



MINISTÈRE  
DE LA SANTÉ PUBLIQUE,  
HYGIÈNE ET PRÉVOYANCE  
SOCIALE



GLOBAL  
FINANCING  
FACILITY



African Population and  
Health Research Center



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

RDC



Analyse des indicateurs de santé reproductive, maternelle, néonatale,  
infantile et adolescente pour 2019-2024 : Document de synthèse

ANALYSIS

REPORT

2025



Réunion annuelle nationale (CAM), Nairobi, 16-20 juin 2025 Countdown to 2030 en partenariat avec le ministère Kényan de la Santé, le Mécanisme de Financement Mondial, l'OMS, l'OOAS et l'UNICEF

Présenté par

- Pierre Akilimali Zalagile (ESPK),
- Francis Kabasubabo Kabengele (ESPK),
- Arsène Kabwaya (PEV),
- Jean Shonganye (Fellow),
- Faustin Chenge (GFF),
- Marwa Ramadani (GFF) &
- Anne-Marie Tumba (PNSR)

# 1 Évaluation de la qualité des données des centres de santé: numérateurs et dénominateurs

**NUMERATEURS** : Les données des centres de santé régulièrement déclarées constituent une source importante de données pour les indicateurs de santé. Ces données sont rapportées par les centres de santé sur des événements tels que les vaccinations administrées ou les naissances vivantes. Comme pour toute donnée, la qualité est un problème. Les données sont évaluées pour vérifier l'exhaustivité des rapports des centres de santé, la présence de valeurs aberrantes extrêmes et la cohérence interne. Des ajustements appropriés sont apportés aux données avant leur utilisation pour le calcul des statistiques.

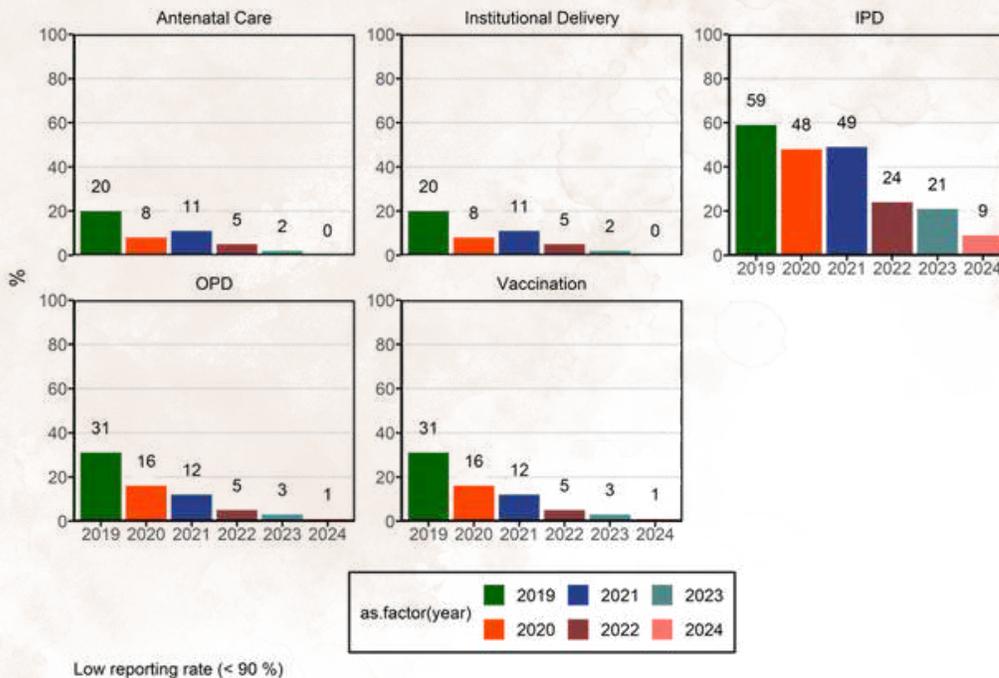
## Résumé de la qualité des données des établissements de santé, DHIS2, 2020-2024

no	Data Quality Metrics	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<b>type: 1. Completeness of monthly facility reporting (mean of ANC, delivery, immunization, OPD)</b>							
1a	% of expected monthly facility reports (national)	93	96	96	98	99	99
1b	% of districts with completeness of facility reporting >= 90	74	88	89	95	98	99
1c	% of districts with no missing values for the 4 forms	73	74	69	75	73	78
<b>type: 2. Extreme outliers (mean of ANC, delivery, immunization, OPD)</b>							
2a	% of monthly values that are not extreme outliers (national)	99	99	98	99	95	92
2b	% of districts with no extreme outliers in the year	85	86	79	85	77	74
<b>type: 3. Consistency of annual reporting</b>							
3a	Ratio anc1/penta1	1.20	1.13	1.17	1.10	1.14	1.11
3b	Ratio penta1/penta3	1.07	1.06	1.06	1.07	1.07	1.06
3c	% district with anc1/penta1 in expected ranged	75	77	72	72	72	72
3d	% district with penta1/penta3 in expected ranged	98	98	98	99	99	97
4	<b>Annual data quality score</b>	87	91	89	91	90	89

La qualité des données issues du DHIS2 entre 2019 et 2024 est globalement élevée, avec une amélioration progressive du taux d'exhaustivité atteignant 99% en 2024. Six indicateurs clés dont CPN, PF, accouchements institutionnels, consultations externes, visites postnatales et vaccinations qui présentent une complétude constante avoisinant les 90%. Malgré cette performance, plus de 20% des Zones de Santé affichent des valeurs extrêmes, probablement liées à des perturbations contextuelles telles que la pandémie de COVID-19 en 2021 et la grève des personnels soignants en 2023, les contraintes liées à la main d'œuvre, les lacunes dans le processus de surveillance ainsi que la sous-utilisation des données par les producteurs.

Les valeurs aberrantes restent limitées, mais la cohérence entre les indicateurs demeure discutable. En parallèle, les données sur les hospitalisations montrent une faible complétude persistante, en particulier dans les formations sanitaires privées. Les établissements de niveau primaire publics, offrant le paquet minimum d'activités, assurent quant à eux un rapportage plus fiable des indicateurs essentiels dans le DHIS2.

Percentage of districts with low reporting rate (< 90 %) by service and by year



Un ajustement statistique a été appliqué pour compenser le rapportage incomplet, en attribuant un coefficient k différencié selon le type de service (0,25 pour vaccination, accouchement, CPN; 0,5 pour consultations ambulatoires; 0,75 pour hospitalisations).

Figure 1. Taux de complétude des districts

La figure ci-dessus révèle une cohérence satisfaisante entre les indicateurs CPN-1/Penta-1 et Penta-1/Penta-3. Entre 22 et 26% des districts présentent des insuffisances persistantes, caractérisées par des formulaires manquants et des valeurs extrêmes aberrantes.

Comparison of numbers of Penta1 and Penta3 by year

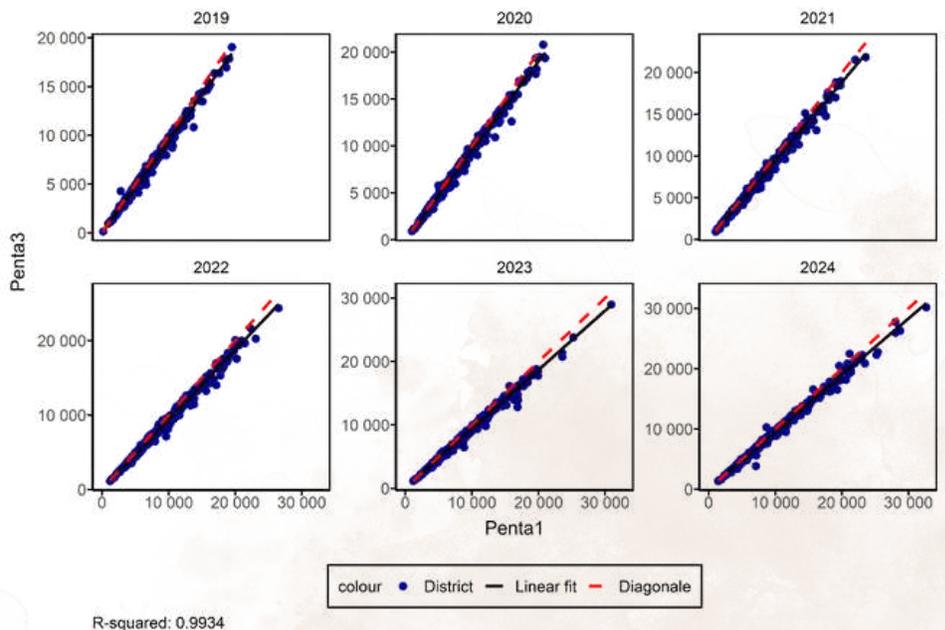


Figure 2 : Comparaison des cas de Penta-1 et Penta-3 après ajustements

Les rapports IPD sont affectés et nécessitent des ajustements spécifiques via  $k=0,75$ . Les écarts entre ANC1 et Penta-1 traduisent des ruptures de la chaîne de services. Ces déficiences peuvent être atténuées par une stratégie intégrée, notamment dans les zones bénéficiant de la gratuité de la maternité. Une harmonisation structurelle du rapportage serait bénéfique pour renforcer la fiabilité des données.

La comparaison des indicateurs démographiques du DHIS2 avec les projections de l'ONU révèle des écarts variables, notamment sur les naissances vivantes, essentielles pour les analyses RMNCH. Avant 2022, les estimations DHIS2 étaient inférieures à celles de l'ONU, puis ont atteint un ratio proche de 100% en 2022–2023 avant de diminuer en 2024. Les projections issues du recensement de 1984 se sont avérées inadéquates pour définir les dénominateurs des indicateurs de couverture. Face à cela, une approche alternative s'appuyant sur les données des établissements ayant une couverture élevée a été privilégiée. Cette méthode a produit des dénominateurs plus cohérents et plausibles pour la majorité des indicateurs. L'ajustement permet une estimation plus réaliste des populations cibles, en renforçant la validité des analyses du DHIS2.

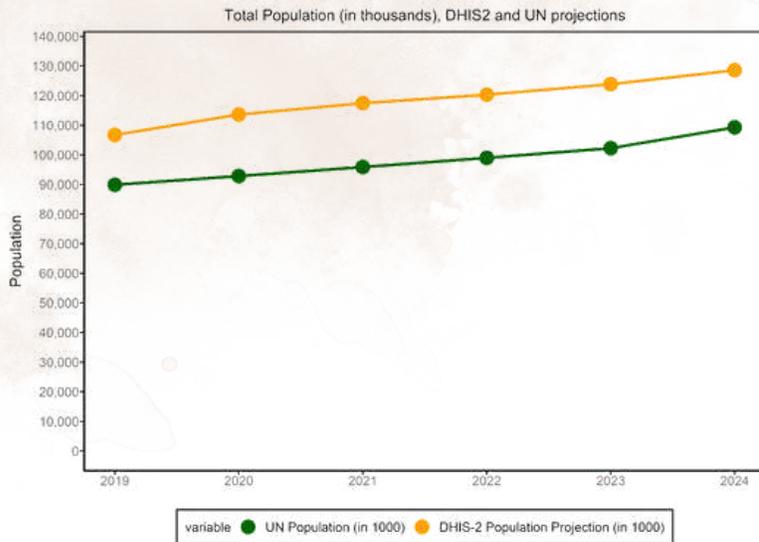


Fig 3. Total Population Projections : DHIS2 et UN Populations

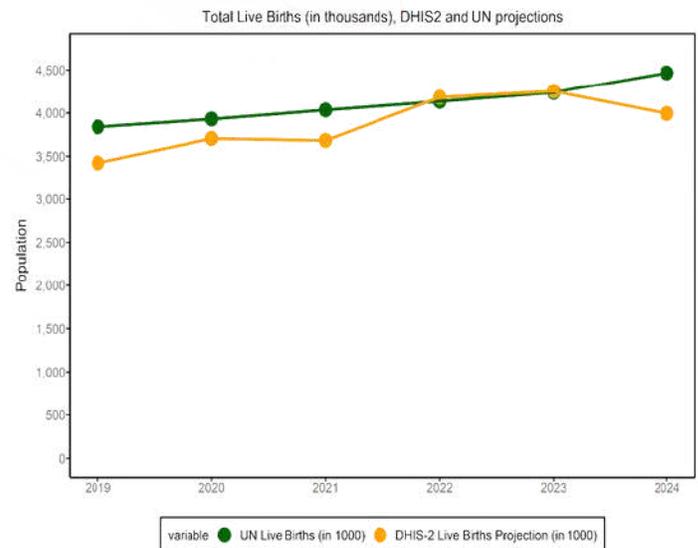


Fig 4. Live Births Projections: DHIS2 and UN Live births

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

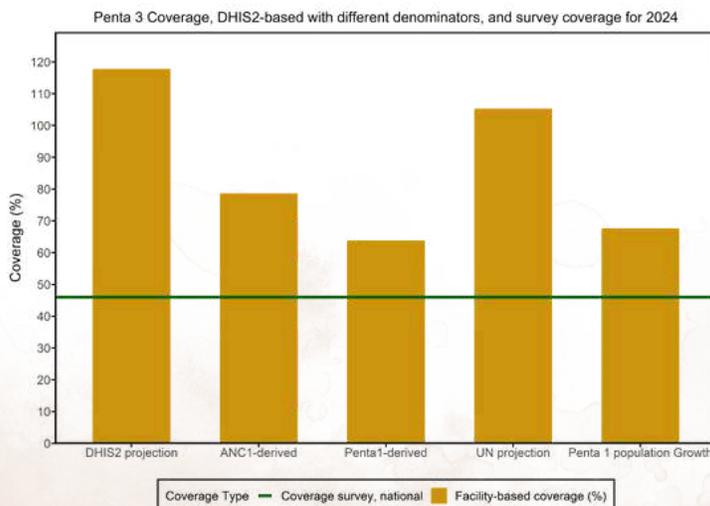


Fig 5. Couverture Penta 3 basée sur le DHIS2

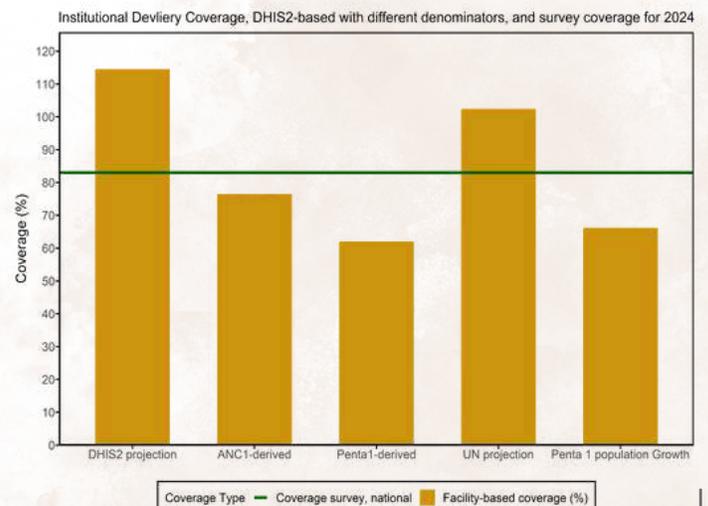


Fig 5. Couverture des accouchements institutionnels basée sur le DHIS2

L'estimation de l'enquête ANC4+ montre une stagnation depuis 2017 (environ 45 %), tandis que celle du DHIS2 indique une augmentation de 46 à 55 %. Cet écart dans la tendance de la fréquentation des consultations prénatales au premier trimestre pourrait s'expliquer par le faible nombre de femmes débutant la CPN1 avant 16 semaines, ainsi que par la possibilité d'un biais de rappel lors des enquêtes.

Cependant, dans le cas du DHIS2, les données sont basées sur les femmes ayant fréquenté les établissements de santé, tandis que les enquêtes utilisent des estimations de la population générale. Les deux dénominateurs utilisés ne sont pas identiques. Les tendances de couverture pour les naissances vivantes selon le DHIS2 sont plus ou identique à celles des estimations des enquêtes, bien que l'on puisse observer des estimations plus élevées pour ces dernières.

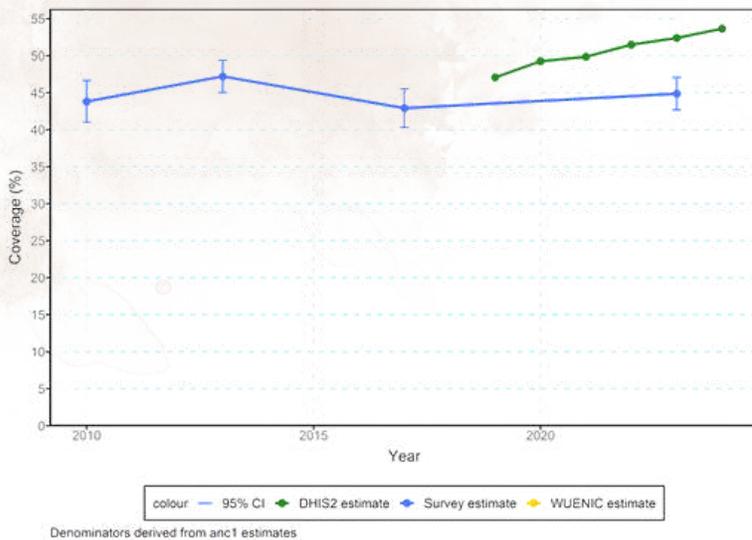


Fig 7. Tendances de la couverture CPN4

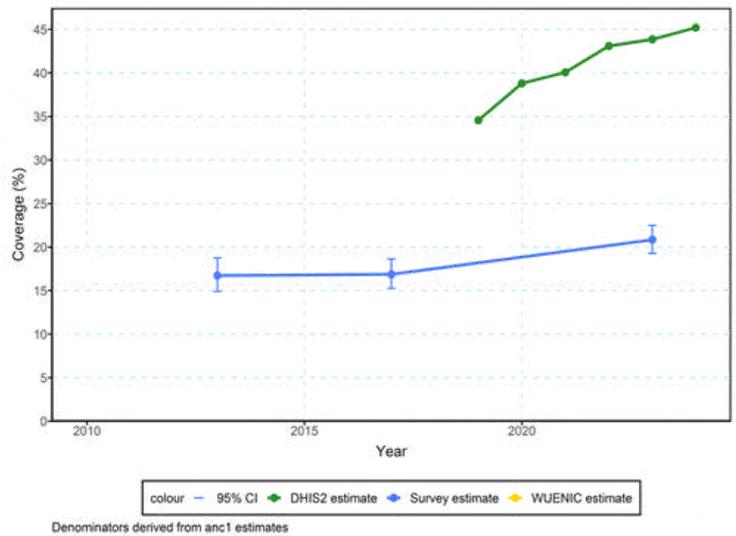


Fig 8. Tendances de la couverture CPN 1er trimestre

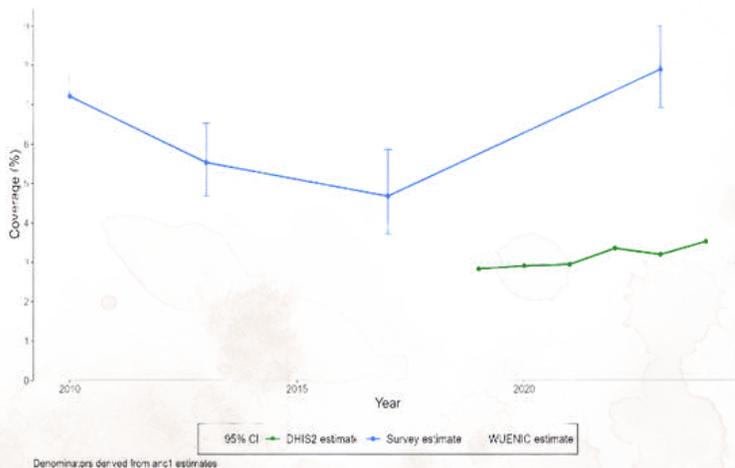


Fig 11. Tendances des césariennes

La couverture des accouchements en établissement a atteint l'objectif national et on observe une tendance à la hausse des césariennes (données du DHIS2 et de l'enquête). L'écart entre les données du DHIS2 et celles de l'enquête peut s'expliquer par la répartition entre le secteur privé et le secteur public, puisqu'un quart des accouchements récents ou des césariennes ont eu lieu dans le secteur privé, principalement en milieu urbain. Il existe une inégalité entre les zones urbaines et rurales : les zones urbaines bénéficient d'une couverture élevée, tant pour les césariennes que pour les accouchements en établissement.

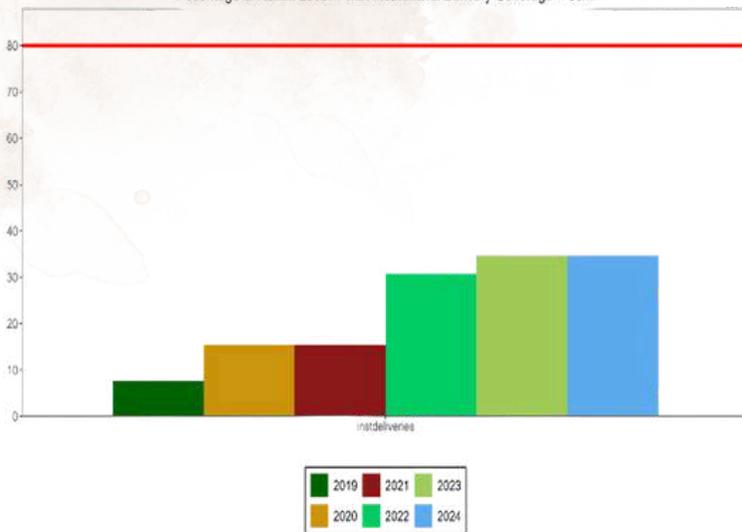
# 4

## Couverture infranationale : évaluation du pourcentage de régions ayant atteint les objectifs internationaux

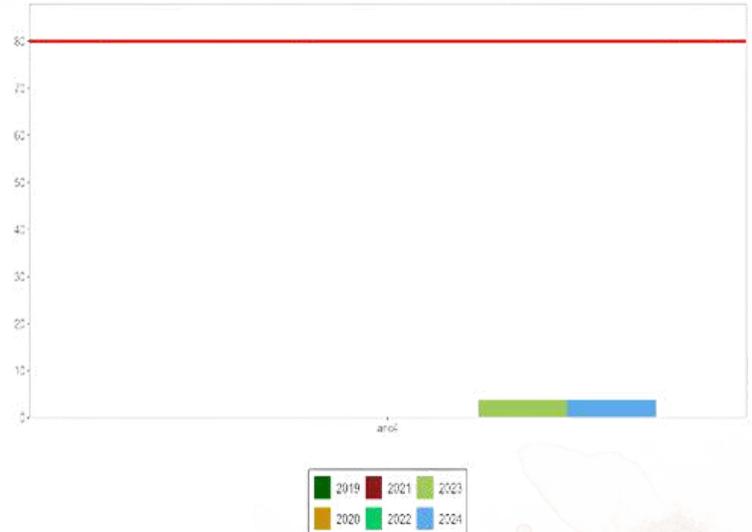
À l'échelle infranationale, la performance des districts par rapport aux objectifs internationaux de couverture sanitaire demeure globalement faible, avec une légère amélioration observée pour les soins prénatals (ANC4). Aucun district n'a atteint les cibles des Nations Unies pour la couverture vaccinale Penta-3 ou rougeole, et moins de 5% ont franchi le seuil du BCG malgré une moyenne nationale estimée à 92%. Aucun niveau provincial ne dépasse les 90% de couverture vaccinale pour ces trois antigènes.

En revanche, la proportion de provinces affichant une couverture d'accouchements assistés supérieure à 80% augmente progressivement, bien que la couverture ANC4 reste très marginalement supérieure à 70% dans quelques provinces. Ces tendances reflètent des disparités persistantes dans la performance des districts, limitant l'atteinte des objectifs internationaux de santé maternelle et infantile.

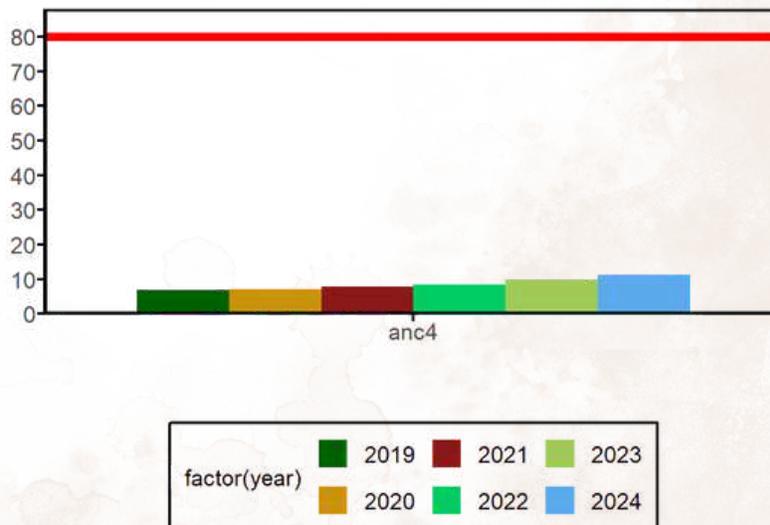
Percentage of Admin Level 1 with Institutional Delivery Coverage > 80%



Percentage of Admin Level 1 with ANC 4 Coverage > 70%



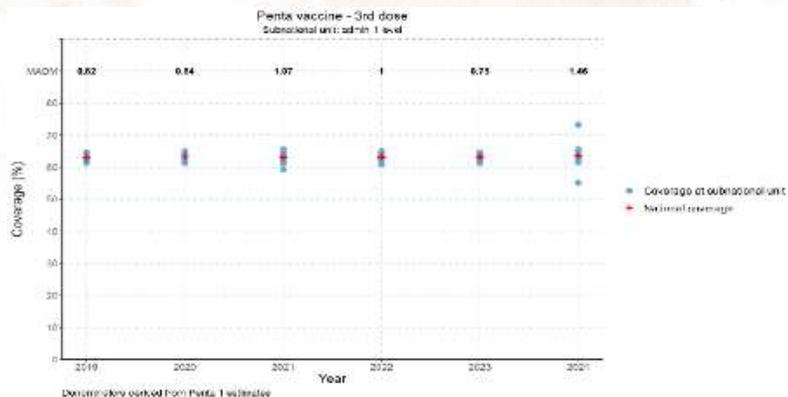
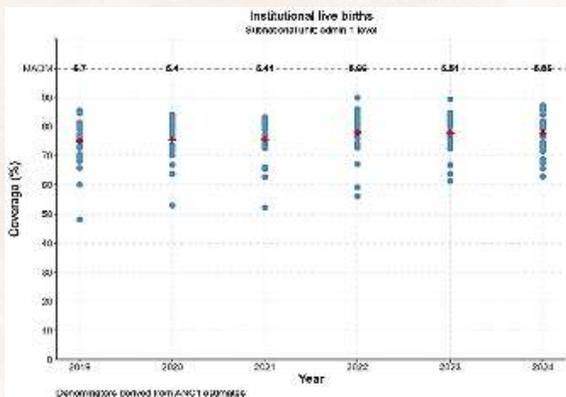
Percentage of Districts with ANC 4 Coverage > 70%



# 5

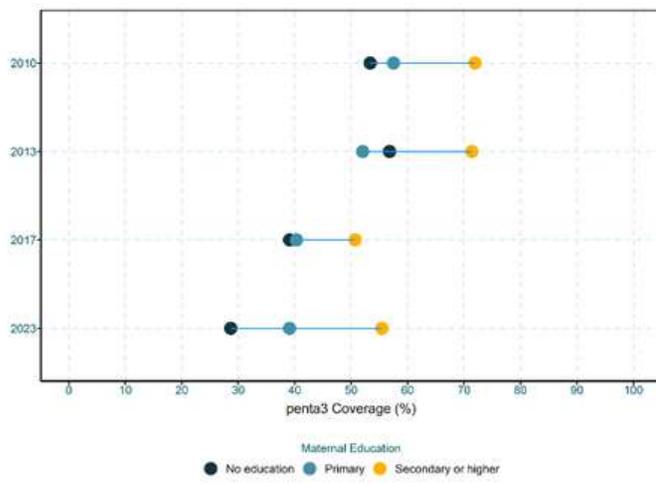
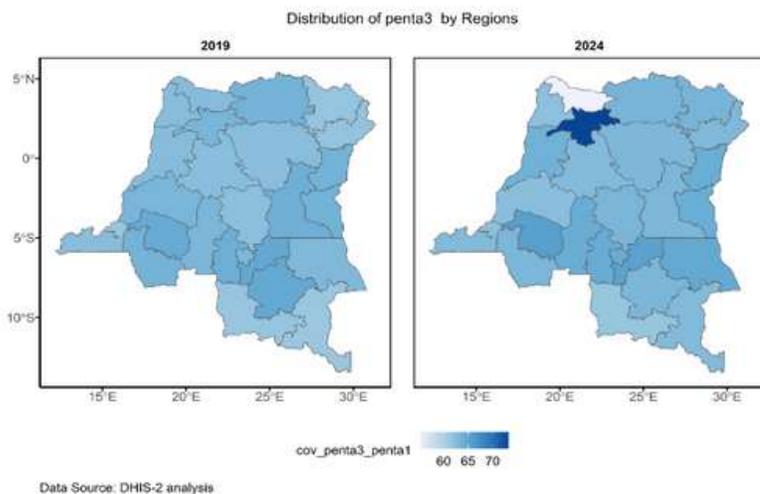
## Inégalités nationales pour la RDC - Analyse Countdown

Répartition de la couverture régionale : Accouchements institutionnels par admin1



Entre 2019 et 2024, la couverture nationale des accouchements institutionnels est restée globalement stable, avec des taux provinciaux proches de la moyenne. Toutefois, une hausse marquée du MADM (de 0,7 à 33,2) révèle une forte inégalité interprovinciale en 2024. Cette disparité pourrait refléter des problèmes de qualité des données, notamment dans les provinces affichant des valeurs extrêmes. Elle nécessite une analyse approfondie, incluant l'impact potentiel du programme de gratuité sur la performance régionale.

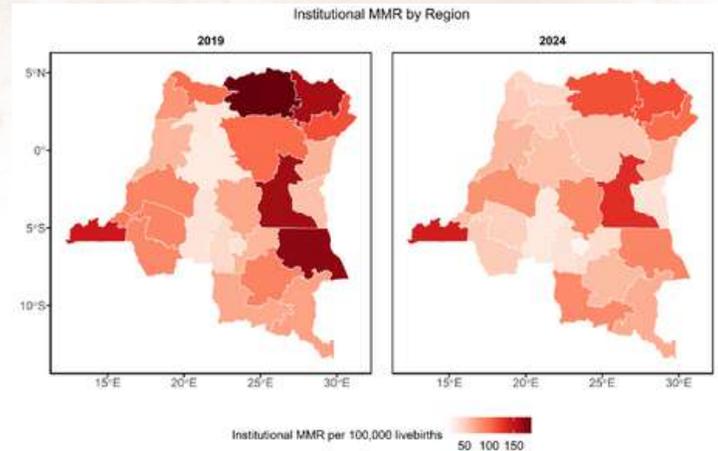
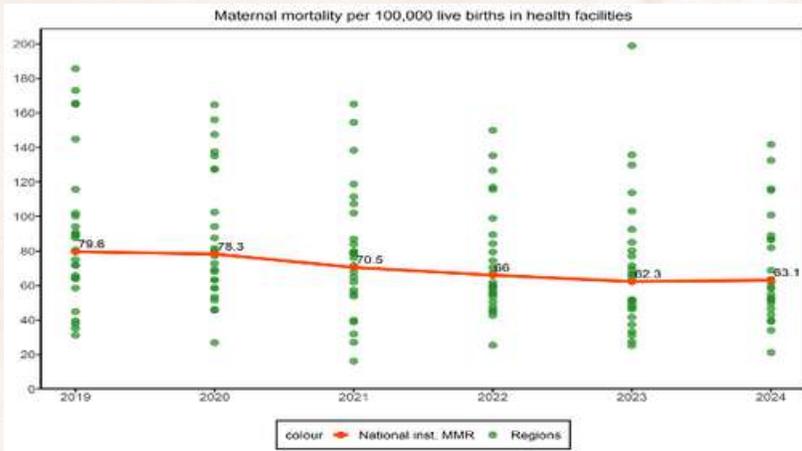
La tendance des inégalités est restée stable au fil du temps, le nord-ouest de la province présentant une faible couverture (Maï-Ndombe, Sud-Ubangi, Nord-Ubangi...) par rapport aux provinces à forte couverture.



Il y a une inégalité positive croissante au fil des années pour le niveau d'éducation de la mère et le quintile de richesse en ce qui concerne la couverture du penta 3, malgré la baisse de la couverture vaccinale en penta 3 pour tous les niveaux d'éducation ou de quintile de richesse, nous observons toutefois une diminution minimale pour les riches (80% en 2019 à 79% en 2024) comparé aux pauvres (45% en 2019 à 30% en 2024). De même, on observe une diminution d'environ 47 points dans la couverture vaccinale de penta 3 chez les enfants dont la mère est non instruite.

# 6

## Mortalité maternelle et périnatale



On observe une tendance à la baisse du taux de mortalité maternelle. Le Kongo Central, le Bas-Uélé et le Maniema affichent les taux de mortalité maternelle les plus élevés, tandis que la Mongala, le Sankuru et le Kasai oriental affichent les taux de mortalité maternelle les plus faibles en 2024.

La Mongala et le Sankuru sont des provinces enclavées et peu développées, et nous soupçonnons une sous-déclaration, car ces valeurs ne semblent pas refléter la réalité de ces provinces. Ces provinces font partie de celles qui présentent un problème de qualité des données dans le DHIS2.

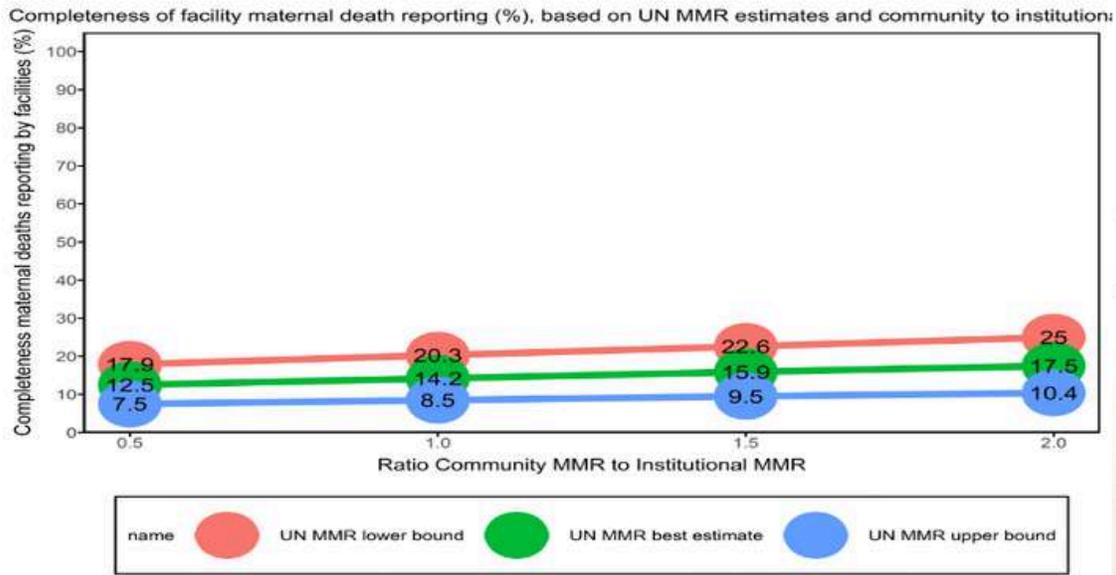


Figure 12. Exhaustivité des rapports sur les décès maternels dans les établissements de santé (%), sur la base des estimations du RMM de l'ONU et du ratio communauté/institution

En général, les rapports sur la mortalité maternelle en milieu institutionnel sont bons et la mortalité en milieu institutionnel est sous-estimée. En utilisant les meilleures estimations des Nations Unies et en supposant un ratio de mortalité communautaire/institutionnelle compris entre 1,5 et 2, le rapport sur la mortalité maternelle en milieu institutionnel se situe entre 82 % et 84 % et la sous-évaluation de la mortalité en milieu institutionnel se situe entre 51 % et 56 % (Fig 9).

Baisse des consultations externes : Les enfants de moins de 5 ans ont effectué en moyenne 1,13 consultation externe par an en 2024 (au-dessus de la référence, mais en baisse par rapport à 1,3 en 2019), ce qui suggère une réduction des obstacles à la recherche de soins ou à l'accès aux soins.

Reprise instable des consultations externes : Les admissions en consultations externes ont chuté à 2,0 / 100 enfants en 2021 (impact de la COVID-19), mais ont rebondi à 2,35 en 2024, restant au-dessus des seuils critiques à l'échelle nationale.

Disparités régionales persistantes entre consultations externes : Le Kongo Central/Sud-Kivu/Nord-Kivu est en tête de l'utilisation des services, tandis que la Tshopo/Équateur est à la traîne, révélant des inégalités géographiques profondément ancrées dans l'accès aux soins.

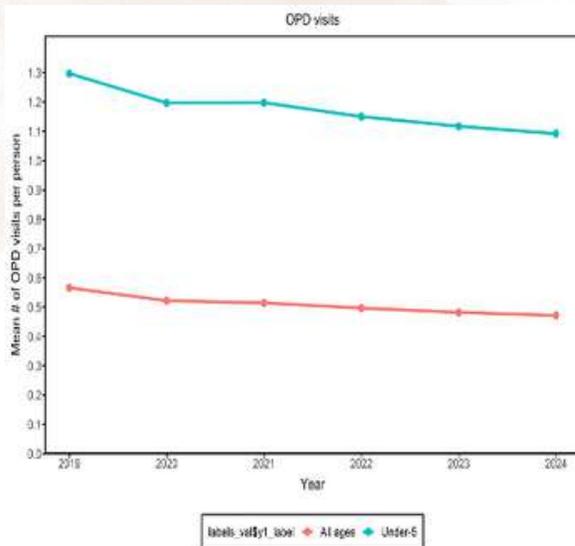


Figure 13: Admission OPD enfants de moins de 5 ans

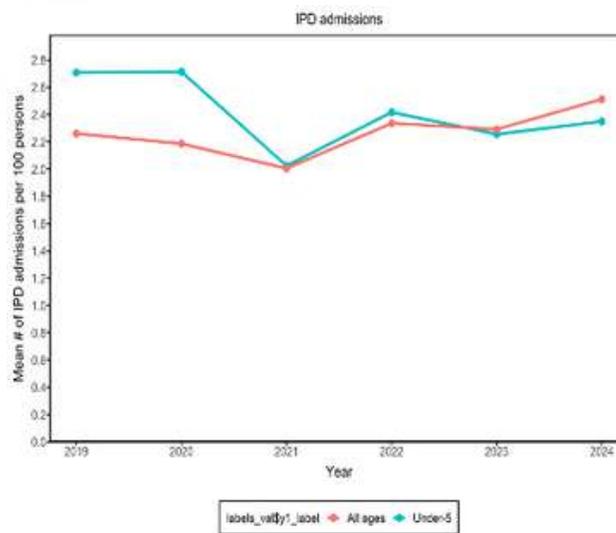


Figure 14. Admissions IPD enfants de moins de 5 ans

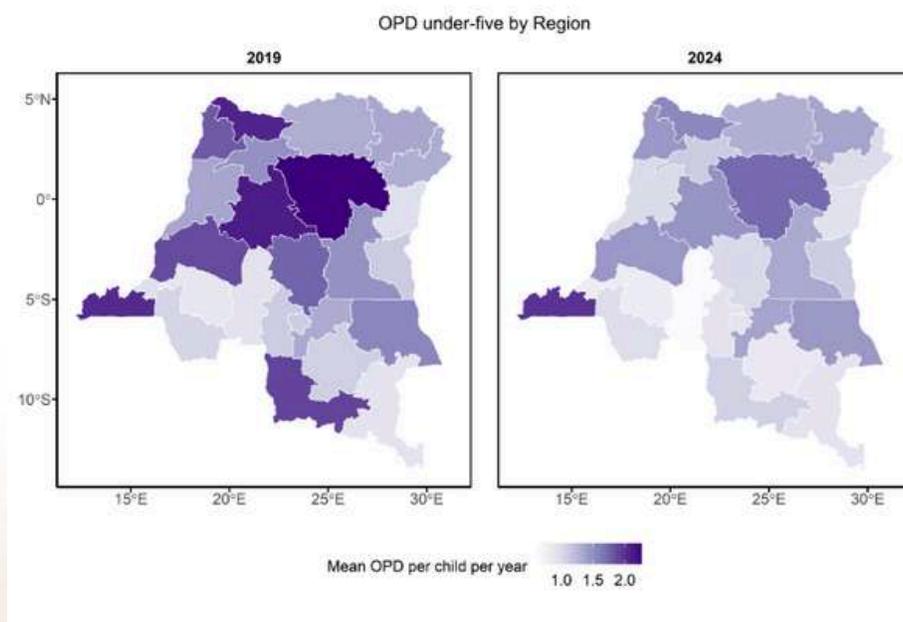
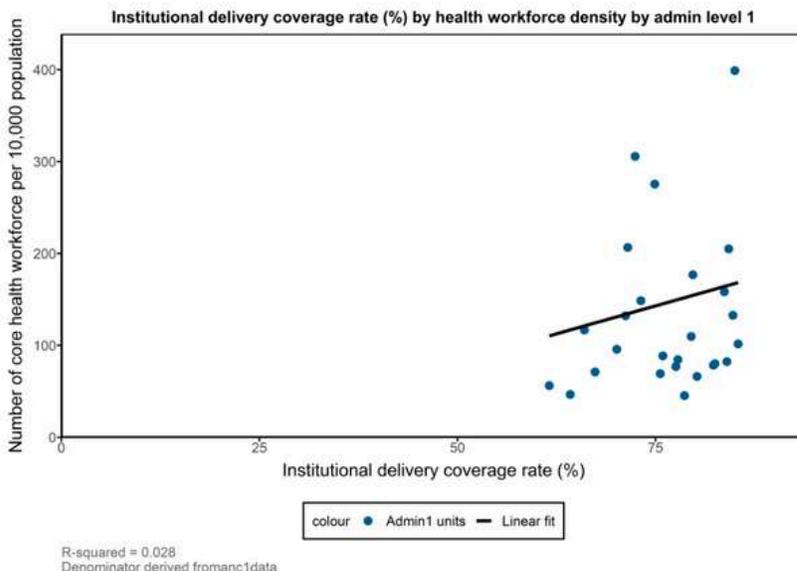
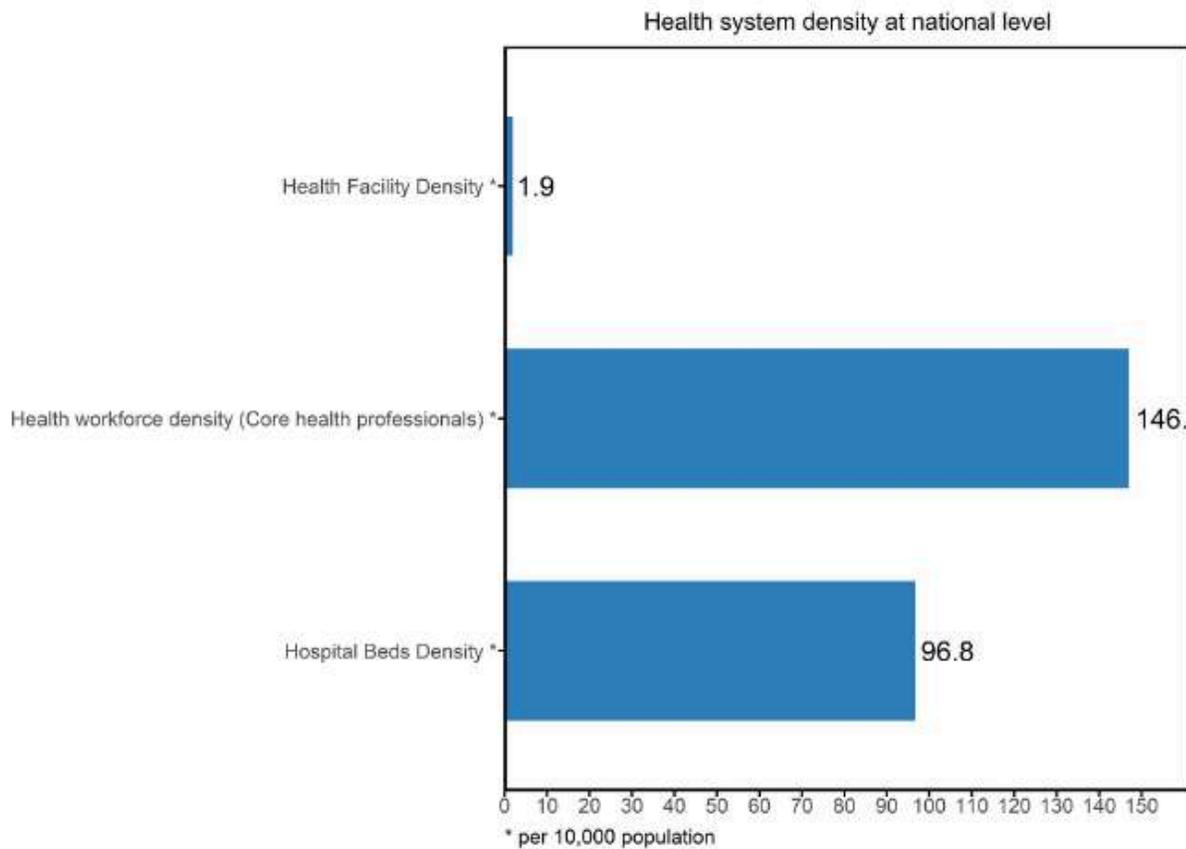


Figure 15 : Cartographie avec le service OPD par enfants, by province

Les infrastructures sanitaires affichent des performances mitigées :

- La densité des établissements (1,9/10 000) est légèrement inférieure aux normes de l’OMS, ce qui suggère des difficultés d’accès dans les zones reculées ;
- La capacité en lits d’hôpitaux (96,8/10 000) dépasse largement les normes nationales, mais des disparités provinciales persistent ;
- Mais le personnel de santé (146/10 000) dépasse largement les objectifs de santé maternelle et infantile et de couverture sanitaire universelle, ce qui indique que la disponibilité n’est pas la principale contrainte.

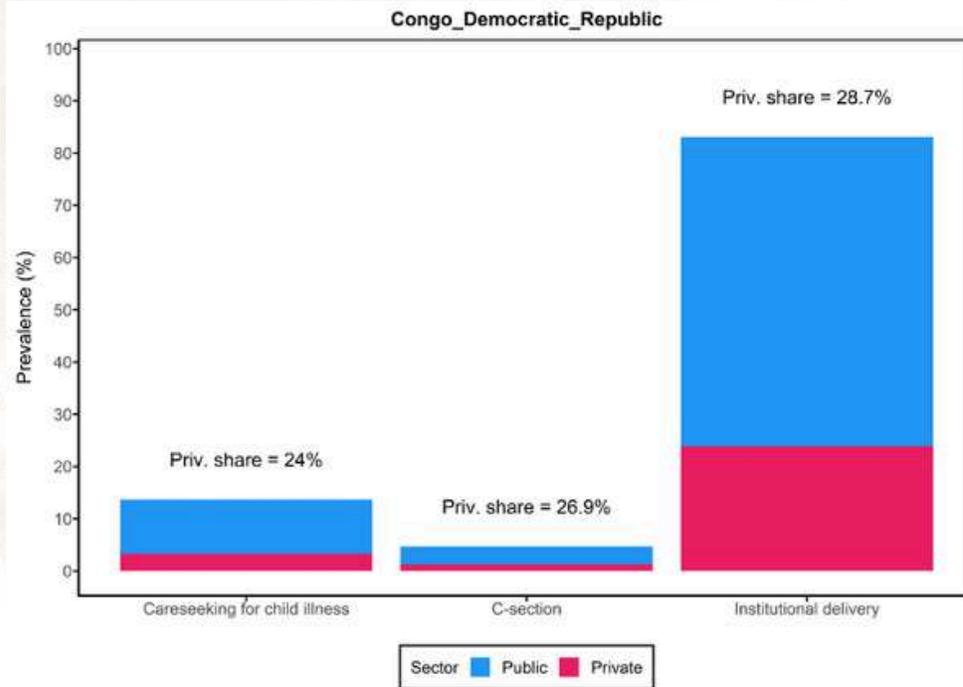


### Comparaison des systèmes de santé

La tendance observée soulève des questions de validité, car le lien attendu entre développement et performance du système de santé ne présente qu'une très faible corrélation positive.

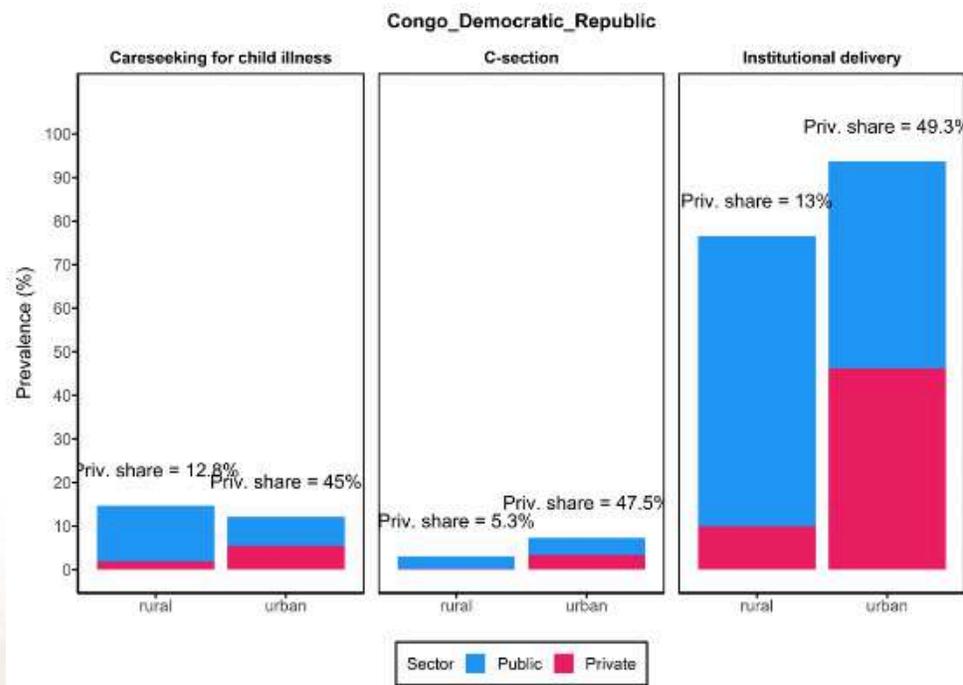
Cette relation minimale, ainsi que plusieurs valeurs aberrantes, indiquent que l'allocation des ressources de santé est mal alignée sur les niveaux de développement. Cette incohérence suggère l'existence de facteurs d'influence potentiellement non mesurés ou un manque de cohérence interne des données.

## Partage national public-privé



Le secteur public fournit la plupart des services, mais le secteur privé assure 25 à 33 % des soins de santé infantiles, des césariennes et des accouchements.

## Partage zone publique- privée



Les zones urbaines font davantage appel aux prestataires privés (49 % des accouchements) que les zones rurales (13 %). Cela révèle de fortes disparités entre les zones urbaines et rurales en matière d'utilisation des services de santé privés.



MINISTÈRE  
DE LA SANTÉ PUBLIQUE,  
HYGIÈNE ET PRÉVOYANCE  
SOCIALE



GLOBAL  
FINANCING  
FACILITY



African Population and  
Health Research Center



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



## République Démocratique du Congo

### Analyse des indicateurs de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente pour 2019-2024 : Tableau de synthèse

Réunion annuelle nationale (CAM), Nairobi, 16-20 juin 2025 Countdown to 2030 en partenariat avec le ministère Kényan de la Santé, le Mécanisme de financement mondial, l'OMS, l'OOAS et l'UNICEF



La collaboration nationale Countdown to 2030 en RDC est un partenariat entre l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa, le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention, et l'Ecole de Santé Publique de l'Université Johns Hopkins. Ce projet est adapté aux besoins du gouvernement de la RDC de produire les évidences scientifiques et renforcer la capacité d'analyse du pays afin d'éclairer les examens annuels et à mi-parcours du pays sur les progrès et les performances en matière de santé, en mettant l'accent sur la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile ainsi que la nutrition. Un accent particulier sera reverse a la sante reproductive des adolescents.

## Présenté par

- Dr ACHE DANAMA KADRE (MSPP/Direction de la santé de reproduction)
- Dr YODE MIANGOTAR (Université de N'djamena)
- Dr MAHAMAT NADJIB ABDERAHIM (Université de N'djamena)
- OUMAR ABDEL-AZIZ MAHAMAT (Ministère de la santé/DPSIS)
- DJIMET DOCTEUR PIERRE (MSPP/Direction de la santé de reproduction)
- Dr EI HADJI MALICK SYLLA (APHRC)
- AMAL TUCKER BROWN (GFF)