présentés dans le cadre de performance. Les équipes cadres des ZS seront chargées du suivi de la mise en œuvre effective des activités. Elles veilleront à la collecte et au traitement des données nécessaires pour le suivi des indicateurs. Les différents cadres de concertation existant au niveau des ZS seront mis à profit pour discuter de l'exécution du plan. Les DPS seront chargées de la coordination de la mise en œuvre des activités de ce Plan au niveau des Provinces, de la synthèse des données pour le calcul des indicateurs de suivi. Les cadres de concertation seront mis à profit pour discuter de la mise en œuvre du plan.

Pour disposer des données fiables capables de suivre les progrès, des enquêtes d'envergure nationales sur les indicateurs sociodémographiques et de santé, l'infection à VIH, la nutrition et autres, seront menées pour mesurer l'impact du programme sur la mortalité maternelle, néonatale et infantile. De même, la surveillance des décès maternels, néonataux et infantiles et des causes de décès se fera à travers tout le pays.

III.4.2. Supervision et monitoring des activités

Le système de supervision et de monitoring sera renforcé à chaque niveau. Il sera élaboré par niveau un plan régulier de suivi des activités. Le niveau central supervisera semestriellement les activités des Provinces, les DPS superviseront trimestriellement celles des ZS, et ces dernières assureront mensuellement, à leur tour, une supervision rapprochée des FOSA de leurs zones respectives.

III.4.3. L'évaluation

L'évaluation du plan sera réalisée à travers 4 revues annuelles, et 2 évaluations (à mi-parcours et finale). Les évaluations annuelles seront réalisées à tous les niveaux, sanctionnées par des rapports annuels d'activités. La revue à mi-parcours au niveau central, se tiendra au cours du 2^{ème} semestre 2021 après celles des DPS et ZS. Elle aura pour objectif de veiller sur la cohérence et la complémentarité des interventions, de faire le point sur la mise en œuvre globale du plan et d'adapter si possible certaines interventions et stratégies.

La revue finale, impliquant l'ensemble des DPS, des programmes impliqués dans la SRMNEA-NUT-NUT et des partenaires, sera organisée au niveau national en fin 2022. Elle sera centrée sur les performances accomplies, l'atteinte des résultats, des objectifs visés par le plan ainsi que les taux de réalisation des budgets. Elle permettra de juger de la pertinence des objectifs, de l'efficacité des stratégies et de la performance des structures, préparera également le processus de planification stratégique future.

IV. CADRE LOGIQUE

Sommaire	Résultats	Indicateurs	Hypothèses et Risques
Objectif Général	Impact		
Accroître la couverture et l'utilisation des services et soins de santé SRMNEA-NUT de qualité par la population avec équité et protection financière d'ici 2022.	La morbi- mortalité des Mères, des nouveau-nés, des Enfants et des Adolescents est réduite d'au moins 27% d'ici 2022	Taux de mortalité maternelle passe de 693 à 509 pour ‰NV d'ici 2022	Le pays connaît une stabilité politique, une paix durable dans toute l'étendue du territoire, la sécurité, une croissance/stabilité économique
		Taux de mortalité infanto-juvénile passe de 94 à 67‰ NV d'ici 2022	
		Taux de mortalité Néonatale passe de 29 à 18‰ NV d'ici 2022	
		Prévalence de la malnutrition passe de 43% à 33% d'ici 2022	
		Part de la mortalité maternelle attribuable aux Adolescentes passe de 29,2% à 15% d'ici 2022	
Objectifs Spécifiques	Effets	Résultats	Hypothèses et risques
Réduire de 27% par rapport au niveau de 2016 la mortalité maternelle (693 à 509 décès maternels pour 100.000 NV) d'ici 2022	Au moins 90% des femmes en âge de procréer ont accès aux services SRMNEA-Nut de qualité d'ici 2022	Résultat 1 : paquet de services de qualité de santé de reproduction est disponible et accessible	Le pays connaît une stabilité politique, une paix durable dans toute l'étendue du territoire, la sécurité, une croissance/stabilité économique
		Résultat 2 : L'état nutritionnel de la femme enceinte et allaitante est amélioré	
Réduire de 38% par rapport au niveau de 2016 la mortalité néonatale (29 à 18 pour 1000 de décès néonatales) d'ici 2022	Au moins 90% des nouveau-nés ont accès aux soins essentiels et d'urgence des nouveau-nés de qualité d'ici 2022	Résultat 1 : qualité de la prise en charge du nouveau-né sain et en détresse vitale est améliorée selon le paquet ENAP	Une bonne gouvernance, redevabilité et coordination sont assurées par des Acteurs compétents et stabilisés à tous les niveaux
Réduire de 28% par rapport au niveau de 2016 la mortalité infanto-juvénile (94 à 67 décès infanto-juvénile pour 1000) d'ici 2022	Au moins 90% d'enfants de moins de 5 ans bénéficient de la prise en charge de qualité des principales maladies tueuses des enfants (paludisme, la diarrhée, les IRA, la malnutrition aiguë sévère (MAS), VIH/SIDA et les affections néo natales) à la base et à la référence.	Résultat 1 : paquet d'interventions complet et intégré pour la santé de l'enfant dans la petite et grande enfance est disponible et accessible selon le continuum des soins depuis la communauté jusqu'aux soins de base et complémentaires.	
Réduire de 30% par rapport au niveau de 2013 la mortalité liée à l'infection à VIH chez les adolescents (1,2%), contre 0,7% pour la population générale d'ici 2022	Au moins 90% des Adolescents ont accès aux services SRMNEA/Nut de qualité d'ici 2022.	Paquet d'interventions pour la PEC des problèmes de santé des adolescents et des jeunes (10 à 24 ans) est renforcé	

I. CADRE PROGRAMMATIQUE

Axes stratégiques 1 : Mise en place des paquets essentiels et d'urgences de SRMNEA-NUT de qualité				
Résultats1.1 : Les paquets de services de santé de la reproduction et de nutrition de qualité sont disponibles dans les 26 DPS d'ici fin 2022				
Interventions 1.1.1: Accroissement de l'offre des produits et services de SSR/PF, Services de soins prénatals y compris la PTME, Services de soins périnatals, Services de soins postnatals, prévention des cancers gynécologiques				
Activités retenues	2019	2020	2021	2022
1.1.1.1 Assurer la dotation en équipement technique, matériels, médicaments, selon les normes dans 250 structures SONUC et 4000 structures SONUB dans chaque province	20 164 701	24 617 371	25 826 980	27 634 168
1.1.1.2 Appuyer l'élaboration d'un plan d'équipement, de renouvellement et de maintenance du matériel médico- technique en SRMNEA-NUT au niveau de chaque ZS	79 000	118 500	158 000	355 500
1.1.1.3. Assurer la distribution des MILD à la CPN aux femmes enceintes	12 443 486	12 443 486	12 443 486	12 443 486
1.1.1.4. Assurer la prévention et la PEC des femmes enceintes pour la PTME	26 524 880	26 524 880	26 524 880	26 524 880
1.1.1.5. Renforcer les compétences 20 640 prestataires, 520 cadres des 26 DPS et 50 cadres du niveau central en SRMNEA-NUT	914 000	1 064 000	1 271 000	1 413 000
1.1.1.6. Doter les 393 HGR en ambulances médicalisées	4 875 000	6 375 000	8 625 000	9 600 000
1.1.1.7. Organiser le SAMU dans deux provinces pilotes	-	240 000	-	-
S/TOTAL	65 001 067	71 383 237	74 849 346	77 971 034
Interventions 1.1.2 : Amélioration de l'état nutritionnel de la femme enceinte et allaitante				
Activités retenues	2019	2020	2021	2022
1.1.2.1. Assurer le déparasitage et la supplémentation en fer-acide folique des Femmes enceintes et allaitantes	2 481 889	3 060 665	3 782 048	4 859 482
1.1.2.2. Organiser l'appui nutritionnel à 40.800 Femmes enceintes vivant avec VIH (FVVIH)	4 080 000	4 080 000	4 080 000	4 080 000
S/TOTAL	6 561 889	7 140 665	7 862 048	8 939 482
Résultats1.2: Les paquets de services de santé néonatale et infanto-juvénile de qualité sont disponibles dans les 26 DPS d'ici fin 2022				
Interventions 1.2.1: Accroissement de l'offre des produits et services de la santé néonatale et infanto-juvénile.				
Activités retenues	2019	2020	2021	2022
1.2.1.1. Etendre l'intégration du paquet complet ENAP dans 26 DPS	1 740 846	2 611 269	4 526 200	4 526 200
1.2.1.2. Etendre l'intégration du paquet complet de l'approche PCIMNE-clinique dans 26 DPS	22 061 008	21 902 849	23 503 668	29 117 482
1.2.1.3. Etendre l'intégration de l'approche TETU dans les HGR des 26 DPS	1 255 000	1 255 000	1 255 000	1 255 000

1.2.1.4. Assurer l'intégration en routine de l'approche atteindre chaque ZS (ACZ) dans 516 ZS	67 183 697	61 190 941	63 249 283	72 652 064
1.2.1.5. Assurer la distribution de MILD à la CPS aux enfants de 0-5 ans dans les ZS non appuyées par FM	4 436 865	4 436 865	4 436 865	4 436 865
1.2.1.6. Assurer la prévention et PEC des enfants dépistés VIH+ ou exposés au VIH dans au moins 40% des FOSA	6 855 200	6 855 200	6 855 200	6 855 200
S/TOTAL	103 532 616	98 252 124	103 826 216	118 842 811

Interventions 1.2.2 : Amélioration de l'état nutritionnel des enfants (ANJE, PCIMA, UNTI)

Activités retenues	2019	2020	2021	2022
1.2.2.1. Appuyer la Prise en charge de la malnutrition aigüe chez les enfants de 6-59 mois dans les Unités Nutritionnelles supplémentaires (UNS), les Unités Nutritionnelles Thérapeutiques Ambulatoires (UNTA), et les Unités Nutritionnelles Thérapeutiques Intensives (UNTI).	88 000 000	88 000 000	88 000 000	88 000 000
1.2.2.2. Appuyer l'organisation des 2 Journées de santé de l'enfant en supplémentation en Vit A par an des enfants de 6 à 59 mois et de déparasitage des enfants de 12-59 mois à intégrer avec la vaccination de routine	PM	PM	PM	PM
1.2.2.3. Renforcer la promotion de promotion des Initiatives et Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB, ANJE, NAC) et les activités de la stimulation de la petite enfance dans 26 DPS	15 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000
S/TOTAL	103 000 000	103 000 000	103 000 000	103 000 000

Résultat 1.3 : Les paquets de services de santé de qualité des adolescents sont disponibles dans les 26 DPS d'ici fin 2022

Intervention 1.3 1: Accroissement de l'offre des produits et services des SSR adaptés : Prévention VBG, prévention et lutte contre les abus d'alcool et drogues, Sciences de santé scolaire, promotion de bonnes hygiènes de vie, Prise en charge des IST, Prévention des cancers du col en milieu scolaire

Activités retenues	2019	2020	2021	2022
1.3.1.1. Elaborer/ Actualiser la stratégie nationale de PEC des problèmes de la santé des adolescents et jeunes dans le milieu scolaire, non scolaire et universitaire	21 745	-	-	-
1.3.1.2. Former les enseignants, les prestataires de soins et les jeunes paires éducateurs sur la problématique des adolescents et jeunes dans les 26 DPS	45 060	45 060	45 060	45 060
1.3.1.3. Renforcer les services d'hygiène, assainissement, hygiène buccodentaire, hygiène menstruelle et prévention contre la surcharge pondérale et l'obésité en milieu scolaire	250 000	250 000	250 000	250 000
1.3.1.4. Assurer la prise en charge médicale des violences sexuelles basées sur le genre	250 000	250 000	250 000	250 000
1.3.1.5. Renforcer la prévention des infections IST/VIH et Cancer de col chez les adolescents et jeunes	250 000	250 000	250 000	250 000

1.3.1.6. Appuyer l'offre des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes dans les FOSA de 258 ZS des 26 DPS	40 000	40 000	40 000	40 000
S/TOTAL	856 805	835 060	835 060	835 060
Résultat 1.4. Les produits pharmaceutiques, des intrants spécifiques, des équipements et technologies sanitaires pour l'offre des soins en SRMNEA-NUT sont disponibles dans les 26 DPS d'ici 2022				
Intervention 1.4.1 : Amélioration de la disponibilité des produits pharmaceutiques et équipements de la SRMNEA-NUT				
Activités retenues	2019	2020	2021	2022
1.4.1.1. Organiser la formation en pool d'au moins 78 formateurs en gestion logistique et l'utilisation des logiciels de gestion logistique (3 formateurs par DPS)	-	187 000	-	-
1.4.1.2. Approvisionner au moins 8569 FOSA et 516 HGR en 13 médicaments essentiels, y compris pour la PEC médicale des VBG, VIH, commodités PF et produits sanguins	12 000 000	12 000 000	12 000 000	12 000 000
1.4.1.3. Équiper 4250 FOSA et 393 HGR des 26 DPS en matériels et équipements SRMNEA-NUT	20 164 701	24 617 371	25 826 980	27 634 168
1.4.1.4. Appuyer les DPS dans la contractualisation des activités de maintenance des équipements et matériels SRMNEA-Nut avec les structures spécialisées	9 050	9 050	9 050	9 050
S/TOTAL	32 173 751	36 813 421	37 836 030	39 643 218
S/TOTAL AXE STRATEGIQUE-1	311 126 128	317 424 507	328 208 700	349 231 605
Axe stratégique 2 : Amélioration de l'accès aux soins pour la mère, le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent				
Résultat 2.1 : la mère, le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent ont accès aux soins d'ici 2022				
Intervention 2.1.1: Subventionnement des soins de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent y compris la nutrition				
Activités retenues	2019	2020	2021	2022
2.1.1.1 Appuyer la subvention des soins en faveur de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et des adolescents dans au moins 8569 structures des 26 DPS	457 350 000	457 350 000	457 350 000	457 350 000
2.1.1.2. Promouvoir les mutuelles de santé dans 516 ZS de 26 DPS	750 000	750 000	750 000	750 000
2.1.1.3. Appuyer la mise en place des mutuelles de santé dans 516 ZS	13 343 750	13 343 750	13 343 750	13 343 750
2.1.1.4. Subventionner 170 000 césariennes dans les HGR et CSR des 516 ZS	8 500 000	8 500 000	8 500 000	8 500 000
2.1.1.5. Appuyer l'extension de la tarification forfaitaire dans 8569 structures des 26 DPS	PM	PM	PM	PM
2.1.1.6 Assurer la tarification préférentielle pour les cas référés aux HGR dans les 516 ZS	103 200	103 200	103 200	103 200
2.1.1.7. Assurer la gratuité des soins à 500 000 indigents les HGR et CSR des 516 ZS	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000
S/TOTAL	490 046 950	490 046 950	490 046 950	490 046 950

S/TOTAL AXE STRATEGIQUE-2		490 046 950	490 046 950	490 046 950	490 046 950
Axe Stratégique 3 : Accroissement de la qualité des services SRMNEA-NUT					
Résultat 3.1 : L'assurance qualité est garantie dans les FOSA des 516 ZS pour la SRMNEA-NUT d'ici 2022					
Intervention 3.1. 1 : amélioration de la qualité des services et soins en SRMNEA-Nut					
Activités retenues	2019	2020	2021	2022	
3.1.1. 1 Mettre en place de centres modèles de formation dans les 26 DPS	4 398 401	7 917 121	5 278 081	-	-
3.1.1.2. Mettre en place les comités d'assurance qualité de 8569 FOSA dans les 516 ZS	1 817 000	1 817 000	-	-	-
3.1.1.3. Mener des enquêtes de monitoring de la couverture effective les interventions de la SRMNEA-Nut dans les 26 DPS (MAA)	1 800 000	1 800 000	1 800 000	1 800 000	1 800 000
3.1.1.4. Appuyer l'intégration l'approche collaborative pour SRMNEA-NUT dans les FOSA des 516 ZS	908 500	908 500	908 500	908 500	908 500
3.1.1.5. Appuyer la formation des prestataires selon l'approche par compétence (mentorat/tutorat/PDHF) dans les FOSA des 516 ZS	PM	PM	PM	PM	PM
3.1.1.6. Appuyer le stage de perfectionnement des prestataires	PM	PM	PM	PM	PM
S/TOTAL	8 923 901	12 442 621	7 986 581	2 708 500	
Intervention 3.1. 2. Mise en place d'un environnement de travail favorable et assaini					
Activités retenues	2019	2020	2021	2022	
3.1.2.1. Renforcer les compétences des prestataires en matière d'hygiène ; des préventions et contrôles des infections et GBM	908 500	908 500	-	-	-
3.1.2.2. Améliorer le confort hospitalier et de travail (source d'eau, lumière, literie, toilette et douche hygiénique et bas...) dans 8569 FOSA et 330 HGR des 516 ZS	-	7 415 833	10 000 000	4 831 666	4 831 666
3.1.2.3. Réhabiliter les salles des soins et les maternités dans 8569 FOSA et 330 HGR des 516 ZS	PM	PM	PM	PM	PM
S/TOTAL	908 500	8 324 333	10 000 000	4 831 666	
S/TOTAL AXE STRATEGIQUE-3	9 832 401	20 766 954	17 986 581	7 540 166	
Axe Stratégique 4: Renforcement de la dynamique communautaire en faveur de la SRMNEA-Nut					
Résultat 4.1 : La coordination de la réponse communautaire est renforcée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire d'ici 2022					
Intervention 4.1. 1 : Promouvoir le renforcement de la coordination de la réponse communautaire des OSC-SRMNEA-NUT à tous les niveaux de la pyramide sanitaire					
Activités retenues	2019	2020	2021	2022	

4.1.1.1. Mettre en place des cellules de coordinations des activités des OSC dans les 516 ZS	129000	129000	0	0
4.1.1.2. Mettre en place les bureaux de coordination de la Coalition OSC-SRMNEA-NUT dans le 26 DPS	123728	123728	0	0
4.1.1.3. Organiser les réunions trimestrielles de concertation des OSC-SRMNEA-NUT	104000	104000	104000	104000
4.1.1.4. Participer aux Forums mondial des partenaires sur la SRMNEA-NUT avec 8 délégués (4 SC+4MS)	40 000	40 000	40 000	40 000
4.1.1.5. Participer au forum annuel de réapprovisionnement du GFF avec 8 délégués (4 SC+4 MS)	40 000	40 000	40 000	40 000
4.1.1.6. Participer à l'atelier Régional des pays Francophones d'Afrique du GFF avec 6 délégués (4 SC+2 MS)	30 000	30 000	30 000	30 000
4.1.1.7. Renforcer le fonctionnement des Organes de participation communautaire et des Coordinations des OSC-SRMNEA-NUT	247 455	824 850	824 850	824 850
4.1.1.8. Participer à l'atelier Annuel de la SC SRMNEA-NUT du GFF	15 000	15 000	15 000	15 000
4.1.1.9. Renforcer les Capacités de 10 personnes de l'équipe de Coordination des OSC à l'étranger	175 000	175 000	175 000	175 000
4.1.1.10. Organiser réunions de partage et des échanges des expériences avec des Coalition des OSC des Pays GFF	211 000	211 000	211 000	211 000
S/TOTAL	1 115 183	1 692 578	1 439 850	1 439 850

Résultat 4.2 : les prestations à base communautaire sont améliorées d'ici 2022

Intervention 4.2.1 : Mise en œuvre des activités de sensibilisation, communication et mobilisation sociale pour le changement des comportements favorables à la SRMNEA au sein de la communauté

Activités retenues	2019	2020	2021	2022
4.2.1.1. Renforcer les capacités de 15480 RECO et des OSC en CCC pour la SRMNEA-NUTRITION dans les 516 ZS	774 000	1 741 500	967 500	387 000
4.2.1.2. Assurer la mise en place d'un PBF communautaire pour les activités à base communautaire	12 334 400	12 334 400	12 334 400	12 334 400
4.2.1.3. Appuyer la diffusion des Spots à la radio communautaire de proximité sur la SRMNEA-NUTRITION dans les 26 DPS	1 132 512	1 132 512	1 132 512	1 132 512
4.2.1.4. Appuyer les émissions hebdomadaires de télévision sur la santé sexuelle, reproductive, maternelle, néo-natale, infantile et de l'adolescent dans les 26 DPS	2 500 000	4 309 713	4 309 713	4 309 713
4.2.1.5. Appuyer l'organisation des journées portes ouvertes dans les 516 ZS sur le partage d'expérience des femmes en matière de SRMNEA-NUTRITION	500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000

4.2.1.6. Doter les acteurs communautaires des 516 ZS en Kits de matériel de sensibilisation, communication, d'écoute et enregistrement des émissions et spots	722 770	722 770	722 770	-
4.2.1.7. Appuyer l'organisation des marches/campagnes des femmes dans les chefs-lieux de 26 DPS en faveur de la SRMNEA-NUT	381 000	381 000	381 000	381 000
4.2.1. 8. Appuyer l'organisation des journées de sensibilisation trimestrielles en matière de santé sexuelle et reproductive dans les écoles pilote	876 400	876 400	876 400	876 400
4.2.1.9. Appuyer l'organisation des journées de sensibilisation trimestrielles en matière de santé sexuelle et reproductive en milieu universitaire	1 000 428	1 000 428	1 000 428	1 000 428
4.2.1. 10. Appuyer l'organisation de 4 enquêtes nationales à base communautaire sur l'accès des populations aux soins de santé de qualité et la satisfaction des malades dans les 26 DPS	-	2 101 544	2 101 544	-
S/TOTAL	20 221 510	26 100 267	25 326 267	21 921 453
Intervention 4.2.2 : Prise en charge communautaire intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire (PCIME-C) et suivi de la qualité de l'offre de services de santé et la satisfaction des malades				
Activités retenues	2019	2020	2021	2022
4.2.2.1. Renforcer le suivi communautaire du couple mère-nouveau-né	1 101 544	1 101 544	1 101 544	1 101 544
4.2.2. 2. Appuyer la mise en place des SSC du Paquet complet des 15.000 SSC des 516 ZS	15 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000
4.2.2.3. Appuyer les enquêtes sur l'utilisation des SSC, la couverture effective et la satisfaction des SSC dans la communauté (MAA-Score Card Communautaire)	880 000	880 000	880 000	880 000
S/TOTAL	16 981 544	16 981 544	16 981 544	16 981 544
Intervention 4.2.3 : Mobilisation des ressources locales en vue de contribuer à améliorer l'espace budgétaire, l'efficacité et l'accès financier des plus pauvres à des services de SRMNEA-NUTRITION à haut-impact dans les 26 DPS				
Activités retenues	2019	2020	2021	2022
4.2.3.1. Appuyer l'organisation de 104 plaidoyers au niveau des chefs-lieux des 26 DPS et dans le secteur privé en faveur de SRMNEA-NUT	150 000	641 550	641 550	641 550
S/TOTAL	150 000	641 550	641 550	641 550
Intervention 4.2.4 : Amélioration de l'état nutritionnel des enfants dans les 516 ZS				
Activités retenues	2019	2020	2021	2022
4.2.4.1. Appuyer la mise en place des micro-projets de sécurité alimentaire et de transformation des aliments pour combattre la malnutrition dans l'approche NAC	5 160 000	5 160 000	5 160 000	5 160 000
S/TOTAL	5 160 000	5 160 000	5 160 000	5 160 000
Intervention 4.2.5 : Renforcement de la gouvernance et la redevabilité du niveau communautaire				

Activités retenues	2019	2020	2021	2022
4.2.5.1. Appuyer le renforcement de la dynamique communautaire accompagnant la NAC et le SRMNEA-NUT dans les ZS	PM	PM	PM	PM
4.2.5.2. Appuyer la Cartographie des OSC-SRMNEA-NUT et des privés impliqués dans la mise en œuvre des activités de la SRMNEA-Nutrition dans les 26 DPS	182 000	-	182 000	-
S/TOTAL	182 000	-	182 000	-
S/TOTAL AXE STRATEGIQUE 4	43 810 237	50 575 939	49 731 211	46 144 397
Axe stratégique 5 : Renforcement de la gouvernance et la redevabilité				
Résultats 1 : Les capacités de gestion des programmes SRMNEA-NUT impliquant toutes les parties prenantes sont renforcées d'ici fin 2022				
Intervention 5.1.1.: Renforcement du cadre institutionnel et du cadre de concertation intra-sectorielle sur la SRMNEA-NUT				
Activités retenues	2019	2020	2021	2022
5.1.1.1. Mettre en place une plateforme de la SRMNEA-NUT	2 310	-	-	-
5.1.1.2. Organiser les réunions trimestrielles du cadre de concertation pour la coordination et le suivi du plan SRMNEA-NUT 2019-2022 mis en place au niveau central et provincial	4 000	4 000	4 000	4 000
5.1.1.3. Organiser les réunions bimensuelles des programmes et projets impliqués dans la SRMNEA-NUT	6 000	6 000	6 000	6 000
5.1.1.4. Renforcer le fonctionnement des structures SFGS (DSFGS et les programmes alignés concernés)	3 500 000	3 500 000	3 500 000	3 500 000
5.1.1.5. Actualiser chaque année la cartographie des interventions et intervenants (PTFs, OSC et ONG) impliqués et œuvrant dans la SRMNEA-NUT	10 000	10 000	10 000	10 000
5.1.1.6. Renforcer le partenariat public/privé et la collaboration intersectorielle autour de la SRMNEA-NUT	15 000	15 000	15 000	15 000
S/TOTAL	3 537 310	3 535 000	3 535 000	3 535 000
Intervention 5.1.2 : Elaboration/ Actualisation et vulgarisation des normes, directives, ordinogrammes, protocoles, et modules de formation de SRMNEA-NUT				
Activités retenues	2019	2020	2021	2022
5.1.2.1. Elaborer/Actualiser les documents stratégiques, normatifs et réglementaires sur la SRMNEA-NUT	130 470	65 235	108 725	86 980
5.1.2.2. Assurer la reproduction des documents stratégiques, normatifs et réglementaires sur la SRMNEA-NUT y compris les outils de la SDMR	60 000	40 000	60 000	50 000

5.1.2.3. Vulgariser les documents législatifs, stratégiques, normatifs et réglementaires sur la SRMNEA-NUT	78 000	78 000	-	-
5.1.2.4. Elaborer un plan de formation continue du personnel de la santé en SRMNEA-NUT y compris les acteurs communautaires	-	5 000	-	-
5.1.2.5. Elaborer un plan de supervision formative en SRMNEA-NUT et outils	-	5 000	-	-
5.1.2.6. Mission d'orientation des provinciaux sur le PSI SRMNEA-NUT	78 000	78 000	78 000	78 000
S/TOTAL	346 470	271 235	246 725	214 980
Intervention 5.1.3 : Renforcement des capacités des ressources humaines en SRMNEA-NUT				
Activités retenues	2019	2020	2021	2022
5.1.3.1. Appuyer l'organisation des stages de formation des prestataires des soins dans différentes thématiques du SRMNEA-NUT	16 068 000	20 245 680	20 888 400	25 708 800
5.1.3.2. Organiser un congrès national annuel sur la SRMNEA-NUT	66 100	66 100	66 100	66 100
5.1.3.3. Appuyer la formation de 10372 prestataires sur la SRMNEA-NUT	2 500 000	3 150 000	3 250 000	4 000 000
5.1.3.4. Appuyer l'organisation de 88970 missions de mentorat et de tutorat en matière de SRMNEA-NUT	-	27 803 125	55 606 250	27 803 125
5.1.3.5. Appuyer la participation annuelle de 10 prestataires à des conférences et congrès internationaux sur la SRMNEA-NUT	100 000	100 000	100 000	100 000
5.1.3.6. Appuyer/accompagner l'introduction dans les curricula de 406 écoles de formation des professionnels de santé (ITM et ISTM) des modules sur la SRMNEA-NUT	406 000	406 000	-	-
S/TOTAL	19 140 100	51 770 905	79 910 750	57 678 025
Intervention 5.1.4 : Promotion des initiatives innovantes du financement de la SRMNEA-NUT				
Activités retenues	2019	2020	2021	2022
5.1.4.1. Evaluer la mise en œuvre de mécanisme d'accès aux soins mise en place dans le cadre de la SRMNEA-NUT	-	250 000	-	250 000
5.1.4.2. Mener une étude sur l'apport de FBR dans l'amélioration de la SRMNEA-NUT	-	100 000	-	-
S/TOTAL	-	350 000	-	250 000
Intervention 5.1.5 : Protection juridique de l'enfant, de l'adolescent et de jeune				
Activités retenues	2019	2020	2021	2022
5.1.5.1 Mettre en place les mécanismes de suivi de l'application des lois portant protection de l'enfant et jeune	-	25 000	-	-

5.1.5.2 Mettre en place les mécanismes de collaboration avec les services juridiques pour les violences sexuelles et celles basées sur le genre	-	15 000	-	-
5.1.5.3 Appuyer l'extension des services d'état civil dans toutes les formations sanitaires par la création des bureaux secondaires et/ou bureaux d'appui à l'enregistrement des naissances et des décès	PM	PM	PM	PM
S/TOTAL	-	40 000	-	-

Résultat 2 : Le suivi et évaluation des interventions de SRMNEA-NUT dans les 26 DPS sont renforcés d'ici fin 2022

Intervention 5.2.1 : Renforcement de la Base des données et des capacités pour l'utilisation des outils de collecte des données de SRMNEA-NUT

Activités retenues	2019	2020	2021	2022
5.2.1.1. Assurer la mise en place/fonctionnalité de la base de données informatisée en SRMNEA-NUT au sein de la DSFGS et des programmes impliqués	35 000	5 000	5 000	5 000
5.2.1.2. Former les prestataires des différentes structures impliquées à l'utilisation des outils de collecte, de traitement et d'analyse des données SRMNEA-NUT	-	2 500 000	-	-
5.2.1.3. Produire un bulletin semestriel sur la SRMNEA-NUT	25 000	25 000	25 000	25 000
S/TOTAL	60 000	2 530 000	30 000	30 000

Intervention 5.2.2 Organisation de la surveillance des événements de santé publique dans le domaine de la SRMNEA-NUT, y compris la sero-surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes, la surveillance des décès maternels, périnataux et néonataux

Activités retenues	2019	2020	2021	2022
5.2.2.1. Assurer le suivi et supervision des activités SRMNEA-NUT dans les situations humanitaires des zones identifiées	70 000	100 000	100 000	100 000
5.2.2.2. Redynamiser la surveillance des événements de santé publique dans le domaine de la SRMNEA-NUT	32 136	49 454	49 454	32 136
5.2.2.3. Organiser les missions trimestrielles de suivi et collecte des données des revues des décès maternels, néonataux à tous les niveaux	144 800	144 800	144 800	144 800
5.2.2.4. Participer aux enquêtes de sero-surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes	20 000	-	20 000	-
5.2.2.5. Produire trimestriellement la carte de score de suivi des indicateurs de santé de la mère et de l'enfant y compris les bulletins de décès maternels, périnataux, néonataux et riposte	40 000	40 000	40 000	40 000
S/TOTAL	306 936	334 254	354 254	316 936

Intervention 5.2.3 : Organisation des évaluations périodiques des plans SRMNEA-NUT

Activités retenues	2019	2020	2021	2022
--------------------	------	------	------	------

5.2.3.1. Organiser les revues annuelles de la SRMNEA-NUT	150 000	150 000	150 000	150 000
5.2.3.2. Appuyer la réalisation des évaluations périodiques des programmes impliqués dans la SRMNEA-NUT (à mi-parcours et finales)	50 000	50 000	50 000	50 000
5.2.3.3. Réaliser une évaluation à mi-parcours 2021 et finale 2023 du plan stratégique SRMNEA-NUT 2019-2022	-	-	50 000	150 000
S/TOTAL	200 000	200 000	250 000	350 000
Intervention 5.2.4. Organisation des recherches en SRMNEA-NUT				
Activités retenues	2019	2020	2021	2022
5.2.4.1. Appuyer la Recherche opérationnelle en SRMNEA-NUT dans les 26 DPS	130 000	260 000	130 000	260 000
5.2.4.2. Appuyer l'organisation des enquêtes nationales sur les indicateurs de santé-nutrition (MAA, SMART) y compris au niveau des Instituts supérieurs des Techniques Médicales et Universités	60 000	130 000	60 000	130 000
S/TOTAL	190 000	390 000	190 000	390 000
S/TOTAL AXE STRATEGIQUE 5	23 780 816	59 421 394	84 516 729	62 764 941

VI. BUDGET SYNTHÈSE

VI.1. BUDGET SYNTHÈSE PSI SRMNEA-Nut

Budget par Axes stratégiques	2019	2020	2021	2022	Total en \$ US	%
Axe stratégique 1 : Mise en place des paquets essentiels et d'urgences de SRMNEA-NUT de qualité	311 126 128	317 424 507	328 208 700	349 231 605	1 305 990 940	34,9%
Axe stratégique 2 : Amélioration de l'accès aux soins pour la mère, le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent	490 046 950	490 046 950	490 046 950	490 046 950	1 960 187 800	52,4%
Axe Stratégique 3 : Accroissement de la qualité des services SRMNEA- NUT	9 832 401	20 766 954	17 986 581	7 540 166	56 126 101	1,5%
Axe Stratégique 4 : Renforcement de la dynamique communautaire en faveur de la SRMNEA-Nut	43 810 237	50 575 939	49 731 211	46 144 397	190 261 784	5,1%
Axe stratégique 5 : Renforcement de la gouvernance et la redevabilité	23 780 816	59 421 394	84 516 729	62 764 941	230 483 880	6,2%
TOTAL GENERAL	878 596 531	938 235 744	970 490 171	955 728 059	3 743 050 506	100,0%

VI.2. SOURCES DE FINANCEMENT

Les estimations des sources de financement (Gouvernement et PTF) émanent du PNDS 2019-2022/Axe stratégique 1 (paquet SRMNEA) et sont faites conformément aux orientations de cadrage budgétaire édictées par le gouvernement en lien avec la stratégie pour l'amélioration de l'offre et l'utilisation des soins de santé de qualité au cours de la période 2019-2022.

	2019	2020	2021	2022	Total en \$ US
Gouvernement	619 077 562	690 633 696	784 736 721	784 736 721	2 879 184 700
PTF	404 403 205	254 423 483	162 896 414	149 838 240	971 561 343
Gouvernement + PTF	1 023 480 767	945 057 179	947 633 135	934 574 961	3 850 746 043
PSI SRMNEA Nut	878 596 531	938 235 744	970 490 171	955 728 059	3 743 050 506

Le budget du PSI SRMNEA-Nut 2019-2022 présente un gap de financement quel que soit le scénario de financement considéré. En effet, en considérant les scénarii des ressources prévisibles d'une part ; et d'autre part le budget du PSI SRMNEA-Nut tels que présentés dans le tableau ci-dessus il se dégage que les 4 années du PSI SRMNEA-Nut sont couverts par les ressources disponibles dans le secteur de l'ordre de 1 023 480 767 à 934 574 961 \$.

Quelle que soit l'option retenue, des efforts seront menés durant la période de mise en œuvre du PSI SRMNEA-Nut en vue d'assurer l'équité et la protection financière de la population. Ce gap positif s'explique par le fait que certaines actions prioritaires retenues pour mémoire dans ce plan pour question d'Intersectorialité, leurs financements seront portés par les Ministères de tutelle.

VII. CADRE DE PERFORMANCE

Impact : La morbi-mortalité des Mères, des nouveau-nés, des Enfants et des Adolescents est réduite d'au moins 27% d'ici 2022								
Indicateurs de suivi		Donnée de base	Source	Cible 2022				
Ratio de mortalité maternelle		693/100000NV	BM	509/100000NV				
Taux de mortalité infanto-juvénile		94/1000 NV	BM	67/1000 NV				
Taux de mortalité Néonatale		29/1000 NV	BM	18/1000NV				
Prévalence de la malnutrition		43%	EDS	33%				
Part de la mortalité maternelle attribuable aux Adolescents		29,20%	EDS	15%				
Axe 1 : Mise en place des paquets essentiel des services de SRMNEA-NUT de qualité								
Résultat attendu : 1.1. Les paquets de services de santé de la reproduction et de nutrition de qualité sont disponibles dans les 26 DPS d'ici fin 2020								
Interventions 1.1.1: Accroissement de l'offre des produits et services de SSR/PF, Services de soins prénatals y compris la PTME, Services de soins périnatals, Services de soins postnatals, prévention des cancers gynécologiques								
Indicateurs de suivi	Moyens de vérification	Donnée de base	Source/Respo nsable	Cible 2022	Chronogramme			
					2019	2020	2021	2022
PLANIFICATION FAMILIALE		Donnée de base	Source	Cible 2022	2019	2020	2021	2022
Taux des besoins non satisfaits en PF	Rapport d'enquête	28%	EDS	16%	25%	22%	19%	16%
Prévalence contraceptive totale (moderne et traditionnelle)	Rapport d'enquête	20,9%	E-QUIBB	40%	25%	30%	35%	40%
Prévalence contraceptive moderne	Rapport d'enquête	10,4%	E-QUIBB	27%	12%	17%	22%	27%
% des femmes VIH+ utilisant des méthodes contraceptives modernes	Rapports d'activités	ND	PNLS	45%	15%	25%	35%	45%
Pourcentage des avortements chez les femmes en âge de procréer	Rapport d'enquête	30%	ELS	10%	25%	20%	17%	10%
SOINS PRENATALS de qualité		Donnée de base	Source	Cible 2022	2019	2020	2021	2022
% des femmes ayant fréquenté la CPN à la 16ème semaine	Rapport d'enquête	17%	EDS	50%	20%	30%	40%	80%
Taux de couverture de la CPN4	Rapport d'enquête	58,1%	E-QUIBB	80%	62%	67%	73%	80%
Taux de couverture avec TPI-2+	Rapport d'enquête	26%	MAA	55%	30%	35%	45%	55%
% couverture des femmes enceintes avec MIILD	Rapport d'enquête	59,7%	EDS	85%	65%	70%	78%	85%
Taux de prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes	Rapport d'enquête	5,2%	EQUIST Database	1,5%	4,2%	3,9%	2,70%	1,5%
% des femmes enceintes ayant réalisé le test d'albuminurie	Rapport d'enquête	7%	MAA	30%	12%	19%	26%	30%

% des femmes enceintes ayant reçu VAT2 ou (+)	Rapport d'enquête	26%	MAA	70%	58%	60%	65%	70%
Prévalence du VIH chez les femmes enceintes	Rapport d'enquête	2,77%	Surveillance sentinelle VIH	2%	2,6%	2,4%	2,2%	2%
% des femmes enceintes testées au VIH	Rapport d'enquête	12%	MAA	50%	20%	30%	40%	50%
PTME		Donnée de base	Source	Cible 2022	2019	2020	2021	2022
% des femmes enceintes VIH+ sous ARV	Rapport d'activités	52,6%	PNLS	90%	60%	70%	80%	90%
% bébés nés des mères PvVIH+ mis sous prophylact	Rapport d'activités	52,6%	PNLS	90%	60%	70%	80%	90%
% bébés nés des mères PvVIH+ testés avec PCR	Rapport d'activités	ND	PNLS	90%	60%	70%	80%	90%
% des FOSA offrant la PTME	Rapport d'enquête	21%	SARA	50%	30%	35%	45%	50%
ACCOUCHEMENT ASSISTE		Donnée de base	Source	Cible 2022	2019	2020	2021	2022
% accouchements assistés.	Rapport d'enquête	82,5%	E-QUIBB	98%	86%	90%	94%	98%
% accouchements assistés avec le Partogramme correctement rempli	Rapport d'enquête	10%	MAA	40%	15%	20%	32%	40%
% accouchements assistés avec GAPTPA appliquée	Rapport d'enquête	21%	MAA	50%	25%	30%	42%	50%
SONU de qualité		Donnée de base	Source	Cible 2022	2019	2020	2021	2022
% des FOSA de base offrant le SONUB	Rapport d'enquête	18,5%	Enquête SONU	55%	25%	35%	45%	55%
Taux des césariennes	Rapport d'enquête	5,1%	EDS	8%	5%	6%	7%	8%
% de disponibilité de Ballon d'ambu et masques pour Nné	Rapport d'enquête	20%	MAA	60%	30%	40%	50%	60%
% des Nnés asphyxiés ayant bénéficié de la Réanimation	Rapport d'enquête	ND	MAA	50%	20%	30%	40%	50%
% des Nnés avec Sepsis ayant bénéficié de prise en charge adéquate	Rapport d'enquête	ND	MAA	70%	40%	50%	60%	70%
% décès post césarienne sur l'ensemble des DM	Rapport d'enquête	50%	SDMR	35%	50%	45%	40%	35%
% de femmes avec fistules prises en charge	Rapport d'enquête	ND	MAA	40%	10%	20%	30%	40%
% des FOSA (HGR, CSR et CS) avec services de transfusion sanguine	Rapport d'enquête	15%	SARA	50%	20%	30%	40%	50%
% des références obstétricales,								

néonatales et infantiles abouties	Rapport d'activités	ND	DSFGS	50%	20%	30%	40%	50%
% des contre-références obstétricales, néonatales et infantiles abouties	Rapport d'activités	ND	DSFGS	50%	20%	30%	40%	50%
CPON de qualité		Donnée de base	Source	Cible 2022	2019	2020	2021	2022
% utilisation CPoN dans les 48 h après accouchement	Rapport d'activités	43,8%	EDS	75%	60%	65%	70%	75%
% utilisation CPoN à 6 jours après accouchement	Rapport d'enquête	ND	EDS	40%	10%	20%	30%	40%
% utilisation CPoN à 42 jours après accouchement	Rapport d'activités	1,2%	EDS	15%	2%	6%	10%	15%
RA 1.1.2. L'offre du paquet des interventions nutritionnelles chez les femmes enceintes et allaitantes est assurée								
Indicateurs de suivi	Moyens de vérification	Donnée de base	Source	Cible 2022	2019	2020	2021	2022
% Disponibilité de Fer folate au FOSA	Rapport d'enquête	61%	MAA	90%	70%	75%	82%	90%
% Fer folate chez les Femmes enceintes avec CPN4+	Rapport d'enquête	21%	MAA	80%	50%	60%	70%	80%
Prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes	Rapport d'enquête	43,4	EDS	20%	38%	33%	29%	20%
Prévalence de l'anémie chez les femmes allaitantes	Rapport d'enquête	37,7%	EDS	15%	35%	28%	22%	15%
% des femmes enceintes avec une maigreur (IMC \leq 18 ou PB \leq 230 mm)	Rapport d'enquête	ND	MAA	5%	20%	15%	10%	5%
% des femmes allaitantes avec une maigreur (IMC \leq 18 ou PB \leq 230 mm)	Rapport d'enquête	ND	MICS	5%	20%	15%	10%	5%
Résultat attendu : 1.2. Les paquets de services de santé néonatale et infanto-juvénile de qualité sont disponibles dans les 26 DPS d'ici fin 2020								
RA 1.2.1. Accroissement de l'Offre des produits et services de la santé néonatale et infanto-juvénile								
Indicateurs de suivi	Moyens de vérification	Donnée de base	Source	Cible 2022	2019	2020	2021	2022
% Prestataires formés en PCIMNE-clinique	Rapport d'enquête	21%	MAA	80%	40%	55%	65%	80%
% Prestataires HGR formés en TETU	Rapport d'enquête	12%	MAA	70%	30%	45%	55%	70%
% Prestataires formés en SEN-Réa du Nné	Rapport d'enquête	15%	MAA	75%	40%	55%	65%	75%
% Prestataires formés en Soins de Mère-Kangourou	Rapport d'enquête	ND	MAA	50%	20%	30%	40%	50%
% des FOSA appliquant les soins de Mère kangourou	Rapport d'activités	ND	MAA	45%	15%	25%	35%	45%
% Nnés ayant bénéficié d'au moins 4 composantes de	Rapport d'enquête	18%	MAA	40%	20%	25%	32%	40%

SEN à la naissance								
% d'enfants âgés de 0-59 mois ayant dormi sous la MILD la nuit précédant l'enquêteur	Rapport d'enquête	21%	MAA	70%	55%	60%	65%	70%
% d'enfants de 0-59 mois confirmés Paludisme et qui ont été traités avec un antipaludéen	Rapport d'enquête	11%	MAA	60%	31%	40%	50%	60%
% d'enfants de 0-5 ans avec PNEUMONIE soigné par Antibiotique	Rapport d'activités	22%	MAA	70%	40%	50%	60%	70%
% d'enfants de 0-5 ans avec DIARRHÉE soignés par SRO+ZINC	Rapport d'activités	11%	MAA	50%	20%	30%	40%	50%
% d'enfants de 12-23 mois complètement vaccinés	Rapport d'enquête	45,3	EDS	65%	50%	55%	58%	65%

RA 1.2.2. Amélioration de l'état nutritionnel des enfants (ANJE et UNTA)

Indicateurs de suivi	Moyens de vérification	Donnée de base	Source	Cible 2022	2019	2020	2021	2022
% de mise au sein précoce des Bébés	Rapport d'enquête	69%	MAA	95%	75%	82%	90%	95%
% d'enfants ayant bénéficié de l'AME avant 6 mois d'âge	Rapport d'enquête	45%	MAA	85%	55%	65%	75%	85%
% d'enfants 6-23 ayant bénéficié de l'Aliment de complément (Mélange d'au moins 4 types d'aliments)	Rapport d'enquête	34%	MAA	60%	45%	50%	55%	60%
% Enfants 0-5 ans mal nourri enregistré au service de UNTA	Rapport d'enquête	23%	MAA	60%	45%	50%	55%	60%
% Enfants 0-5 ans avec MAS ayant bénéficié de ATPE	Rapport d'enquête	15%	MAA	55%	25%	35%	45%	55%
Bébés des mères VIH+ observant les conseils nutritionnels	Rapport d'enquête	7%	MAA	45%	17%	27%	37%	45%
Prévalence de la malnutrition aigüe chez les enfants de moins de 5 ans	Rapport d'activités	7,9%	EDS	5%	7,8%	6,8%	5,8%	5%
Prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans	Rapport d'activités	42,7%	EDS	30%	40%	37%	34%	30%

Résultat attendu : 1.3. Les paquets de services de santé de qualité des adolescents sont disponibles dans les 26 DPS d'ici fin 2020

RA 1.3.1. Le paquet d'interventions pour la PEC des problèmes de santé des adolescents et des jeunes (10 à 24 ans) est renforcé

Indicateurs de suivi	Moyens de vérification	Donnée de base	Source	Cible 2022	2019	2020	2021	2022
----------------------	------------------------	----------------	--------	------------	------	------	------	------

% des jeunes filles de 15-24 ans ayant déjà eu des rapports sexuels avant 15 ans	Rapport d'enquête	20%	EDS	14%	17%	16%	15%	14%
Age médian des premiers rapports sexuels des filles	Rapport d'enquête	16,8 ans	EDS	18 ans	17ans	17,3 ans	17,6 ans	18 ans
% des adolescentes ayant commencé leur vie féconde	Rapport d'enquête	22,7%	E-QUIBB	18%	21%	20%	19%	18%
% des grossesses précoces avant 15 ans	Rapport d'enquête	2,5%	EDS	1,5%	2,3%	2%	1,8%	1,5%
Prévalence contraceptive moderne chez les adolescentes	Rapport d'enquête	5%	EDS	15%	6%	9%	11%	15%
% de ZS qui organisent les visites médicales systématiques en milieu scolaire	Rapport d'activités	ND	DSFGS	25%	10%	15%	20%	25%
Prévalence du VIH dans la tranche d'âge de 15 à 24 ans	Rapport d'enquête	1%	EDS	0,5%	0,8%	0,7%	0,6%	0,5%
% d'adolescents consommant le tabac	Rapport d'enquête	2,4%	E-QUIBB	1,4%	2,2%	2%	1,8%	1,4%
% d'adolescents consommant l'alcool	Rapport d'enquête	7,2%	E-QUIBB	4%	6,2%	5,8%	4,8%	4%
% d'adolescents et jeunes consommant les substances psychoactives	Rapport d'enquête	19,5%	Enquête GYTS	9%	15%	13%	11%	9%

RA 1.3.2. L'offre du paquet des interventions nutritionnelles chez les adolescents est assurée

Indicateurs de suivi	Moyens de vérification	Donnée de base	Source	Cible 2022	2019	2020	2021	2022
Prévalence de l'anémie chez les adolescentes	Rapport d'enquête	40%	EDS	20%	38%	33%	29%	24%
% des adolescentes présentant une maigreur (IMC ≤18)	Rapport d'enquête	15	EDS	8%	14%	12%	10%	9%

Résultat attendu : 1.4. Les médicaments essentiels, des intrants spécifiques, des équipements et technologies sanitaires pour l'offre des soins en SRMNEA-NUT sont disponibles dans les 26 DPS d'ici 2020

RA 1.4.1. Amélioration de la disponibilité des produits pharmaceutiques et équipements de la SRMNEA-NUT

Indicateurs de suivi	Moyens de vérification	Donnée de base	Source	Cible 2022	2019	2020	2021	2022
% des FOSA n'ayant pas connu une rupture en intrants pour le dépistage du VIH	Rapport d'enquête	67%	SARA	95%	70%	75%	80%	85%
% des jours de disponibilité des 13 médicaments vitaux	Rapport d'enquête	36%	MAA	70%	40%	50%	60%	70%
% des FOSA n'ayant pas connu	Rapport d'enquête	7%	MAA	40%	10%	20%	30%	40%

une rupture en intrants de PALU								
% des jours de disponibilité des intrants de PALU	Rapport d'enquête	65%	MAA	90%	75%	80%	85%	90%
% des jours de disponibilité des intrants de PF	Rapport d'enquête	20%	MAA	65%	35%	45%	55%	65%
% des jours de disponibilité des intrants PTME	Rapport d'enquête	17%	MAA	65%	35%	45%	55%	65%
% des FOSA n'ayant pas connu une rupture en intrants de CPN	Rapport d'enquête	16%	MAA	50%	20%	30%	40%	50%
% des jours de disponibilité des intrants de CPN	Rapport d'enquête	51%	MAA	85%	60%	65%	75%	85%
% des jours de disponibilité des intrants d'Accouch	Rapport d'enquête	49%	MAA	85%	60%	65%	75%	85%
% des jours de disponibilité des intrants de SEN	Rapport d'enquête	39%	MAA	80%	50%	60%	70%	80%
% des jours de disponibilité des intrants de PCIMA	Rapport d'enquête	26%	MAA	80%	50%	60%	70%	80%
% des jours de disponibilité des intrants Pneumonie	Rapport d'enquête	44%	MAA	80%	50%	60%	70%	80%
% des jours de disponibilité des intrants de Diarrhée	Rapport d'enquête	53%	MAA	80%	60%	65%	75%	80%
% des FOSA avec Tous les Vaccins de base pour enfants	Rapport d'enquête	70%	EPSS	90%	75%	80%	85%	90%

RA 1.4.2. Le plateau technique matériel des FOSA / SONU est renforcé

Indicateurs	Vérification	Donnée base	Source	Cible 2022	2019	2020	2021	2022
% des FOSA avec l'équipement adéquat SONUB	Rapport d'enquête	39%	SARA	80%	40%	50%	70%	80%
% des HGR avec l'équipement adéquat SONUC	Rapport d'enquête	12%	SARA	50%	15%	25%	40%	50%
% des FOSA avec équipement adéquat de PEV	Rapport d'enquête	53%	SARA	90%	60%	70%	80%	90%
% des FOSA avec équipement adéquat d'Accouchement	Rapport d'enquête	79%	SARA	95%	80%	85%	90%	95%
% FOSA avec équipement adéquat pour Soins des enfants	Rapport d'enquête	60%	SARA	95%	65%	75%	85%	95%
% des FOSA avec Coin de Nouveau-né adéquat	Rapport d'enquête	45%	MAA	85%	55%	65%	75%	85%

Axe 2 : Amélioration de l'accès aux soins pour la mère, le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent

Résultat attendu : 2.1. la mère, le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent ont accès aux soins d'ici 2020

Indicateurs	vérification	Donnée base	Source	Cible 2022	2019	2020	2021	2022
-------------	--------------	-------------	--------	------------	------	------	------	------

% de la population de 10 ans et plus couverte par une assurance maladie	Rapport d'enquête	3,3%	E-QUIBB	10%	5%	6,5%	8%	10%
% de ménages déclarant l'obstacle financier aux soins	Rapport d'enquête	82%	MAA	50%	80%	70%	60%	50%
Taux d'adhésion aux mutuelles de santé	Rapport d'enquête	ND	MAA	15%	5%	8%	11%	15%
% des FOSA avec tarification forfaitaire	Rapport d'enquête	36%	MAA	55%	40%	45%	50%	55%
% de HGR et CSR avec caisse de césarienne	Rapport d'enquête	ND	MAA	30%	8%	15%	22%	30%
% des ZS avec un mécanisme de gratuité des soins pour les indigents	Rapport d'enquête	ND	MAA	20%	5%	10%	15%	20%
% des HGR avec convention des mutuelles de santé	Rapport d'enquête	18%	MAA	40%	20%	27%	33%	40%
% des CS avec convention des mutuelles de santé	Rapport d'enquête	12%	MAA	35%	18%	24%	29%	35%

Axe 3 : Accroissement de la qualité des services SRMNEA-NUT

Résultat attendu : 3.1 L'assurance qualité est garantie dans les FOSA des 516 ZS pour la SRMNEA-NUT

Indicateurs de suivi	Moyens de vérification	Donnée de base	Source	Cible 2022	Chronogramme			
					2019	2020	2021	2022
Couverture effective en CPN	Rapport d'enquête	2%	MAA	30%	8%	15%	22%	30%
Couverture effective de l'accouchement	Rapport d'enquête	9%	MAA	40%	12%	20%	30%	40%
Couverture effective de SEN à la sortie de Maternité	Rapport d'enquête	4%	MAA	35%	10%	18%	28%	35%
Couverture effective en PF	Rapport d'enquête	2%	MAA	30%	8%	15%	22%	30%
Couverture effective de Pec pneumonie	Rapport d'enquête	8%	MAA	55%	40%	45%	50%	55%
Couverture effective de la PEC du paludisme	Rapport d'enquête	4%	MAA	35%	10%	18%	28%	35%
Couverture effective de la PEC de la diarrhée	Rapport d'enquête	1%	MAA	20%	5%	10%	15%	20%
% d'enfants 12 à 23 mois vaccinés complètement selon les normes	Rapport d'enquête	11%	MAA	55%	40%	45%	55%	55%
Couverture effective des soins d'enfants avec MAS sans complication	Rapport d'enquête	8%	MAA	40%	12%	20%	30%	40%
Couverture effective AME	Rapport d'enquête	9%	MAA	40%	12%	20%	30%	40%
Couverture effective Aliment complément	Rapport d'enquête	6%	MAA	38%	10%	18%	28%	38%
Couverture effective MILD Enf	Rapport d'enquête	5%	MAA	38%	10%	18%	28%	28%

0-5 ans								
Couverture effective MILD Femme enceinte	Rapport d'enquête	60%	MAA	85%	70%	75%	80%	85%
Couverture effective WC Hygiénique	Rapport d'enquête	4%	MAA	35%	10%	18%	28%	35%
Couverture effective Lavage des Mains	Rapport d'enquête	13%	MAA	45%	15%	25%	35%	45%
Couverture effective Enregistrement de Naissances	Rapport d'enquête	8%	MAA	40%	12%	20%	30%	40%
% des ZS ayant intégrées l'approche collaborative	Rapport d'activités	ND	Base SRMNEA	50%	10%	30%	40%	50%
% ZS avec prestataires formés selon l'approche par compétence	Rapport d'activités	ND	Base SRMNEA	70%	30%	45%	60%	70%
% d'HGR avec confort hospitalier et de travail	Rapport d'activités	ND	Base SRMNEA	40%	10%	20%	30%	40%
% d'HGR avec comité d'assurance qualité et d'hygiène fonctionnel	Rapport d'activités	ND	Base SRMNEA	80%	30%	40%	60%	80%

Axe 4 : Renforcement de la dynamique communautaire en faveur de la SRMNEA-Nut

Résultat attendu 4.1. La coordination de la réponse communautaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire est renforcée

Indicateurs de suivi	Moyens de vérification	Donnée de base	Source	Cible 2022	2019	2020	2021	2022
% des CODESA fonctionnels	Rapport d'activités	ND	DHIS_2	70%	40%	50%	60%	70%
% des CAC fonctionnels	Rapport d'activités	30%	DHIS_2	70%	40%	50%	60%	70%
% des ZS avec comités de gestion fonctionnels	Rapport d'activités	ND	DHIS_2	80%	50%	60%	70%	80%

Résultat attendu 4.2. Les prestations à base communautaire sont améliorées

Indicateurs de suivi	Moyens de vérification	Donnée de base	Source	Cible 2022	2019	2020	2021	2022
Nbre des Sites des soins avec Paquet complet fonctionnels	Rapport d'activités	6506	PNECHOL-MD	15.000	7.500	10.000	12.500	15.000
Montant de Financement obtenus pour le SRMNEA-Nut avec le plaidoyer et la mobilisation des OSC	Rapport d'activités	ND	Forum SRMNEA-Nut / OSC	PM	PM	PM	PM	PM
% des Mères ayant bénéficié des causeries éducatives de RECOs au village	Rapport d'enquêtes	32%	MAA	55%	40%	45%	50%	55%
% de couple Mères-Nné suivis dans la communauté	Rapport d'enquêtes	2%	MAA	25%	10%	15%	20%	25%

% d'enfants de 0 à 5 ans dont les selles ont été éliminés de façon hygiénique	Rapport d'enquêtes	38%	MAA	55%	40%	45%	50%	55%
% des ménages ayant utilisés des latrines hygiéniques	Rapport d'enquêtes	7%	MAA	20%	10%	13%	16%	20%
% des mères ayant démontré la technique correcte de lavage des mains	Rapport d'enquêtes	17%	MAA	35%	20%	25%	30%	35%
Disponibilité de l'eau propre dans les ménages	Rapport d'enquêtes	48%	MAA	65%	50%	55%	60%	65%
% des ménages qui utilisent les combustibles non fumants	Rapport d'enquêtes	ND	MAA	20%	5%	10%	15%	20%
Axe 5 : Renforcement de la gouvernance et la redevabilité								
Résultat attendu 5.1 Les capacités de gestion des programmes SRMNEA-NUT impliquant toutes les parties prenantes sont renforcées d'ici fin 2022								
Indicateurs de suivi	Moyens de vérification	Donnée de base	Source	Cible 2022	2019	2020	2021	2022
RA 5.1.1. Les cadres de coordination impliquant tous les intervenants en matière de SRMNEA-NUT mis en place sont fonctionnels au niveau central, provincial et des ZS								
Nb de réunions du Comité de Coordination sur la SRMNEA-NUT	PV/compte rendu des réunions, Rapport d'activités	0	DSFGS	8	2	2	2	2
Nb des réunions provinciales bi-annuelles intégrant la SRMNEA-NUT	PV/compte rendu des réunions, Rapport d'activités	0	DSFGS	8	2	2	2	2
Nb des réunions – annuelles des CA des ZS intégrant la SRMNEA-NUT	PV/compte rendu des réunions, Rapport d'activités	0	DSFGS	8	2	2	2	2
RA 5.1.2. Les priorités du plan stratégique SRMNEA-NUT 2019-2022 sont prises en compte dans les différents plans du MS à tous les niveaux et Les documents normatifs en SRMNEA-NUT sont diffusés								
% des provinces ayant intégré dans leur PAO les priorités du PSI SRMNEA-NUT	Rapport d'activités	0	DEP	100%	0	50%	100%	100%
% des ZS ayant intégré dans leur PAO les priorités du PSI SRMNEA-NUT	Rapport d'activités	0	DEP	100%	0	50%	100%	100%
Nombre des documents référentiels élaboré (Santé scolaire, Santé des adolescents, Accréditation, qualité des soins SRMNEA-NUT)	Rapport d'activités	0	DSFGS	6	2	4	0	0
RA 5.1.3. Le personnel en charge de la SRMNEA-NUT est suffisant et compétent pour offrir des soins de qualité aux populations ciblées								
% des RH compétents en SRMNEA-nut parmi les formés	Rapports de suivi-évaluation des compétences	ND	DSFGS (MAA)	80%	50%	60%	70%	80%

% des supervisions du niveau central aux DPS sur la SRMNEA-NUT	Rapports d'activités	ND	DSFGS (MAA)	80%	50%	60%	80%	100%
Nombre de participation à des ateliers SRMNEA-NUT internationaux	Rapports d'activités	ND	DSFGS	10	2	4	2	2
RA 5.1.4. Etude sur le FBR et les mécanismes innovants d'accès aux soins de SRMNEA-nut								
Résultat diffusé sur FBR et mécanismes innovants d'accès aux soins	Rapport d'étude	0	DSFGS	1	-	1	-	-
RA 5.1.5. Protection juridique de l'enfant, jeune et adolescents								
Existence des réunions de concertation avec Privées et autres Secteurs sur la protection juridique des cibles	Rapport d'activités	0	DSFGS	7	1	2	2	2
RA 5.1.6. Le suivi et évaluation en SRMNEA-Nut								
La Base de données SRMNEA-Nut fonctionnelle au DSFGS	Rapport d'activités	0	DSFGS	4	1	1	1	1
% complétude et promptitude des données SRMNEA-Nut	Rapport d'activités	0	DSFGS	70%	40%	50%	60%	70%
Nb de bulletins périodiques semestriels publiés par la DSFGS	Rapport d'activités	0	DSFGS	16	0	4	4	4
Nb des ZS ayant notifié les décès maternels, néonataux et infantiles	Rapport des revues	ND	DSFGS	516	413	464	516	516
Nb des ZS réalisant des revues de décès maternels, néonataux et infantiles	Rapport des revues	ND	DSFGS	516	413	464	516	516
Nb d'enquêtes de séro- surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes, réalisées	Rapport d'enquête	1	Rapport enquête PNLs	2	0	1	0	1
Nb d'évaluations réalisées par le niveau central	Rapport d'évaluation	0	DSFGS (MAA)	2	0	0	1	1
Nb de Revues à annuelles réalisées	Rapport de revue	0	DSFGS (MAA)	4	1	1	1	1
RA 5.1.6 La recherche en SRMNEA-NUT est développée et effective								
Nb d'enquêtes réalisées	Rapports d'enquêtes	0	DSFGS (MAA)	2	0	1	0	1
Nb de rapports de recherche produits et publiés	Rapports d'activités et de recherche	0	DSFGS (MAA)	2	0	0	1	1

BIBLIOGRAPHIE

REFERENCES

1. Ministère du Plan-Institut National de la statistique (INS), 2017. Annuaire statistique 2015. Kinshasa, Ministère du plan.
2. Présidence de la République Démocratique du Congo, 2006. Constitution de la République Démocratique du Congo, Article 2. (Constitution de la troisième République, 18 février 2006). Kinshasa, Journal Officiel de la République Démocratique du Congo.
3. Présidence de la République Démocratique du Congo, 2015. Loi organique n° 15/006 du 25 mars 2015 portant fixation des limites des Provinces et celles de la ville de Kinshasa. Kinshasa, Journal Officiel de la République Démocratique du Congo.
4. Ministère du Plan-Institut National de la statistique (INS), 2018. Enquête avec Questionnaire Unifié a Indicateurs de Base de Bien être (E-QUIBB / RDC 1-2016). Kinshasa, Ministère du plan.
5. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM), Ministère de la Santé Publique (MSP) et ICF International, 2014. Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2013-2014 (EDS-RDC II). Rockville, Maryland, USA MPSMRM, MSP et ICF International.
6. Jean Marie Vianney DABIRE, 2018. République Démocratique du Congo, Note Pays-Perspectives Économiques en Afrique 2018. Groupe de la Banque Africaine de Développement.
7. Groupe de la banque mondiale, 2015. Rapport de suivi de la situation économique et financière, troisième Edition. Washington, Banque Mondiale.
8. I. BOLIMO, 2015. Impact de la croissance économique sur le développement socioéconomique en République Démocratique du Congo. Revue de l'IRSA N021.
9. Programme des Nations Unies pour le développement Bureau régional pour l'Afrique (PNUD), 2017. Rapport sur le développement humain en Afrique 2016. New York, PNUD.
10. J. HERDESCHEE, D. MUKOKO SAMBA, M. TSHIMENGA TSHIBANGU, 2012. Résilience d'un géant africain. Volume 1 : synthèse, contexte historique et macroéconomique. Kinshasa, MEDIASPAUL.
11. Banque Centrale du Congo-direction générale de la politique monétaire et des opérations bancaires et direction de la recherche et des statistiques, 2019. Condensé hebdomadaire d'informations statistiques N° 08 au 22 février 2019. Kinshasa, BCC.
12. Ministère de la Santé Publique, Programme National des Comptes Nationaux de la Santé (PNCNS), 2018. Rapport sur les comptes de la santé RDC 2016. Kinshasa, PNCNS.
13. Programme des Nations Unies pour le développement Bureau régional pour l'Afrique (PNUD), 2017. Rapport sur le développement humain en Afrique 2016. New York, PNUD.
14. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM)-Institut National de la statistique (INS), 2014. Résultats de l'enquête sur l'emploi, le secteur informel et sur la consommation des ménages (Enquête 1-2-3, 2012). Kinshasa, MPSMRM.
15. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM), 2015. Rapport OMD 2000 2015-Evaluation des progrès accomplis par la RDC. Kinshasa, MPSMRM.
16. Ministère du Plan, Ministère de la Santé et Macro International Inc., 2018. Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2007 (EDS-RDC). Kinshasa, Ministère du Plan, Ministère de la Santé et Macro International Inc.
17. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM), Ministère de la Santé Publique (MSP) et ICF International, 2014. Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2013-2014 (EDS-RDC II). Kinshasa, MPSMRM, MSP et ICF International.
18. UN IGME 2017, Levels & Trends in Child Mortality. UNICEF, WHO, WORLD BANK GROUP, UNITED NATIONS.
19. Supplementary appendix. Liu L, Oza S, Hogan D, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. Lancet 2014; published online Oct 1. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61698-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61698-6).

20. KANZA N.M., NSIBU N.C., 2018. Rapport de l'analyse de la situation sur la pneumonie en RDC. Kinshasa, Save The Children International (SCI).
21. Ministère de la Santé Publique (MSP)-Secrétariat Général a la Santé-Cellule d'Appui Technique au Monitoring Amélioré pour Action, 2016. Résultats préliminaires des Monitorages Améliorés pour Action (MAA) organisés dans les 26 DPS de la RDC. Kinshasa, MSP.
22. Ecole de Santé Publique de Kinshasa (ESPK) et The DHS Program ICF, 2018. Évaluation des Prestations des Services de soins de Santé-Rapport des Indicateurs Clés. Kinshasa, ESPK et The DHS Program ICF.
23. Ministère de la Santé, 2018. Plan Stratégique de la Santé Communautaire en RDC 2018-2020. Kinshasa, Ministère de la Santé.
24. Ministère de la Santé, 2018. Plan Stratégique National PCIMNE 2018-2022. Kinshasa, Ministère de la Santé.
25. Cadre Intégré de la Classification de la Sécurité Alimentaire (IPC), 2018. Situation actuelle de l'insécurité alimentaire aiguë – Août 2018-16^{ème} cycle d'analyse IPC « Résultats Préliminaires en attente d'une publication officielle au niveau du pays ». Kinshasa, IPC.
26. PRONANUT 1988. Enquête PRONANUT. Kinshasa, PRONANUT
27. Ministère de la Santé Publique (MSP)-secrétariat général a la santé-Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST, 2017. Plan d'accélération de la prise en charge du VIH/SIDA chez l'enfant et l'adolescent : 2016-2020. Kinshasa, MSP.
28. Ministère du Plan-Institut National de la statistique (INS), UNICEF, 2010. Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS-RDC 2010). Kinshasa, Ministère du plan.
29. Ministère de la Santé Publique (MSP), UNFPA, 2012. Evaluation des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence dans trois provinces de la République Démocratique du Congo. Kinshasa, Ecole de Santé Publique.
30. Ministère de la Santé Publique (MSP)-secrétariat général a la santé-DSSP/DSNIS, 2014. Enquête sur la Disponibilité et la capacité opérationnelle des services de santé en République Démocratique du Congo (SARA-RDC). Kinshasa, MSP.
31. Kate J Kerber, Joseph E de Graft-Johnson, Zulfi qar A Bhutta, Pius Okong, Ann Starrs, Joy E Lawn 2007. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. Lancet 370 : 1358–69
32. Ministère de la Santé Publique (MSP), 2013. Enquête PF/PNSR-DEP. Kinshasa, MSP
33. NSAKALA V.G., Coppieters Y. Profils de risque et de vulnérabilité liés au VIH/Sida et à la santé de reproduction des jeunes au cours de la dernière décennie en République Démocratique du Congo. Congo-Afrique, 51^e année, n° 466, juin-juillet-août 2012.
34. Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida (PNMLS)-Secrétariat Exécutif National, 2016. Rapport de la phase d'évaluation rapide des interventions et programmes nationaux sur le VIH et les adolescents en RDC-INITIATIVE « ALL IN » EN RDC. Kinshasa, PNMLS.
35. Programme National Multisectoriel de lutte contre le Sida (PNMLS), 2014. Enquête Intégrée de Surveillance comportementale et de séroprévalence en RDC. Kinshasa, PNMLS.
36. ELS 1998
37. ESP, 2010
38. Programme National Multisectoriel de lutte contre le Sida (PNMLS) 2012. Les projections EPP Spectrum, à partir des données de l'enquête sur les modes de transmission du VIH en RDC. Nyamwaya D. Health Promotion in Africa: Strategies, players, challenges and prospects. Health Promotion International, juin 2003 ;18(2) :85-7.].
39. UNFPA 2013. Rapport pays RDC. UNFPA
40. Banque Mondiale. Revue de la gestion des dépenses publiques et de la responsabilisation financière.
41. Ministère de la Santé Publique, Programme National des Comptes Nationaux de la Santé (PNCNS), 2013. Rapport sur les comptes de la santé RDC 2014. Kinshasa, PNCNS.
42. Ministère de la Santé Publique (MSP), 2009. Etat des lieux de la santé (ELS) /RDC. Kinshasa, MSP.
43. Réseau Gouvernance Economique et Démocratique (REGED), 2018. Analyse du Projet de loi de finances 2019 par la Société Civile. Kinshasa, REGED.

44. Ministère de la Santé Publique (MSP). Plan national de développement des RH pour la santé/RDC, 2011-2015. Kinshasa, MSP.
45. Enquête de viabilité et l'audit organisationnel des établissements de formation
46. Ministère de la Santé Publique (MSP). Profil pays en RHS de la RDC, janvier 2015. Kinshasa (MSP).

AUTRES DOCUMENTS UTILISES

47. Présidence de la République Démocratique du Congo, 2018. Loi N° 18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la Santé Publique. Kinshasa, Journal Officiel de la République Démocratique du Congo.
48. OMS, 2016. La santé dans le programme de développement durable à l'horizon 2030. Genève, OMS.
49. Ministère de la Santé Publique (MSP)-secrétariat général a la santé, 2017. Cadre et Structures Organiques. Kinshasa, MSP.
50. Ministère de la Santé Publique (MSP), 2018. Plan National de Développement Sanitaire recadré pour la période 2019-2022 (PNDS 2019-2022). Kinshasa, MSP.
51. Ministère de la Santé Publique (MSP), 2017. Cadre d'investissement pour la santé reproductive, maternelle, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent en vue de l'atteinte de la couverture sanitaire universelle en RDC (GFF). Kinshasa, MSP.
52. Ministère de la Santé Publique (MSP), 2009. Recueil des normes d'organisation et de fonctionnement de la zone de santé. Kinshasa, MSP.
53. Ministère de la Santé Publique (MSP), 2018. Plan d'Action Chaque Nouveau-né 2018-2021(ENAP 2018-2021). Kinshasa, MSP.
54. Ministère de la Santé Publique (MSP), 2018. Planification Familiale-Plan Stratégique National à vision Multisectorielle 2018-2021. Kinshasa, MSP.
55. Primature, 2016. Plan Stratégique National Multisectoriel en Nutrition 2017 – 202. Kinshasa, Primature.
56. Ministère de la Santé Publique-Programme Elargi de Vaccination (PEV), 2014. Plan Pluri Annuel Complet du PEV de la République Démocratique du Congo 2015-2019. Kinshasa, PEV.
57. Ministère de la Santé Publique-Programme National de la Santé des Adolescents (PNSA), 2016. Plan Stratégique National de la Santé et du bien-être des Adolescents et des Jeunes 2016 – 2020. Kinshasa, PNSA.
58. Ministère de la Santé Publique- Programme National de Lutte Contre les Maladies Diarrhéiques (PNLMD), 2016. Plan Stratégique National de la Prise en charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au Niveau Communautaire (PCIME-C) 2016-2020. Kinshasa, PNLMD.
59. Ministère des affaires sociales, action humanitaire et solidarité nationale (MAS.AH.SN), 2012. Stratégie nationale pour le développement de l'alphabétisation et de l'éducation non formelle 2012 a 2016-2020. Kinshasa, MAS.AH.SN.
60. Ministère de la Santé Publique (MSP)-Secrétariat Général a la Santé, 2012. Normes de la zone de santé relatives aux interventions intégrées de santé de la mère, du Nouveau-né et de l'enfant (SMNE) en République Démocratique du Congo, volume 1 : soins obstétricaux essentiels. Kinshasa, MSP.
61. Ministère de la Santé Publique (MSP)-Secrétariat Général a la Santé, 2012. Normes de la zone de santé relatives aux interventions intégrées de santé de la mère, du Nouveau-né et de l'enfant (SMNE) en République Démocratique du Congo, volume 2 : soins obstétricaux d'urgence. Kinshasa, MSP.
62. Ministère de la Santé Publique (MSP)-Secrétariat Général a la Santé, 2012. Normes de la zone de santé relatives aux interventions intégrées de santé de la mère, du Nouveau-né et de l'enfant (SMNE) en République Démocratique du Congo, volume 3 : soins essentiels et d'urgence au nouveau-né. Kinshasa, MSP.
63. Ministère de la Santé Publique (MSP)-Secrétariat Général a la Santé, 2012. Normes de la zone de santé relatives aux interventions intégrées de santé de la mère, du Nouveau-né et de l'enfant (SMNE) en République Démocratique du Congo, volume 4 : interventions de sante de l'enfant. Kinshasa, MSP.
64. Ministère de la Santé Publique (MSP)-Secrétariat Général a la Santé, 2012. Normes de la zone de santé relatives aux interventions intégrées de santé de la mère, du Nouveau-né et de l'enfant (SMNE)

- en République Démocratique du Congo, volume 5 : interventions de sante adaptées aux adolescents et jeunes. Kinshasa, MSP.
65. Ministère de la Santé Publique (MSP)-Secrétariat Général a la Santé, 2012. Normes de la zone de santé relatives aux interventions intégrées de santé de la mère, du Nouveau-né et de l'enfant (SMNE) en République Démocratique du Congo, volume 6 : les interventions de planification familiale. Kinshasa, MSP.
 66. Ministère de la Santé Publique (MSP)-Secrétariat Général a la Santé, 2012. Normes de la zone de santé relatives aux interventions intégrées de santé de la mère, du Nouveau-né et de l'enfant (SMNE) en République Démocratique du Congo, volume 7 : prise en charge médicale des survivants de violence sexuelle. Kinshasa, MSP.
 67. Ministère de la Santé Publique (MSP)-Secrétariat Général a la Santé, 2012. Normes de la zone de santé relatives aux interventions intégrées de santé de la mère, du Nouveau-né et de l'enfant (SMNE) en République Démocratique du Congo, volume 8 : interventions à base communautaire pour la sante de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Kinshasa, MSP.
 68. Ministère du Plan, 2011. Document de la Stratégie de croissance et de Réduction de la Pauvreté-seconde génération (DSRP II), Kinshasa, Ministère du Plan.
 69. Projet de renforcement du système de santé pour améliorer les résultats de santé maternelle et infantile (PDSS) et Projet d'urgence relatif à la violence sexuelle basée sur le genre et la santé des femmes dans la région des Grands Lacs (PVSBG), 2017. Enquête de base pour le programme de financement basé sur la performance en République Démocratique du Congo. Kinshasa, PDSS et PVSBG.
 70. Ministère de la Santé Publique (MSP), 2015. Rapport d'étude sur l'équité en santé et la protection financier en RDC, Kinshasa, MSP.
 71. Ministère de la Santé Publique (MSP) et UNFPA, 2018. Evaluation des indicateurs pour le suivi du programme de sécurisation de produits de santé de la reproduction en République Démocratique du Congo. Kinshasa, MSP et UNFPA.
 72. Gabriel Nsakala Vodiena et al., « Perception des adolescents et jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive, République Démocratique du Congo », Santé Publique 2012/5 (Vol. 24), p. 403-415.
 73. Laura Davis, Paola Fabbri, Ilot Muthaka Alphonse, 2014. Profil du pays en matière d'égalité de genre 2014 de la RDC, Kinshasa, Ambassade de Suède, DFID, Union Européenne, Ambassade du Canada.
 74. Groupe Banque Mondiale (BM)-Région Afrique Développement Humain et Ministère de la Santé Publique (MSP), 2005. RDC, Santé, Nutrition et Population-Rapport Analytique Santé Pauvreté. Kinshasa, BM et MSP.
 75. OMS et UNICEF, 2018. Déclaration d'Astana, Global Conference on Primary Health Care. Astana, OMS et UNICEF.
 76. Barthélemy KALAMBAYI BANZA, 2018. Recherches formatives sur la communication pour le changement de comportements en vue de prévenir les maladies de l'enfant au Kasaï-Oriental et à Kinshasa. Kinshasa, Save the Children International (SCI).
 77. Ministre de la Santé Publique (MSP)-Programme National de la Santé de la Reproduction (PNSR), 2008. Politique nationale de sante de la reproduction. Kinshasa, PNSR.
 78. Ministère du Plan, 2018. Plan Stratégique Multisectoriel d'Elimination du Choléra en République Démocratique du Congo 2018-2022. Kinshasa, Ministère du Plan.
 79. Ministère du Plan, 2018. Plan National Stratégique de Développement (PNSD)-Vision de la RDC à l'horizon 2050. Kinshasa, Ministère du Plan.
 80. Roland POURTIER, 2018. La République Démocratique du Congo face au défi démographique. Paris, IFRI.
 81. Institut de Médecine Tropicale, 2016. Etude des mutuelles de santé en RDC dans le cadre de la couverture sanitaire universelle. Anvers, MASMUT (plateforme belge de micro assurance santé mutuelle de santé) et Coopération belge.

ANNEXES

ANNEXE 1. PAQUET D'INTERVENTIONS SRMNEA-NUT

PAQUET D'INTERVENTION DE SOINS ESSENTIELS DU NOUVEAU-NE (SEN)

Maintien au chaud

Soins du cordon

Soins des yeux,

Initiation précoce de l'allaitement maternel exclusif

Administration de la vitamine K1

Surveillance pendant le séjour à la maternité/recherche des signes de dangers/maladies ou malformation

Vaccination

Enregistrement de naissance

Suivi communautaire du couple Mère & Nouveau-né.

PAQUET D'INTERVENTION DE SOINS D'URGENCE AU NOUVEAU-NE (SUN)

Administration des corticoïdes anténatale

Réanimation du nouveau-né dans les FOSA

PEC de nouveau-né de PPN (SMK) dans les FOSA et la Communauté

PEC correcte de sepsis néonatal dans les FOSA

PEC les problèmes de l'allaitement maternel

PAQUET D'INTERVENTION DE L'ENFANT MALADE AU FOSA ET DANS LA COMMUNAUTE

MILD

CPS redynamisée

Supplémentation en Vit A

Vaccination

Déparasitages

ANJE

PEC de la malnutrition aiguë et chronique

Promotion des Pratiques-clés familiales dans la communauté

PEC de l'enfant malade au centre de santé selon la PCIMNE

PEC de l'enfant malade dans la communauté par les Sites des soins

TETU (Tri-Evaluation-Traitement des Urgences pédiatriques)

INTERVENTIONS MERE

Consultation prénatale (CPN)

Consultation post natale (CpoN)

Assistance qualifiée à l'accouchement (AQA)

Soins obstétricaux d'urgences (SOU)

PEC médicale, psychosociale et santé mentale des survivants des violences sexuelles

Planification familiale

Surveillance de décès maternel, Périnatal, néonatal et riposte (SDMPNR)

PEC de fistule

Cancer gynécologique du sein et de col utérin

INTERVENTIONS DES ADOLESCENTS ET JEUNES

Prévention des grossesses précoces et non désirées

Services de conseil et dépistage volontaire sur le VIH

Éducation complète sur la santé reproductive et sexuelle en milieu scolaire et parascolaire

Promotion et la disponibilité des préservatifs,

Promotion de la prophylaxie post exposition (en cas de viols), y compris les méfaits des substances psycho-actives

ANNEXE 2. LISTE DE 13 MEDICAMENTS QUI SAUVENT LES VIES DES FEMMES ET DES ENFANTS

Accouchement & SEN
Hémorragie du post-partum
1. Ocytocine 10UI
2. Misoprostol 200 µg
3. Sulfate de magnésium 500mg/10ml
Septicémie des nouveau-nés : Antibiotiques injectables
4. Amoxicilline 1g injectable
5. Ceftriaxone 1g injectable
Détresse respiratoire chez les enfants proches de terme : Corticoïdes anténatal
6. Dexaméthasone 4mg injectable
Hygiène du cordon ombilical du nouveau-né.
7. Chlorhexidine digluconate solution ou pommade 7,1%
Produits de santé infantile
Pneumonie :
8. Amoxicilline comprimés dispersible 250mg
Diarrhée
9. SRO faible osmolarité
10. Zinc 20mg comprimés sécables
Produits de santé procréative
Préservatifs féminins
11. Préservatifs féminins latex et lubrifiant.
Planification familiale
Implants contraceptifs
12. Levonorgestrel :
*Levonorgestrel 2x75mg (Implants)
* Levonorgestrel 150mg (Implants)
* Levonorgestrel 6x25mg (Implants)
Contraception d'urgence
13. Levonorgestrel 750µg

ANNEXE 3. DEFINITION DE COUVERTURE EFFECTIVE DE QUELQUES INDICATEURS SELION LE MAA

Couverture effective en CPN	Proportion des femmes enceintes ayant accouchées pendant la période monitorée et qui ont bénéficié de 4 CPN de qualité selon les normes : (a) 4 CPN réalisés entre la 28 ^e et 36 ^e semaine, (b) Ayant bénéficié des interventions suivantes : VAT2, TPI2, Fer Folate, Tension Arterielle, test d'Albuminurie, Test VIH
Couverture effective de l'accouchement	Nombres d'accouchées dans une structure sanitaire avec Partogramme correctement utilisé + GATPA appliquée + boîte d'accouchement stériles et matériels de réanimation disponibles en présence d'un personnel qualifié
Couverture effective de SEN à la sortie de Maternité	Proportion de nouveau-nés qui ont bénéficié d'au moins Quatre composantes de SEN pendant la période monitorée : (i) Mise au sein précoce (ii) Section stérile du cordon et laissé à l'air libre, (iii) Couvert de la tête aux pieds, (iv) Antibiotique/antiseptique dans les yeux et Proportion de nouveau-nés qui ont continué de bénéficier de toutes les composantes de SEN durant le séjour au FOSA, et en plus, ont continué l'AME + la vérification des signes de danger) + vitamine K1 à la Naissance + examen de sortie de la Maternité
Couverture effective en PF	% des nouvelles et anciennes acceptantes PF dans la population cible dans la période monitorée ayant respecté les rendez-vous et reçu des doses requises, avec respect des normes suivantes : 1. Respect de Critères d'éligibilité 2. Respect d'intervalle de rendez-vous 3. doses requises
Couverture effective de Pec pneumonie	% d'enfants de 0-59 mois souffrant de pneumonie et traités selon le protocole national. Normes : (a) Respecte seuil de mouvements respiratoires rapides et/ou Tirage SC léger (et/ou râles auscultatoires) ; (b) Amoxicilline (dose et durée correcte) ; © Prise en charge systématique.
Couverture effective de la PEC du paludisme	Proportion des femmes enceintes ayant accouchées pendant la période monitorée et qui ont bénéficié de 4 CPN de qualité pour la lutte contre le Paludisme selon les normes NORMES DE QUALITE a) CPN4 entre 28 ^e et 36 ^e semaine b) TPI 2 ou TPI-3 (donc 2 TPI ou plus) c) Ayant reçu la MIILD lors de la CPN
Couverture effective de la PEC de la diarrhée	Proportion d'enfants de 0-59 mois qui ont été traités selon le protocole national. Normes : (a) Traitement correct avec SRO+ZINC (b) Conseils nutritionnels : Augmenter liquide, continuer l'alimentation et Quand revenir

	(c) Evaluation systématique
Couverture effective des soins d'enfants avec MAS sans complication	% d'enfants de 6-59 mois qui ont souffert de MAS sans complication et qui ont été traités selon le protocole national. Normes : 1.- Fiche Pec correctement remplie 2.- Classification correcte 3.- Traitement correct avec ATPE et Quantité 4.- Critère de Sortie respectés. 5.- Respect RDV (et sans abandon)
Couverture effective AME	Proportion de mères d'enfants âgés de 0-5 mois ayant déclaré n'avoir donné que du lait maternel de la naissance jusqu'au jour de l'enquête et qui ont pratiqué la mise au sein précoce
Couverture effective Aliment complément	Proportion de mères d'enfant de 6-23 mois ont donné des aliments de complément de qualité (selon les normes)
Couverture effective MILD Enf 0-5 ans	Proportion de mères d'enfants âgés de 0-59 mois ayant déclaré avoir dormi la nuit précédant le passage de l'enquêteur, sous la MILD respectant les normes de qualité. (MILD de marque recommandée par le PNLP, MILD non lavé ou lavé sans détergent en poudre, MILD utilisé par l'enfant acquis à ≤36 mois, MILD sans trou pouvant laisser passer les moustiques)
Couverture effective WC Hygiénique	Proportion de mères /gardiens d'enfants de 0-59 mois qui ont accès à une latrines et qui déclarent l'avoir utilisée lors de la dernière défécation et qui ont respecté les normes de qualité. Selon les Normes : (1). Une toilette par ménage non partagée avec d'autres ménages (2). Ne pas avoir fait la défécation à l'air libre dans les 2 semaines passées ; (3). Avoir des latrines hygiéniques (Couvert, pas d'odeur, pas de mouches, pas de matières fécales dehors) (4). Avoir jeté les selles des enfants dans cette latrine.
Couverture effective Lavage des Mains	Proportion de mères/gardiens d'enfants de 0-59 mois qui déclarent s'être lavé les mains pendant au moins trois de 5 moments critiques et qui pratiquent correctement le lavage de mains selon les normes : 1. L'eau propre est versée sur les mains à l'aide d'un gobelet, ou au robinet ou un dispositif de lave mains 2. Le savon/ cendre est appliqué sur les mains 3. Frotter au moins trois à cinq fois avec la mousse sans oublier les espaces interdigitaux et les ongles 4. Rincer les mains avec l'eau propre 5. Sécher à l'air libre
Couverture effective Enregistrement de Naissances	Proportion de mères d'enfants qui déclare avoir fait enregistrer tous les enfants de 0 à 59 mois à l'état civil dans les 90 jours et qui possèdent les actes de naissances

ANNEXE 4. LISTE DES EXPERTS PSI SRMNEA-NUT

a. SECRETARIAT GENERAL et DIRECTIONS CENTRALES

N°	NOMS	INSTITUTION	TELEPHONE	E-MAIL
01.	Dr YUMA RAMAZANI Sylvain	SG	+243810886623	sylvainyuma@gmail.com
02.	LINGONGO SOPOKOLE	SG	+243816509710	slingongo@yahoo.com
03.	Dr MAVULA KUSUNGU	DSFGS	+243812727727	kusungumav@gmail.com
04.	Dr IYETI Alain	DEP	+243812679583	alainiyeti@gmail.com
05.	Mgr Dr KANZA NSIMBA Maurice	MAA	+243819010818	kanzansimba@hotmail.com
06.	Mr NUNGA MATADI	DEP	+243998189931	rafmatnun@yahoo.fr
07.	Dr BANINGALA BALEDI	DSFGS	+243815132268	baning05@hotmail.com
08.	Dr MPUNGA Dieudonné	DEP	+243816827646	mpungadieudon@yahoo.fr
09.	LUBALA Fanny	DEP	+243821206538	nyfalubala@yahoo.fr
10.	Dr BOBANGA LINYELE	DGOGSS		
11.	Dr LUFIAULUISU Gullit	MAA	+243816054925	gullitlufia@gmail.com
12.	Mme YOMUAMUA Sandrine	DSFGS	+243810391693	syomuamua@gmail.com
13.	Dr META Gina	DSFGS	+243895178031	dmetagina@gmail.com
14.	Dr NGINDU DILU	DSFGS	+243999903331	Marfeza_78@yahoo.fr
15.	Dr MBANDANZO Jacques	DSFGS	+243810158743	jacquesmbandanza@gmail.com
16.	MONGELEKAN MONVAL	DESS	+243899903252	mongelekanmonval@gmail.com
17.	Ph MASSAMBA Cyrille	DSFGS	+243971016179	macyre3@yahoo.fr
18.	Mr SANVUA Gustave	DSFGS	+243853071482	gustavesanvua@gmail.com
19.	Ph MBELU Ghislaine	DPM	+243998700303	kanyunyughis@gmail.com
20.	Dr MATELA Jonathan	PDSS/PNSR	+243814225360	drjonat@gmail.com
21.	Dr MBALI BOYOMA	DSFGS	+243853675499	drclémentmbali@gmail.com
22.	Mr ILUNGA Bruno	DSFGS	+243998196893	brunoilunga416@yahoo.fr
23.	Mme KINGINGU Jeanne	DSFGS	+243998206801	kingunqujeanne@gmail.com
24.	Mme SIFA AMADULA	DSFGS	+243841179646	-

b. PROGRAMMES SPECIALISES

N°	NOMS	INSTITUTION	TELEPHONE	E-MAIL
01	Dr ILUNGA Jean-Fidèle	PNIRA / PCIMNE	+243999927053	jfilunga@hotmail.com
02	Mr MBADU MUANDA	PNSA	+243898940217	mbandu_m@hotmail.com
03	Mme MBULA Marie-Louise	PNSR	+243812793145	totombula@gmail.com
04	Dr KUMPEL Justin	PNSR	+243817177733	vankumpel4@gmail.com
05	Dr KABANGA Mimie	PNSA	+243851212849	kabanga@gmail.com
06	Dr Lombeya Lis	PNSR	+243810632099	Drlis.lombeya@gmail.com
07	Dr BONGONGO Jules	PNSSU	+243822035176	jubongongo@yahoo.fr
08	Mme KALUMBA Clémentine	PEV	+243814096195	clementinekalumba@gmail.com
09	Mr NGWANZA Joseph	PNSR	+243810844240	josephnganza@gmail.com
10	Dr MUSHIYA Irène	PRONANUT	+243899101123	iramushiya@gmail.com
11	Mme KILUNDU Adolphine	PNLS	+243813342928	apogkilundu@gmail.com
12	Dr EZOMBE Toto	PNIRA	+243815108837	totoezombe@outlook.fr
13	Dr TSHINTENGE Valentin	PNRBC	+243998151547	vtshintenge@yahoo.fr
14	Ag NGANDU DUMBI	PNCMS	+243999987708	achillenga@gmail.com
15	Dr KABINDA MAOTELA Jeff	PNTS	+243811510526	kabindaalu@yahoo.fr
16	Ag MALANDA Constat	PNLP	+243812821816	constatmalanda@gmail.com
17	Mr NZANZU Vianney	PNSR	+243815270564	jvm.nzanzu@gmail.com
18	Dr KABANGU Jean-Marie	PNIRA	+243903911154	jeanmariekabanqu@gmail.com
19	Mme MOZA DIAKIESE	PNCPS	+243842083143	diakesemoza.md@gmail.com
20	Dr MBOMA Bibi	PNSR	+243850442488	bimbo_tshi@yahoo.fr
21	Dr MUKUMPURI Guy	PNSR	+243817770991	guymukumpuri@yahoo.fr
22	BASEANE ZABAA	PNLP		baseane@gmail.com
23	Dr BOLATEY	PNSA	+243816376420	lbolateyntange@yahoo.fr

c. DIVISIONS PROVINCIALES DE LA SANTE

N°	NOMS	INSTITUTION	TELEPHONE	E-MAIL
01	Dr TSHONANGA NKOLOLO	DPS KANGO	+24381646420	tshotshotshonanga@gmail.com
02	Dr MATELA Jean-Paul	DPS TSHUAPA	+243814004642	matelar3@gmail.com
03	Dr MANGONZA Bienvenu	DPS Sud Ubangi	+243810580132	bienvenumangonza@gmail.com
04	Dr MUSAKA LIBWE	DPS KWILU	+243810385844	christianmusaka@gmail.com
05	Dr Arthur NKUMBA	DPS haut-Lomami	+243814754471	nkumba.ilunga@gmail.com

d. PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS

N°	NOMS	INSTITUTION	TELEPHONE	E-MAIL
01	Dr KINI Brigitte	OMS	+243817006417	kininsikub@who.int
02	Dr MBU Bernadette	OMS	+243817006429	mbukolomoni@who.int
03	Dr SALIYOU Sanni	OMS	+24104745868	sannis@who.int
04	Dr KIMANUKA Francine	UNICEF	+243825707582	fkimanuka@unicef.org
05	Dr Freddy SALUMU	UNICEF	+243817096213	fsalumu@unicef.org
06	Dr Lydia MULONGO	UNICEF	+243817152626	lmkabamba@unicef.org
07	Dr Pierre SHAMOL	UNFPA	+243817100173	pierre@unfpa.org
08	Dr ONOBAISO Médard	Cuso Int.	+243810382513	medard.onobaiso@cusointernational.org
09	Dr RIANNE GAY	TULANE University	+243829591005	Rgay2@tulane.com
10	Dr EMBEKE Narcisse	PROSANI	+243810146217	Narcisse_embeke@ihp-prosani.org
11	Dr MPUNGA Michel	Engender Health	+243843388349	mmpenga@engenderkeatli.org
12	Dr NGALULA Francine	SCI	+243828300693	francine-Ngalula@sallethechiclotou.org
13	VIGILE KIKAM	JHPIEGO	+243814347826	vigile.kilienga@jhipigo.org
14	MARCEL MBANYA	JHPIEGO	+24381609223	marcel.mbwanaya@jihypigo.org
15	Dr BOKOKO Marie-Jeanne	PSAT/Coop.Caneut	+243815025667	mbokoko@psatrdc.org

e. ORGANISATION DE LA SOCIETE CIVILE

N°	NOMS	INSTITUTION	TELEPHONE	E-MAIL
01	MUKINAY Nestor	CNOS.SRMNEA	+243815173624	nmukinay@gmail.com
02	DIASIVI Emmanuel	CNOS.SRMNEA	+243998261794	emmananueldiasivi@gmail.com
03	MANGALA Laurent	CNOS.SRMNEA	+243816040114	Laurentmangala68@gmail.com

f. CONSULTANTS

N°	NOMS	TELEPHONE	E-MAIL
01	Dr BIDOUNGA Norbert		bidoungan@gmail.com
02	Dr KOKOLOMAMI Jack	+243810695990	Pajack70@yahoo.fr
03	Dr KASONGO Joseph	+243810609794	kasdecca@gmail.com
04	SHAHROUH SHARIF	+1914-416-5322	ss3508@nyu.edu
05	DIALLO Alioune	+221 776594598	lodia26@gmail.com

g. ECOLE DE SANTE PUBLIQUE

N°	NOMS	INSTITUTION	TELEPHONE	E-MAIL
01	Dr LULEBO Aimée	ESP/KIN	0816398692	aimelulebo@yahoo.fr