

# Democratic Republic of the Congo

## Complete

# Contents

## Articles

<b>Foreword</b>	<b>1</b>
Democratic Republic of the Congo:Foreword	1
<b>Introduction to Country Context</b>	<b>2</b>
Democratic Republic of the Congo:Introduction to Country Context	2
<b>Health Status and Trends</b>	<b>3</b>
Democratic Republic of the Congo:Health Status and Trends	3
Democratic Republic of the Congo:Analytical summary - Health Status and Trends	3
<b>The Health System</b>	<b>5</b>
Democratic Republic of the Congo:The Health System	5
Democratic Republic of the Congo:Health system outcomes	6
Democratic Republic of the Congo:Leadership and governance - The Health System	7
Democratic Republic of the Congo:Community ownership and participation - The Health System	9
Democratic Republic of the Congo:Partnerships for health development - The Health System	10
Democratic Republic of the Congo:Health information, research, evidence and knowledge	12
Democratic Republic of the Congo:Analytical summary - Health information, research, evidence and knowledge	13
Democratic Republic of the Congo:Availability of IT solutions	15
Democratic Republic of the Congo:Health financing system	16
Democratic Republic of the Congo:Analytical summary - Health financing system	18
Democratic Republic of the Congo:Service delivery - The Health System	22
Democratic Republic of the Congo:Health workforce - The Health System	23
Democratic Republic of the Congo:Analytical summary - Health workforce	25
Democratic Republic of the Congo:Medical products, vaccines, infrastructures and equipment	26
Democratic Republic of the Congo:Analytical summary - Medical products, vaccines, infrastructures and equipment	27
Democratic Republic of the Congo:General country health policies	29
Democratic Republic of the Congo:Universal coverage	30
<b>Specific Programmes and Services</b>	<b>32</b>
Democratic Republic of the Congo:Specific Programmes and Services	32
Democratic Republic of the Congo:HIV/AIDS	33
Democratic Republic of the Congo:Analytical summary - HIV/AIDS	33

Democratic Republic of the Congo:Tuberculosis	37
Democratic Republic of the Congo:Analytical summary - Tuberculosis	38
Democratic Republic of the Congo:Malaria	40
Democratic Republic of the Congo:Analytical summary - Malaria	40
Democratic Republic of the Congo:Immunization and vaccines development	42
Democratic Republic of the Congo:Analytical summary - Immunization and vaccines development	43
Democratic Republic of the Congo:Child and adolescent health	44
Democratic Republic of the Congo:Maternal and newborn health	45
Democratic Republic of the Congo:Gender and women's health	46
Democratic Republic of the Congo:Epidemic and pandemic-prone diseases	46
Democratic Republic of the Congo:Neglected tropical diseases	47
Democratic Republic of the Congo:Non-communicable diseases and conditions	48
<b>Key Determinants</b>	<b>49</b>
Democratic Republic of the Congo:Key Determinants	49
Democratic Republic of the Congo:Risk factors for health	50
Democratic Republic of the Congo:The physical environment	50
Democratic Republic of the Congo:Food safety and nutrition	51
Democratic Republic of the Congo:Social determinants	52
<b>Progress on the Health-Related MDGs</b>	<b>53</b>
Democratic Republic of the Congo:Progress on the Health-Related MDGs	53
Democratic Republic of the Congo:Analytical summary - Progress on the Health-Related MDGs	54
Democratic Republic of the Congo:Introduction and methods	61
Democratic Republic of the Congo:Analytical summary - Health MDGs	65
Democratic Republic of the Congo:MDG Goal 4: Reduce child mortality	66
Democratic Republic of the Congo:MDG Goal 5: Improve maternal health	72
Democratic Republic of the Congo:MDG Goal 6: Combat HIV/AIDS, TB, malaria and other diseases	78
Democratic Republic of the Congo:Health-related MDGs	85
Democratic Republic of the Congo:Analytical summary - Health-related MDGs	86
Democratic Republic of the Congo:MDG Goal 1: Eradicate extreme poverty and hunger - Health-related MDGs	87
Democratic Republic of the Congo:MDG Goal 7: Ensure environmental sustainability - Health-related MDGs	90
<b>Progress on the Ouagadougou and Algiers Declarations</b>	<b>93</b>
Democratic Republic of the Congo:Progress on the Ouagadougou and Algiers Declarations	93

Democratic Republic of the Congo:Leadership and governance - Progress on the Ouagadougou and Algiers Declarations	94
Democratic Republic of the Congo:Community ownership and participation - Progress on the Ouagadougou and Algiers Declarations	95
Democratic Republic of the Congo:Partnerships for health development - Progress on the Ouagadougou and Algiers Declarations	96
Democratic Republic of the Congo:Health financing	97
Democratic Republic of the Congo:Health workforce - Progress on the Ouagadougou and Algiers Declarations	98
Democratic Republic of the Congo:Medical products, equipment and infrastructure	99
Democratic Republic of the Congo:Service delivery - Progress on the Ouagadougou and Algiers Declarations	100
Democratic Republic of the Congo:Health information, evidence, and knowledge	101
Democratic Republic of the Congo:Research - Progress on the Ouagadougou and Algiers Declarations	103
<b>Progress on the Libreville Declaration</b>	<b>106</b>
Democratic Republic of the Congo:Progress on the Libreville Declaration	106
 <b>References</b>	
Article Sources and Contributors	108
Image Sources, Licenses and Contributors	110

---

# Foreword

---

## Democratic Republic of the Congo:Foreword

---

This analytical profile provides a health situation analysis of the Democratic Republic of the Congo and, coupled with the **Factsheet** <sup>[1]</sup>, it is the most significant output of the African Health Observatory. The profile is structured in such a way to be as comprehensive as possible. It is systematically arranged under eight major headings:

1. Introduction to country context
2. Health status and trends
3. The health system
4. Specific programmes and services
5. Key determinants
6. Progress on the health-related Millennium Development Goals
7. Progress on the Ouagadougou and Algiers Declarations
8. Progress on the Libreville Declarations

This analytical profile does not merely recount tales of misery – it also shows significant advances that have been made in the last decade. The profile shows clearly that health systems are the key to providing a range of essential health care. African governments and their partners need to invest more funds to strengthen their health systems.

Please note that this is a work in progress and some sections are in the process of being completed. It will also be continually updated and enriched to bring you the best available evidence on the health situation in the Democratic Republic of the Congo. We hope it will be useful to you, to countries and partners in their efforts to improve health and health equity in the Region.

The profiles that are shown on these pages are detailed and analytical and consist of a combination of text, graphs, maps and illustrations. If you are interested in getting statistical profiles only, these are available on the **Factsheet** <sup>[1]</sup>.

We gratefully acknowledge the inputs of country and subregional focal points on health information, data and statistics. Without their contribution these profiles would not have been possible. We also thank the African Health Observatory focal points at WHO Country Offices for coordinating the production of the profiles and those who reviewed and gave their input to earlier drafts of the profiles.

### References

- [1] [http://www.aho.afro.who.int/profiles\\_information/images/a/a1/Democratic\\_Republic\\_of\\_the\\_Congo-Statistical\\_Factsheet.pdf](http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/images/a/a1/Democratic_Republic_of_the_Congo-Statistical_Factsheet.pdf)
-

---

# Introduction to Country Context

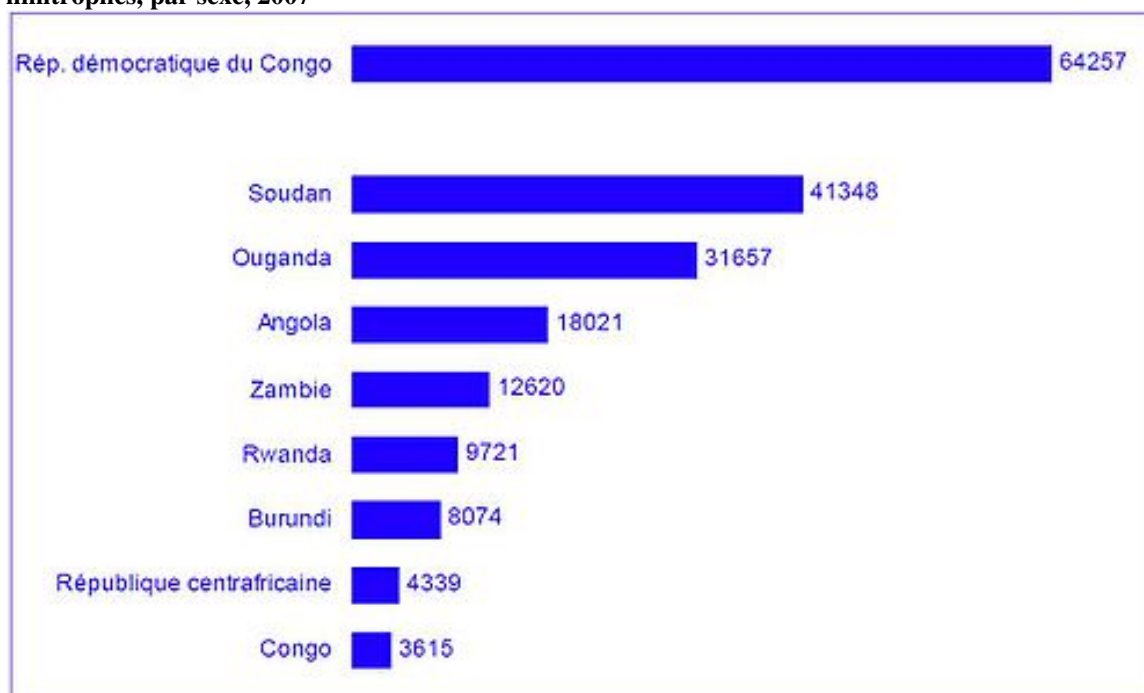
---

## Democratic Republic of the Congo: Introduction to Country Context

---

*The English content will be available soon.*

**Espérance de vie en bonne santé (HALE) à la naissance en années en Côte d'Ivoire et dans les pays limitrophes, par sexe, 2007**



# Health Status and Trends

## Democratic Republic of the Congo: Health Status and Trends

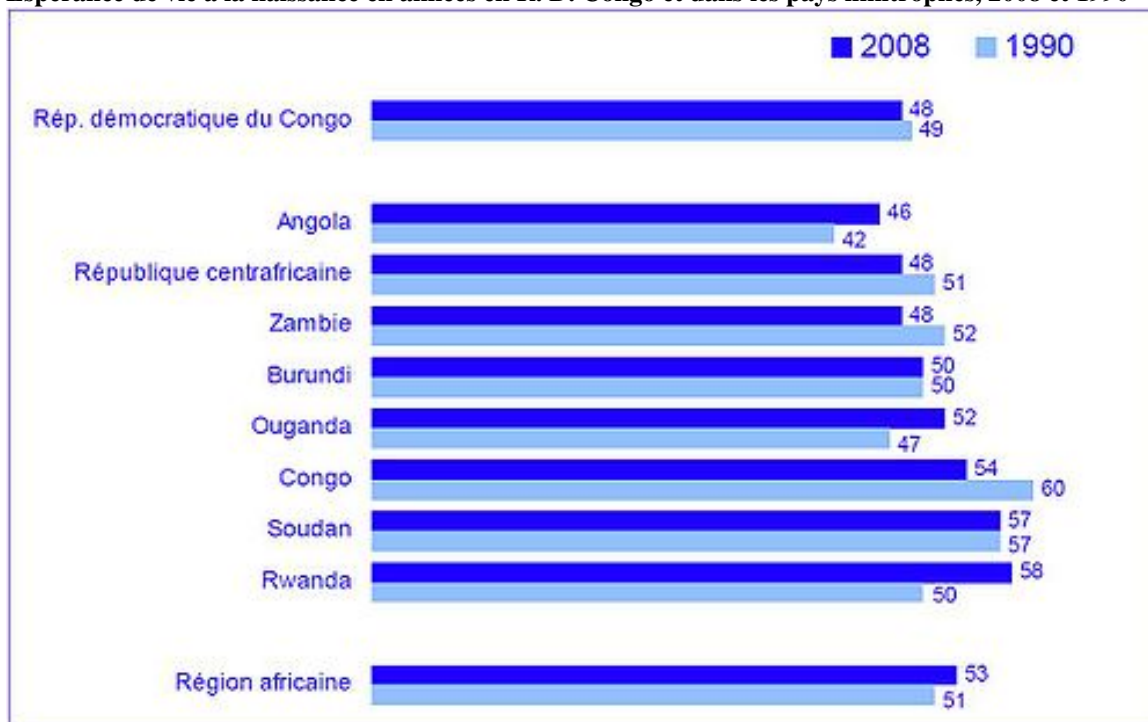
This section of the analytical profile is structured as follows:

- 2.1 Analytical summary
- 2.2 Life expectancy
- 2.3 Mortality
- 2.4 Burden of disease

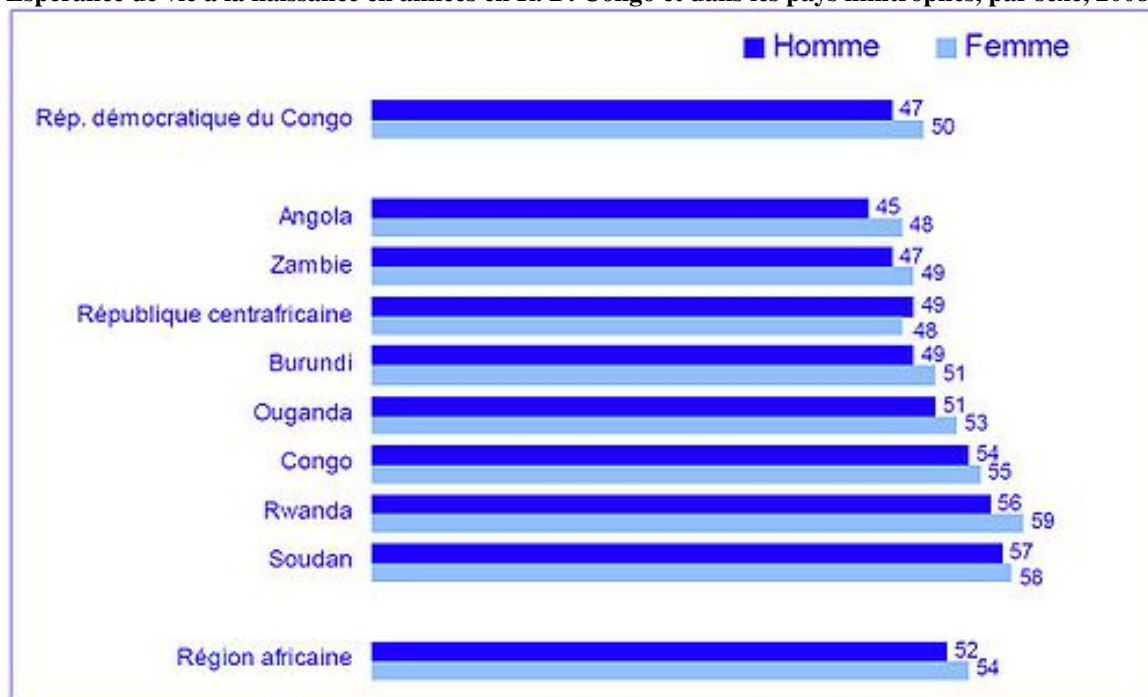
## Democratic Republic of the Congo: Analytical summary - Health Status and Trends

*The English content will be available soon.*

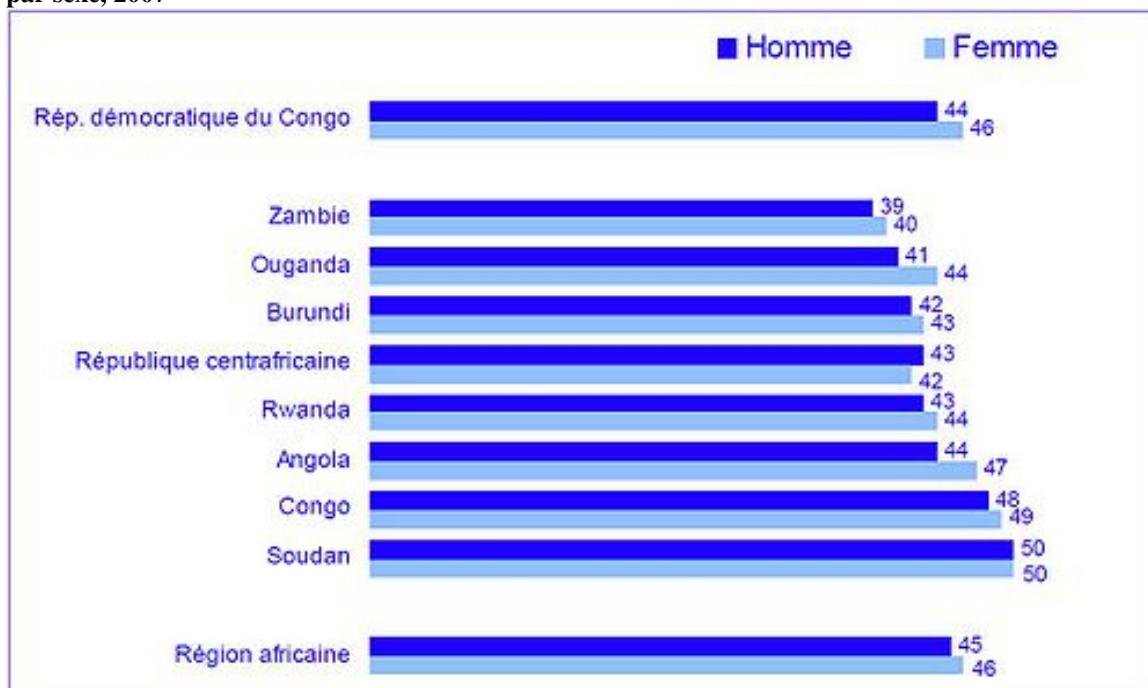
**Espérance de vie à la naissance en années en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2008 et 1990**



### Espérance de vie à la naissance en années en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, par sexe, 2008



### Espérance de vie en bonne santé (HALE) à la naissance en années en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, par sexe, 2007





---

# The Health System

---

## Democratic Republic of the Congo: The Health System

---

Health systems are defined as comprising all the organizations, institutions and resources that are devoted to producing health actions. A health action is defined as any effort, whether in personal health care, public health services or through intersectoral initiatives, whose primary purpose is to improve health. But while improving health is clearly the main objective of a health system, it is not the only one. The objective of good health itself is really twofold: the best attainable average level – goodness – and the smallest feasible differences among individuals and groups – fairness. Goodness means a health system responding well to what people expect of it; fairness means it responds equally well to everyone, without discrimination

National health systems have three overall goals:

1. good health,
2. responsiveness to the expectations of the population, and
3. fairness of financial contribution.

WHO describes health systems as having six building blocks: service delivery; health workforce; information; medical products, vaccines and technologies; financing; and leadership and governance (stewardship). The 2008 Ouagadougou Declaration on Primary Health Care and Health Systems in Africa focuses on nine major priority areas, namely Leadership and Governance for Health; Health Services Delivery; Human Resources for Health; Health Financing; Health Information Systems; Health Technologies; Community Ownership and Participation; Partnerships for Health Development; and Research for Health.

This section of the analytical profile is structured along the lines of the WHO Framework and the priorities described by the 2008 Ouagadougou Declaration.

3	The Health System
3.1	Health system outcomes
3.2	Leadership and governance
3.3	Community ownership and participation
3.4	Partnerships for health development
3.5	Health information, evidence and knowledge
3.6	Research
3.7	Health financing system
3.8	Service delivery
3.9	Health workforce
3.10	Medical products, vaccines, infrastructures and equipment
3.11	General country health policies
3.12	Universal coverage

---

# Democratic Republic of the Congo:Health system outcomes

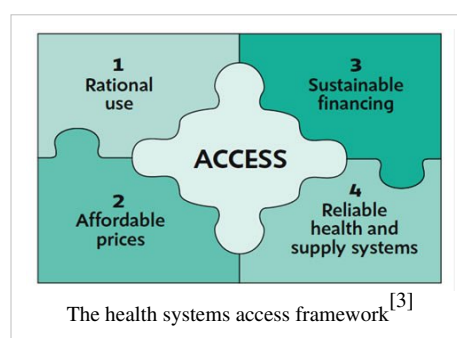
Health systems have multiple goals.<sup>[1]</sup> *The world health report 2000*<sup>[2]</sup> defined overall health system outcomes or goals as improving health and health equity in ways that are:

- responsive
- financially fair
- make the best, or most efficient, use of available resources.

There are also important intermediate goals: the route from inputs to health outcomes is through achieving greater access to, and coverage for, effective health interventions without compromising efforts to ensure provider quality and safety.

Countries try to protect the health of their citizens. They may be more or less successful, and more or less committed, but the tendency is one of trying to make progress, in three dimensions:

- First, countries try to broaden the range of benefits (programmes, interventions, goods, services) to which their citizens are entitled.
- Second, they extend access to these health goods and services to wider population groups and ultimately to all citizens: the notion of universal access to these benefits.



- Finally, they try to provide citizens with social protection against untoward financial and social consequences of taking up health care. Of particular interest is protection against catastrophic expenditure and poverty.

In health policy and public health literature, the shorthand for these entitlements of universal access to a specified package of health benefits and social protection is universal coverage.

This section of the health systems profile is structured as follows:

### 3.1.2 General overview and systemic outcomes

#### 3.1.2.1 Overall health system status

#### 3.1.2.2 Achievement of the stated objectives of the health system

#### 3.1.2.3 The distribution of health system's costs and benefits across the population

#### 3.1.2.4 Efficiency of resource allocation in health care

#### 3.1.2.5 Technical efficiency in the production of health care

#### 3.1.2.6 Quality of care

#### 3.1.2.7 Contribution of the health system to health improvement

### 3.1.3 Priorities and ways forward

[1] Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action (pdf 843.33kb). Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf))

[2] The world health report 2000. Health systems: improving performance (pdf 1.65Mb). Geneva, World Health Organization, 2000 ([http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf))

[3] The world medicines situation (pdf 1.03Mb). Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s6160e/s6160e.pdf>)

# Democratic Republic of the Congo: Leadership and governance - The Health System

The leadership and governance of health systems, also called stewardship, is arguably the most complex but critical building block of any health system.<sup>[1]</sup> It is about the role of the government in health and its relation to other actors whose activities impact on health. This involves overseeing and guiding the whole health system, private as well as public, in order to protect the public interest.

It requires both political and technical action, because it involves reconciling competing demands for limited resources in changing circumstances, for example with rising expectations, more pluralistic societies, decentralization or a growing private sector. There is increased attention to corruption and calls for a more human rights based approach to health. There is no blueprint for effective health leadership and governance. While ultimately it is the responsibility of government, this does not mean all leadership and governance functions have to be carried out by central ministries of health.

Experience suggests that there are some key functions common to all health systems, irrespective of how these are organized:

- *Policy guidance*: formulating sector strategies and also specific technical policies; defining goals, directions and spending priorities across services; identifying the roles of public, private and voluntary actors and the role of civil society.
- *Intelligence and oversight*: ensuring generation, analysis and use of intelligence on trends and differentials in inputs, service access, coverage, safety; on responsiveness, financial protection and health outcomes, especially for vulnerable groups; on the effects of policies and reforms; on the political environment and opportunities for action; and on policy options.
- *Collaboration and coalition building*: across sectors in government and with actors outside government, including civil society, to influence action on key determinants of health and access to health services; to generate support for public policies and to keep the different parts connected – so called "joined up government".
- *Regulation*: designing regulations and incentives and ensuring they are fairly enforced.
- *System design*: ensuring a fit between strategy and structure and reducing duplication and fragmentation.
- *Accountability*: ensuring all health system actors are held publicly accountable. Transparency is required to achieve real accountability.



An increasing range of instruments and institutions exists to carry out the functions required for effective leadership and governance. Instruments include:

- sector policies and medium-term expenditure frameworks
- standardized benefit packages
- resource allocation formulae
- performance-based contracts
- patients' charters
- explicit government commitments to non-discrimination and public participation
- public fee schedules.

Institutions involved may include:

- other ministries, parliaments and their committees
- other levels of government
- independent statutory bodies such as professional councils, inspectorates and audit commissions
- nongovernment organization "watch dogs" and a free media.

This section of the health system profile is structured as follows:

#### 3.2.1 Analytical summary

#### 3.2.2 Context and background of the health system

#### 3.2.3 Ministry of health and other institutions involved in health and social services

##### 3.2.3.1 Organizational chart of the ministry of health

##### 3.2.3.2 Organization and functions of the ministry of health

##### 3.2.3.3 Decentralization of the system

##### 3.2.3.4 Influence of the ministry of health in the overall national policy framework

##### 3.2.3.5 Other institutions involved in provision of health and social services

#### 3.2.4 Policy-making and health planning

##### 3.2.4.1 Utilization of health information

##### 3.2.4.2 Health activity planning

##### 3.2.4.3 Policy dialogue and decision-making process

#### 3.2.5 Regulation, monitoring and evaluation

##### 3.2.5.1 Regulation – legislation

##### 3.2.5.2 International health regulation

##### 3.2.5.3 Monitoring and evaluation

#### 3.2.6 Priorities and ways forward

#### 3.2.7 Others

## References

- [1] Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action (pdf 843.33kb). Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf))

# Democratic Republic of the Congo:Community ownership and participation - The Health System

Health systems can be transformed to deliver better health in ways that people value: equitably, people-centred and with the knowledge that health authorities administer public health functions to secure the well-being of all communities. These reforms demand new forms of leadership for health. The public sector needs to have a strong role in leading and steering public health care reforms and this function should be exercised through collaborative models of policy dialogue with multiple stakeholders, because this is what people expect and because it is the most effective.

A more effective public sector stewardship of the health sector is justified on the grounds of greater efficiency and equity. This crucial stewardship role should not be misinterpreted as a mandate for centralized planning and complete administrative control of the health sector. While some types of health challenges, for example public health emergencies or disease eradication, may require authoritative command and control management, effective stewardship increasingly relies on “mediation” to address current and future complex health challenges.

The interests of public authorities, the health sector and the public are closely intertwined. Health systems are too complex: the domains of the modern state and civil society are interconnected, with constantly shifting boundaries. Effective mediation in health must replace overly simplistic management models of the past and embrace new mechanisms for multi-stakeholder policy dialogue to work out the strategic orientations for primary health care reforms.

At the core of policy dialogue is the participation of the key stakeholders. Health authorities and ministries of health, which have a primary role, have to bring together:

- the decision-making power of the political authorities
- the rationality of the scientific community
- the commitment of the professionals
- the values and resources of civil society.

This is a process that requires time and effort. It would be an illusion to expect primary health care policy formation to be wholly consensual, as there are too many conflicting interests.

However, experience shows that the legitimacy of policy choices depends less on total consensus than on procedural fairness and transparency. Without a structured, participatory policy dialogue, policy choices are vulnerable to appropriation by interest groups, changes in political personnel or donor fickleness. Without a social consensus, it is also much more difficult to engage effectively with stakeholders whose interests diverge from the options taken by primary health care reforms, including vested interests such as those of the tobacco or alcohol industries, where effective primary health care reform constitutes a direct threat.

This section of the health system profile is structured as follows:

### 3.3.1 Analytical summary

### 3.3.2 Participation as an individual, and user and provider interactions

#### 3.3.2.1 Health literacy levels

#### 3.3.2.2 People-centredness of care

#### 3.3.2.3 Satisfaction with consultation processes

#### 3.3.2.4 Patient health care behaviours



## 3.3.2.5 Structural issues

## 3.3.3 Local community mobilization

## 3.3.3.1 Services design issues at locality

## 3.3.3.2 Accountability of health services to locality and community watchdog functions

## 3.3.4 Civil society involvement

## 3.3.4.1 As a partner in policy-making

## 3.3.4.2 Accountability and "watchdog" functions

## References

- [1] Systems thinking for health systems strengthening (pdf 1.54Mb). Geneva, World Health Organization, 2009 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563895\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563895_eng.pdf))

# Democratic Republic of the Congo:Partnerships for health development - The Health System

There is a tension between the often short-term goals of donors, who require quick and measurable results on their investments, and the longer-term needs of the health system.<sup>[1]</sup> That tension has only heightened in recent years, where the surge in international aid for particular diseases has come with ambitious coverage targets and intense scale-up efforts oriented much more to short-term than long-term goals. Though additional funding is particularly welcome in low-income contexts, it can often greatly reduce the negotiating power of national health system leaders in modifying proposed interventions or requesting simultaneous independent evaluations of these interventions as they roll out.

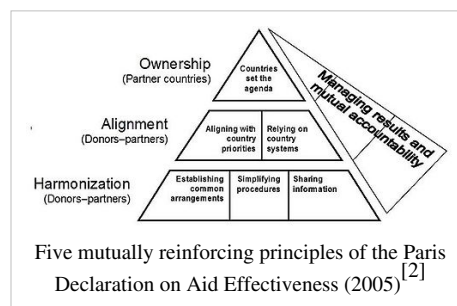
Harmonizing the policies, priorities and perspectives of donors with those of national policy-makers is an immediate and pressing concern – though with apparent solutions. In addition, the selective nature of these funding mechanisms (e.g. targeting only specific diseases and subsequent support strategies) may undermine progress towards the long-term goals of effective, high-quality and inclusive health systems.

Even where this funding has strengthened components of the health system specifically linked to service delivery in disease prevention and control – such as specific on-the-job staff training – the selective nature of these health systems strengthening strategies has sometimes been unsustainable, interruptive and duplicative. This puts great strain on the already limited and overstretched health workforce. In addition, focusing on "rapid-impact" treatment interventions for specific diseases and ignoring investments in prevention may also send sharply negative effects across the system's building blocks, including, paradoxically, deteriorating outcome on the targeted diseases themselves.

Many of these issues have been recognized internationally, and a number of donors have agreed to better harmonize their efforts and align with country-led priorities – as outlined in the 2005 Paris Declaration on Aid Effectiveness<sup>[3]</sup> (see figure). However, although some progress has been made in applying the Paris Declaration principles, it has been slow and uneven. Change in the process and the nature of the relationship between donors and countries requires time, focused attention at all levels, and a determined political will.

This section of the health system profile is structured as follows:

## 3.4.1 Analytical summary



- 3.4.2 Partnership for health and coordination mechanisms
  - 3.4.2.1 Partnership coordination mechanisms
  - 3.4.2.2 Main partners by category, objectives and powers
- 3.4.3 Harmonization and alignment in line with primary health care approach
  - 3.4.3.1 Explicit policy on partners' coordination
  - 3.4.3.2 Explicit policy on intersectoral collaboration and action
  - 3.4.3.3 Major actions carried out through intersectoral collaboration
  - 3.4.3.4 Stakeholders mapping by level and coordination structures
  - 3.4.3.5 Community awareness and involvement in the implementation of global initiatives – Millennium Declaration, Paris Declaration, etc.
- 3.4.4 Sector-wide approaches
  - 3.4.4.1 Multi-Donor Budget Support
  - 3.4.4.2 International Health Partnership and related initiatives (IHP+)/development of National Health Compacts
  - 3.4.4.3 Harmonization for Health in Africa
  - 3.4.4.4 Joint Assistance Strategy
- 3.4.5 Public–private partnership and civil society
  - 3.4.5.1 Private health sector mapping
  - 3.4.5.2 Explicit policy on private sector involvement
  - 3.4.5.3 Forms of engagement with private sector including contractual service agreements
- 3.4.6 South–South cooperation
  - 3.4.6.1 Existence of formalized South–South cooperation
  - 3.4.6.2 Mapping of areas of cooperation especially those related to health development
  - 3.4.6.3 Experiences to be shared regarding the South–South cooperation

## References

- [1] Systems thinking for health systems strengthening (pdf 1.54Mb). Geneva, World Health Organization, 2009 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563895\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563895_eng.pdf))
- [2] The Paris Declaration on Aid Effectiveness (2005) (<http://www.oecd.org/development/effectiveness/34428351.pdf>)
- [3] <http://www.unrol.org/files/34428351.pdf>

# Democratic Republic of the Congo: Health information, research, evidence and knowledge

Data are crucial in improving health.<sup>[1]</sup> The ultimate objective of collecting data is to inform health programme planning as well as policy-making and, ultimately, global health outcomes and equity. A well-functioning health information system empowers decision-makers to manage and lead more effectively by providing useful evidence at the lowest possible cost.

A health information system has been aptly described as "an integrated effort to collect, process, report and use health information and knowledge to influence policy-making, programme action and research". It consists of:

- inputs (resources)
- processes (selection of indicators and data sources; data collection and management)
- outputs (information products and information dissemination and use).

The role of a health information system is to generate, analyse and disseminate sound data for public health decision-making in a timely manner. Data have no value in themselves. The ultimate objective of a health information system is to inform action in the health sector. Performance of such a system should therefore be measured not only on the basis of the quality of the data produced, but also on evidence of the continued use of these data for improving health systems' operations and health status.

The availability and use of information enables:

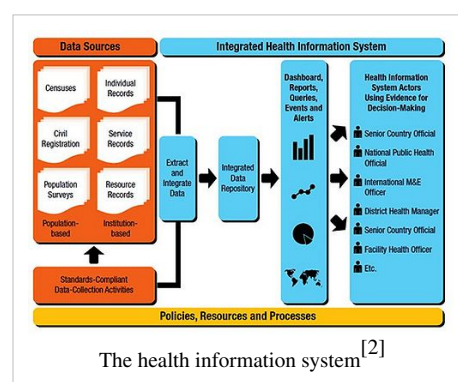
- improved definition of a population
- recognition of problems
- setting of priorities in the research agenda
- identification of effective and efficient interventions
- determination of potential impact (prediction)
- planning and resource allocation
- monitoring of performance or progress
- evaluation of outcomes after interventions

- continuity in medical and health care
- healthy behaviour in individuals and groups.

It also empowers citizens by enabling their participation in health care, policy and decision processes; and empowers countries and international partners by enabling better transparency and accountability through use of objective and verifiable processes.

Health knowledge gaps are where essential answers on how to improve the health of the people in Lesotho are missing. This is an issue related to the acquisition or generation of health information and research evidence. The "know-do gap" is the failure to apply all existing knowledge to improve people's health. This is related to the issue of sharing and translation of health information, research evidence, or knowledge. Although there are major structural constraints, the key to narrowing the knowledge gap and sustaining health and development gains is a long-term commitment to strengthen national health information systems.

This section of the analytical profile is structured along the following lines:





<b>3.5</b>	Health information, research, evidence and knowledge
<b>3.5.1</b>	Analytical Summary
<b>3.5.2</b>	Context
<b>3.5.3</b>	Structural organization of health information
<b>3.5.4</b>	Data sources and generation
<b>3.5.5</b>	Data Management
<b>3.5.6</b>	Access to existing global health information, (evidence and knowledge)
<b>3.5.7</b>	Storage and diffusion of information, (evidence and knowledge)
<b>3.5.8</b>	Research (Generation of information, evidence and knowledge)
<b>3.5.9</b>	Use of information, (evidence and knowledge)
<b>3.5.10</b>	Leverage information and communication technologies
<b>3.5.11</b>	Endnotes: sources, methods, abbreviations, etc.

## References

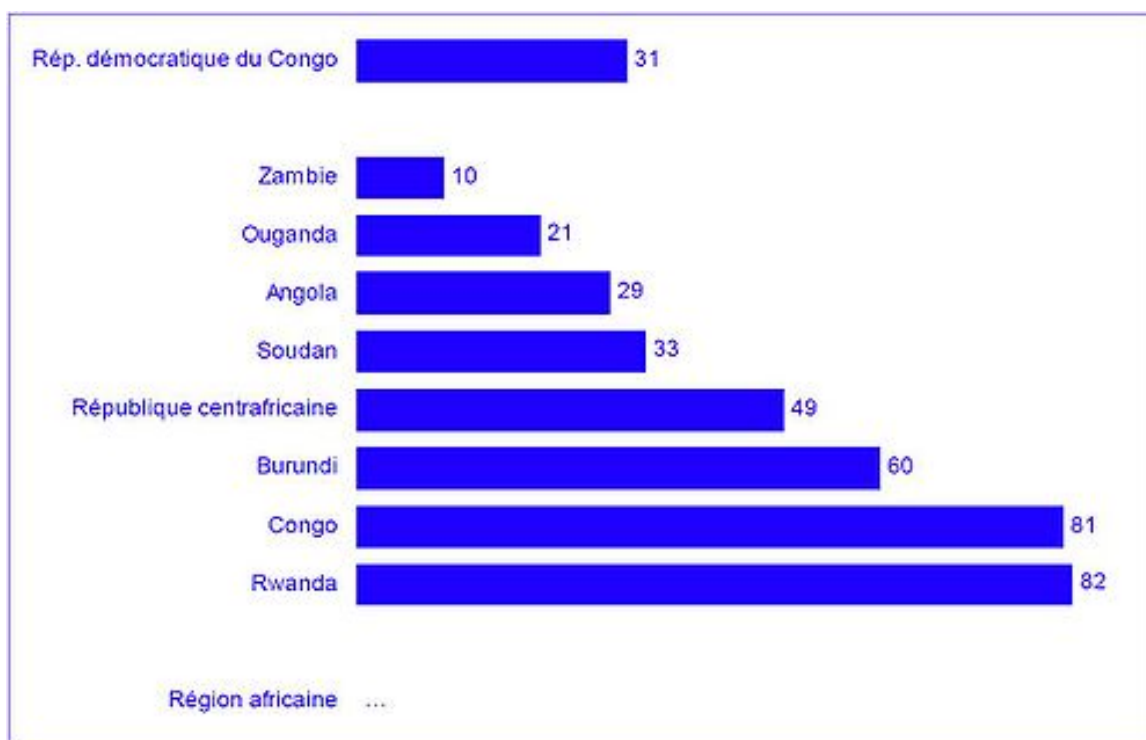
- [1] Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action (pdf 843.33kb). Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf))
- [2] Framework and standards for country health information systems, 2nd ed. (pdf 1.87Mb). Geneva, World Health Organization, 2008 ([http://www.afro.who.int/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=6233](http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=6233))

# Democratic Republic of the Congo:Analytical summary - Health information, research, evidence and knowledge

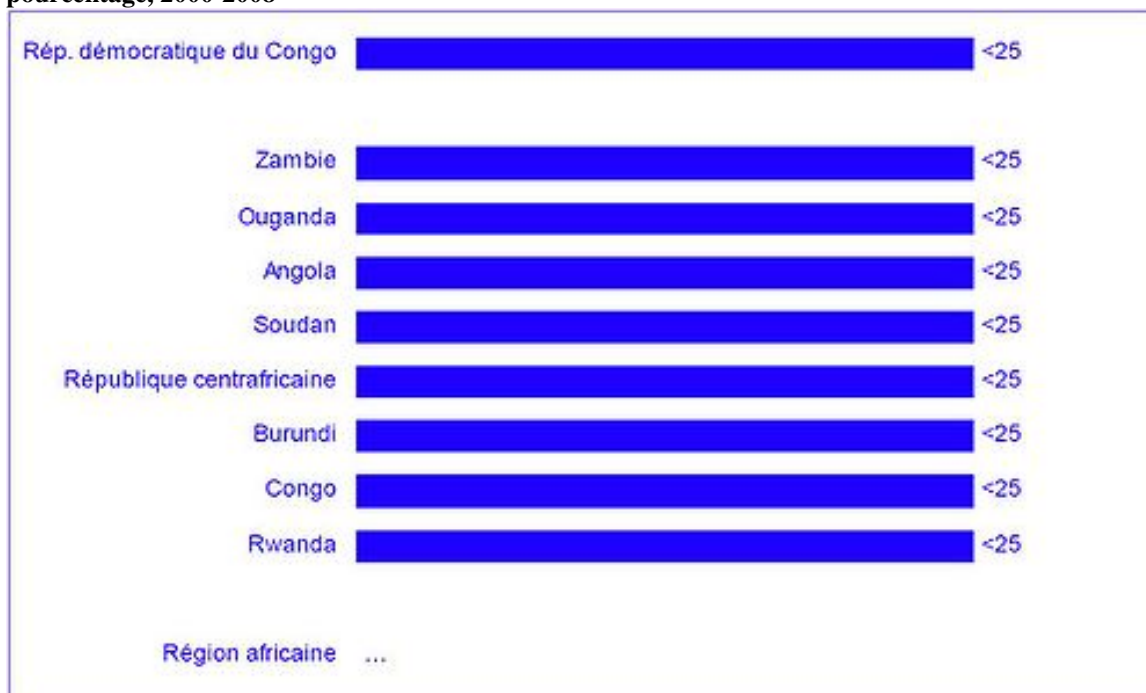
---

*The English content will be available soon.*

**Couverture des enregistrements des faits d'état civil (naissances) en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2000-2008**



**Couverture des enregistrements des faits d'état civil (décès) en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2000-2008**



...: Données indisponibles

# Democratic Republic of the Congo: Availability of IT solutions

---

*The English content will be available soon.*

---

## Observatoire Mondial de la Santé “La cyber santé pour la santé maternelle et infantile” Enquête 2013 de l’OMS: Profil pays

### 1. Politique et stratégie nationales en matière de cyber santé

Le pays ne dispose pas encore d’une stratégie en matière de cyber santé. Il n’existe pas des fonds spécifiques affectés à la cyber santé.

### 2. Systèmes de cyber santé

Le pays ne dispose pas d’un système électronique d’enregistrement des naissances et des décès. L’enregistrement reste manuel mais il est prévu de collecter ces informations dans le nouveau logiciel (DHIS2). Le pays dispose d’un système national d’information sanitaire (base de données SIMR). Les ressources financières et les dépenses sont suivies à travers les comptes nationaux de la santé par un système informatisé (logiciel SHA 2011).

### 3. Politiques et stratégies pour la santé de la mère et de l’enfant

Le pays dispose d’une stratégie nationale de la santé de la mère et de l’enfant. Notamment le cadre d’accélération des OMD santé. Cette stratégie ne s’appuie sur l’utilisation de la cyber santé.

### 4. Suivi de la santé de la mère et de l’enfant

Tous les indicateurs liés à la santé de la mère et l’enfant ne sont pas répertoriés et suivis sous format papier et électronique.

### 5. Initiatives de cyber santé pour la mère et l’enfant

Il n’existe pas des initiatives de cyber santé pour la santé de la mère et de l’enfant bien identifiées.

### 6. Obstacles à la mise en œuvre des services de cyber santé

Les principaux obstacles n’ont pas été communiqués.

### 7. Bases de connaissances /cyber santé pour la sante de la mère et de l’enfant

Le pays n’a pas répondu à cette question

### 8. Formations en Tic au profit des étudiants en science de la santé

Le pays n’a pas répondu à cette question.

### 9. Formation continue en TIC au profit des professionnels de la santé

Le pays n’a pas répondu à cette question.

### 10. Qualité de l’information sanitaire dans Internet

Le pays n’a pas répondu à cette question.

### 11. Sécurité en ligne pour la protection des enfants

Le pays n'a pas répondu à cette question.

## 12. Confidentialité des données personnelles médicales

Le pays n'a pas répondu à cette question.

## 13. Réseaux sociaux et santé mère et enfant

Le pays n'a pas répondu à cette question.

# Democratic Republic of the Congo: Health financing system

A good health financing system raises adequate funds for health, in ways that ensure people can use needed services and are protected from financial catastrophe or impoverishment associated with having to pay for them.<sup>[1]</sup> Health financing systems that achieve universal coverage in this way also encourage the provision and use of an effective and efficient mix of personal and non-personal services.

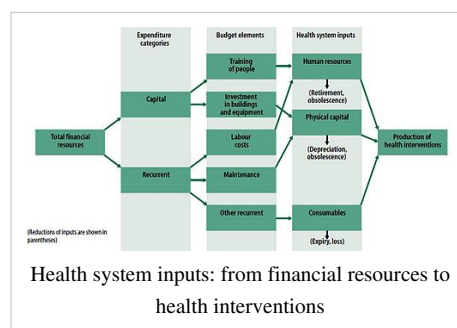
Three interrelated functions are involved in order to achieve this:

- the collection of revenues from households, companies or external agencies;
- the pooling of prepaid revenues in ways that allow risks to be shared – including decisions on benefit coverage and entitlement; and purchasing;
- the process by which interventions are selected and services are paid for or providers are paid.

The interaction between all three functions determines the effectiveness, efficiency and equity of health financing systems.

Like all aspects of health system strengthening, changes in health financing must be tailored to the history, institutions and traditions of each country. Most systems involve a mix of public and private financing and public and private provision, and there is no one template for action. However, important principles to guide any country's approach to financing include:

- raising additional funds where health needs are high, revenues insufficient and where accountability mechanisms can ensure transparent and effective use of resources;
- reducing reliance on out-of-pocket payments where they are high, by moving towards prepayment systems involving pooling of financial risks across population groups (taxation and the various forms of health insurance are all forms of prepayment);
- taking additional steps, where needed, to improve social protection by ensuring the poor and other vulnerable groups have access to needed services, and that paying for care does not result in financial catastrophe;
- improving efficiency of resource use by focusing on the appropriate mix of activities and interventions to fund and inputs to purchase;
- aligning provider payment methods with organizational arrangements for service providers and other incentives for efficient service provision and use, including contracting;
- strengthening financial and other relationships with the private sector and addressing fragmentation of financing arrangements for different types of services;
- promoting transparency and accountability in health financing systems;
- improving generation of information on the health financing system and its policy use.



This section of the health system profile is structured as follows:

- 3.6.1 Analytical summary
- 3.6.2 Organization of health financing
  - 3.6.2.1 Organizational chart and funding flows
  - 3.6.2.2 Specific regulatory framework
- 3.6.3 Health expenditures patterns, trends and funding flows
  - 3.6.3.1 Trends in health expenditures
  - 3.6.3.2 Allocation of health expenditures to main health programmes
  - 3.6.3.3 Allocation of health expenditures to main inputs
- 3.6.4 Funding sources
  - 3.6.4.1 Out-of-pocket payments
  - 3.6.4.2 Health financing for the most vulnerable
  - 3.6.4.3 Voluntary health insurance
  - 3.6.4.4 Government funding
  - 3.6.4.5 External sources of funds
  - 3.6.4.6 Parallel health systems
- 3.6.5 Pooling of funds
- 3.6.6 Institutional arrangements and purchaser provider relations
- 3.6.7 Payment mechanisms
- 3.6.8 Priorities and ways forward

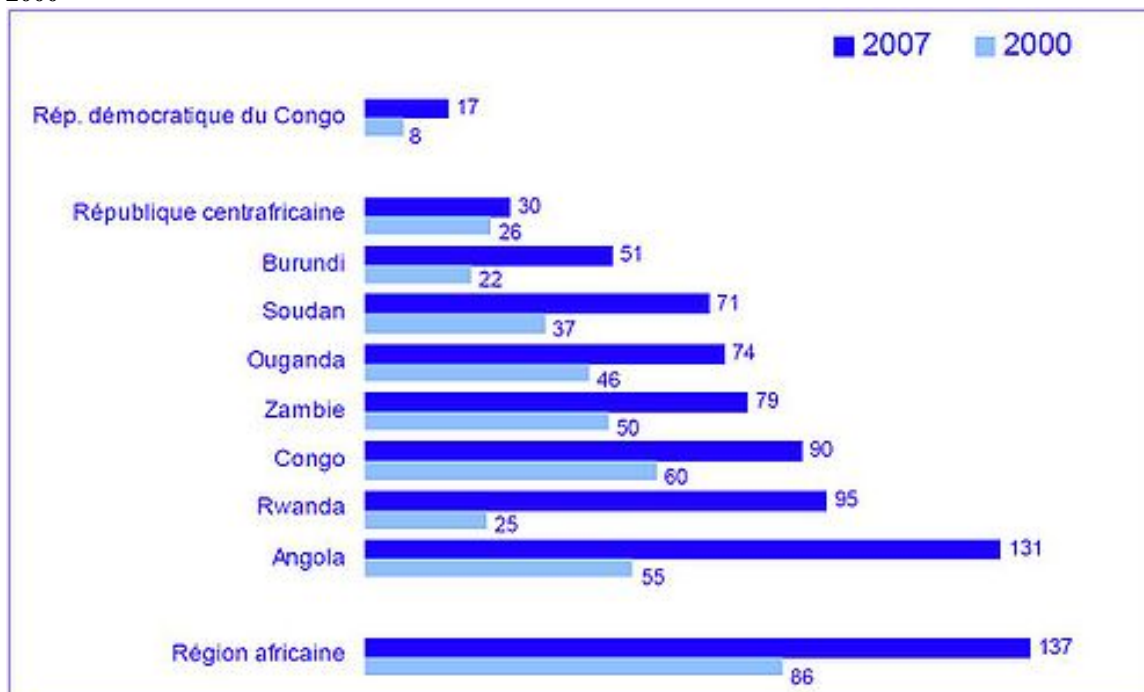
## References

- [1] Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action (pdf 843.33kb). Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf))

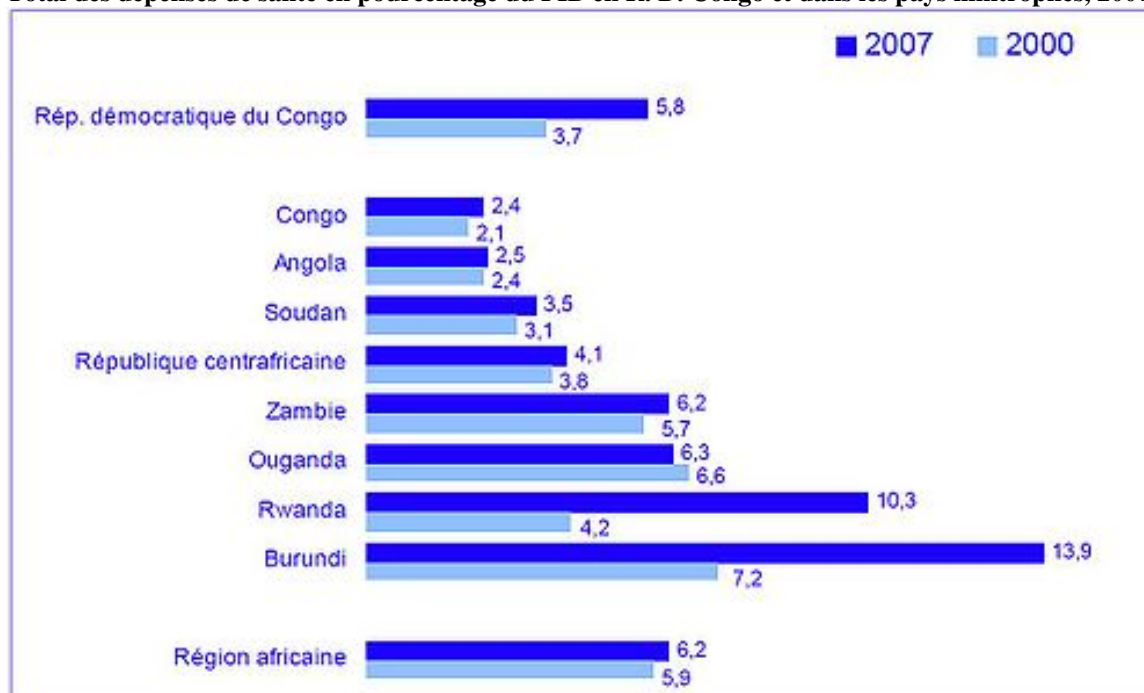
# Democratic Republic of the Congo: Analytical summary - Health financing system

The English content will be available soon.

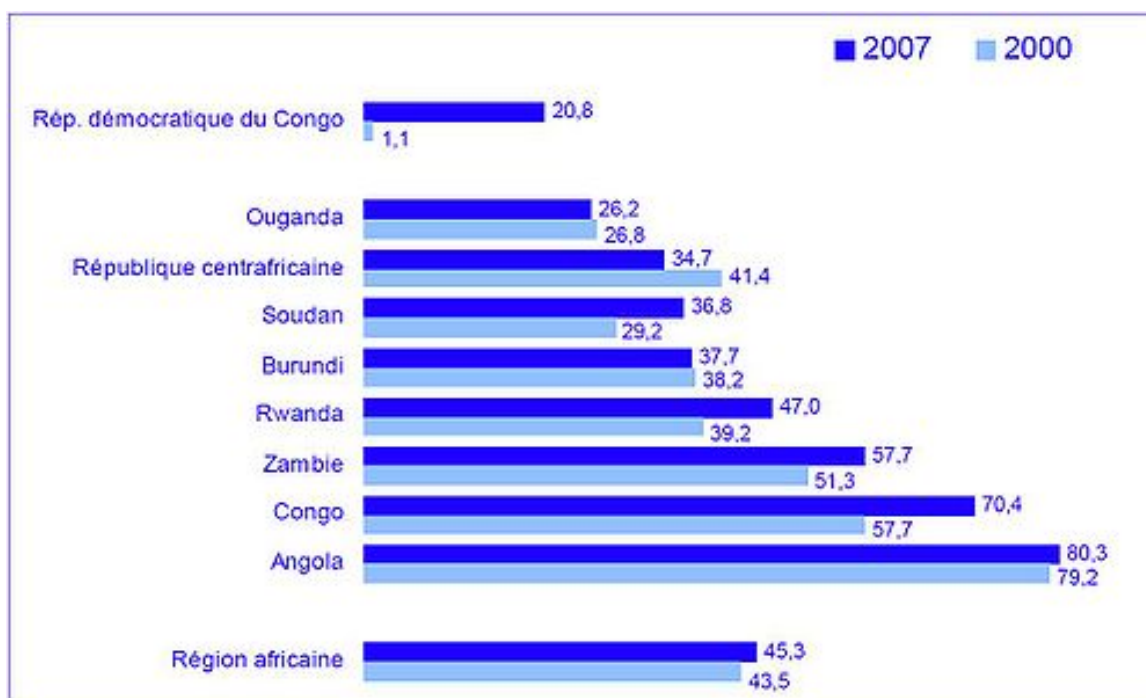
Dépenses publiques de santé par habitant (PPA int. \$) en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2007 et 2000



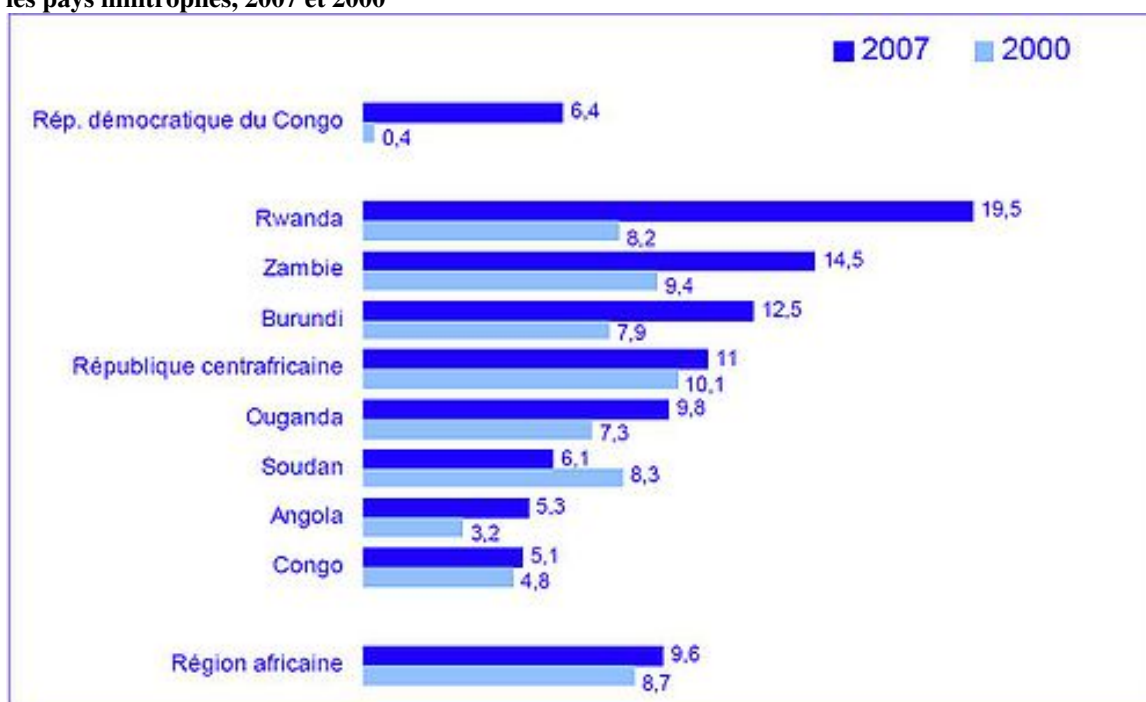
Total des dépenses de santé en pourcentage du PIB en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2007 et 2000



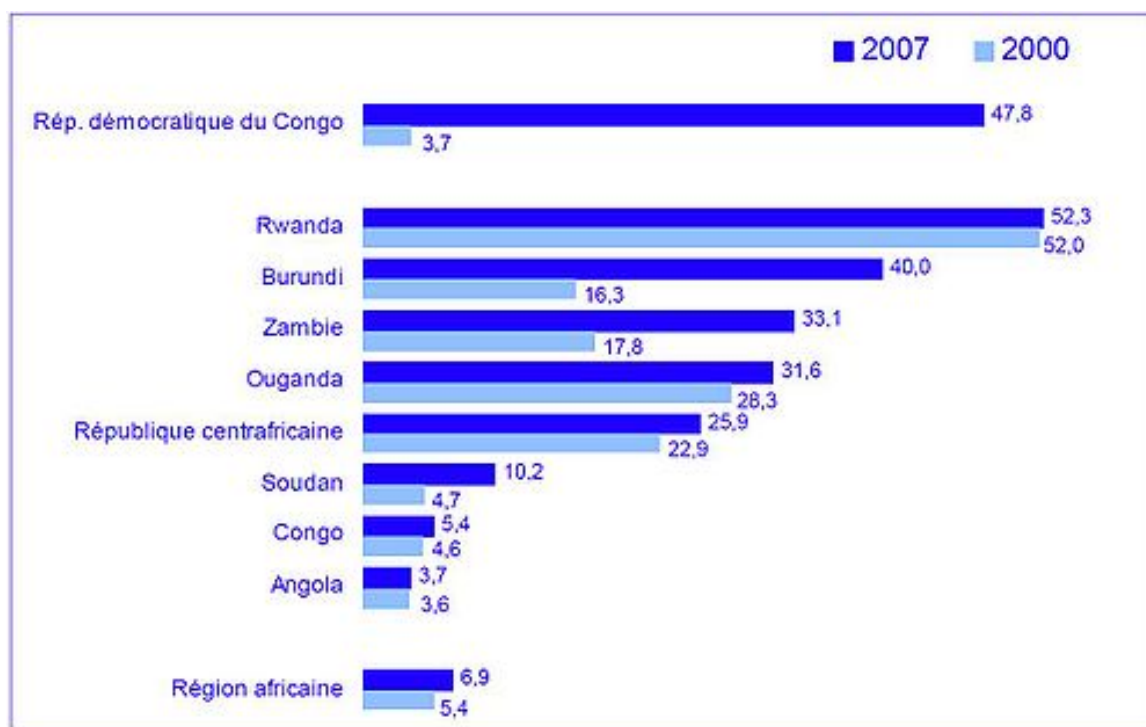
Dépenses publiques de santé en pourcentage du total des dépenses de santé en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2007 et 2000



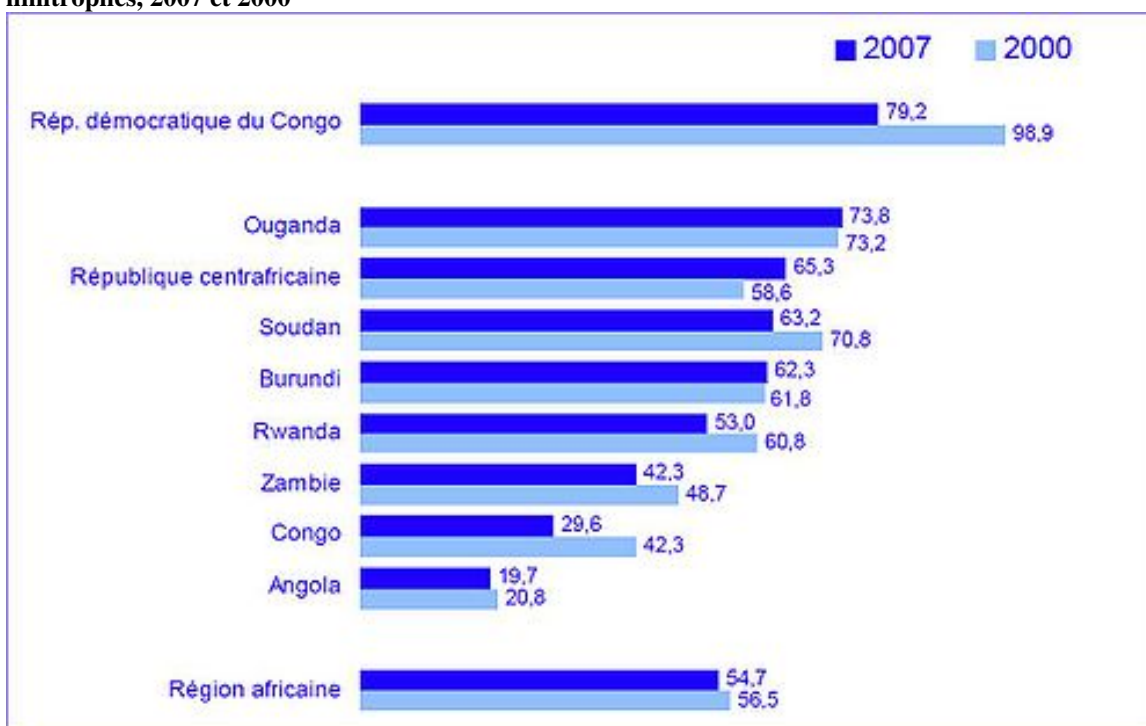
Dépenses publiques de santé en pourcentage du total des dépenses publiques de santé en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2007 et 2000



Ressources extérieures en pourcentage du total des dépenses de santé en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2007 et 2000

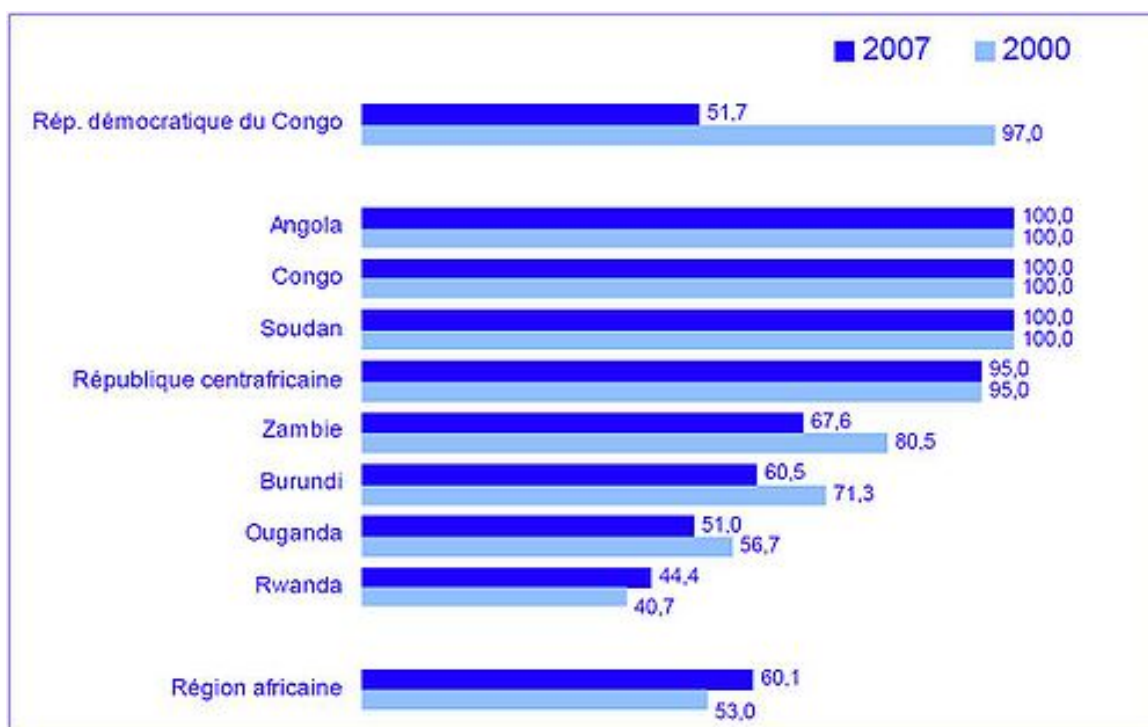


Dépenses privées de santé en pourcentage du total des dépenses de santé en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2007 et 2000



Paiements directs en pourcentage des dépenses privées de santé en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2007 et 2000





Total des dépenses de santé par habitant (PPA \$ int.) en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2007 et 2000



# Democratic Republic of the Congo:Service delivery - The Health System

In any health system, good health services are those that deliver effective, safe, good-quality personal and non-personal care to those that need it, when needed, with minimum waste. Services – be they prevention, treatment or rehabilitation – may be delivered in the home, the community, the workplace or in health facilities.<sup>[1]</sup>

Although there are no universal models for good service delivery, there are some well-established requirements. Effective provision requires trained staff working with the right medicines and equipment, and with adequate financing. Success also requires an organizational environment that provides the right incentives to providers and users. The service delivery building block is concerned with how inputs and services are organized and managed, to ensure access, quality, safety and continuity of care across health conditions, across different locations and over time.

Attention should be given to the following:

- *Demand for services.* Raising demand, appropriately, requires understanding the user's perspective, raising public knowledge and reducing barriers to care – cultural, social, financial or gender barriers.
- *Package of integrated services.* This should be based on a picture of population health needs; of barriers to the equitable expansion of access to services; and available resources such as money, staff, medicines and supplies.
- *Organization of the provider network.* This means considering the whole network of providers, private as well as public; the package of services (personal, non-personal); whether there is oversupply or undersupply; functioning referral systems; the responsibilities of and linkages between different levels and types of provider, including hospitals.
- *Management.* Whatever the unit of management (programme, facility, district, etc.) any autonomy, which can encourage innovation, must be balanced by policy and programme consistency and accountability. Supervision and other performance incentives are also key.
- *Infrastructure and logistics.* This includes buildings, their plant and equipment; utilities such as power and water supply; waste management; and transport and communication. It also involves investment decisions, with issues of specification, price and procurement and considering the implications of investment in facilities, transport or technologies for recurrent costs, staffing levels, skill needs and maintenance systems.

This section of the health system profile is structured as follows:

### 3.7.1 Analytical summary

### 3.7.2 Organization and management of health services

#### 3.7.2.1 Overview of the organization and management of health services delivery

#### 3.7.2.2 Specific regulatory framework

### 3.7.3 Package of services

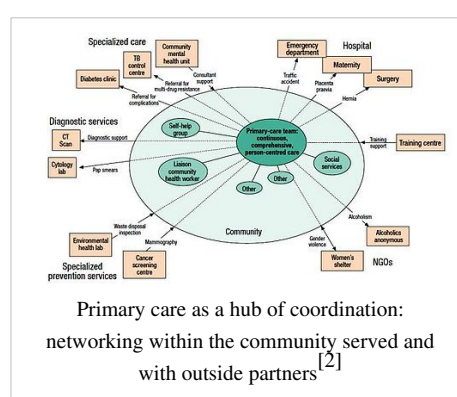
#### 3.7.3.1 Elaboration process of packages of services

#### 3.7.3.2 Primary care services

#### 3.7.3.3 Secondary and tertiary care services

#### 3.7.3.4 Long-term and chronic health care services

#### 3.7.3.5 Health care for specific populations



3.7.3.6 Dental health services

3.7.3.7 Rehabilitation services

3.7.3.8 Mental health services

3.7.3.9 Other specialized services

3.7.4 Public and private health care providers

3.7.5 Person-centredness and characteristics of primary health care services

3.7.6 Shadow practices

3.7.7 Quality of health services

3.7.8 Priorities and ways forward

[1] Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action (pdf 843.33kb). Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf))

[2] Framework and standards for country health information systems, 2nd ed (pdf 1.87Mb). Geneva, World Health Organization and Health Metrics Network, 2008 ([http://www.afro.who.int/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=6233](http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=6233))

## Democratic Republic of the Congo:Health workforce - The Health System

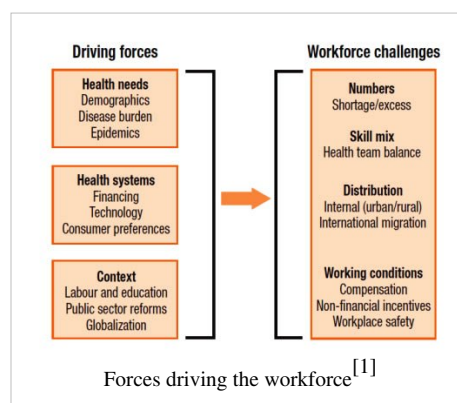
Health workers are all people engaged in actions whose primary intent is to protect and improve health. A country's health workforce consists broadly of health service providers and health management and support workers. This includes:

- private as well as public sector health workers
- unpaid and paid workers
- lay and professional cadres.

Overall, there is a strong positive correlation between health workforce density and service coverage and health outcomes.

A "well-performing" health workforce is one that is available, competent, responsive and productive. To achieve this, actions are needed to manage dynamic labour markets that address entry into and exits from the health workforce, and improve the distribution and performance of existing health workers. These actions address the following:

- How countries plan and, if needed, scale-up their workforce asking questions that include: What strategic information is required to monitor the availability, distribution and performance of health workers? What are the regulatory mechanisms needed to maintain quality of education/training and practice? In countries with critical shortages of health workers, how can they scale-up numbers and skills of health workers in ways that are relatively rapid and sustainable? Which stakeholders and sectors need to be engaged (e.g. training institutions, professional groups, civil service commissions, finance ministries)?
- How countries design training programmes so that they facilitate integration across service delivery and disease control programmes.
- How countries finance scaling-up of education programmes and of numbers of health workers in a realistic and sustainable manner and in different contexts.



- How countries organize their health workers for effective service delivery, at different levels of the system (primary, secondary, tertiary), and monitor and improve their performance.
- How countries retain an effective workforce, within dynamic local and international labour markets.

This section of the health system profile is structured as follows:

#### 3.8.1 Analytical summary

#### 3.8.2 Organization and management of human resources for health

##### 3.8.2.1 Overview of the organization and management of human resources for health

##### 3.8.2.2 Specific regulatory framework

#### 3.8.3 Modes of remuneration

##### 3.8.3.1 Salaries and other financial rewards

##### 3.8.3.2 Performance appraisal and non-financial incentive schemes

##### 3.8.3.3 Problems and negotiation around remuneration issues

#### 3.8.4 Stock and distribution of human resources for health

##### 3.8.4.1 Numbers and distribution of health workers

##### 3.8.4.2 Specific stock and distribution information

##### 3.8.4.3 Estimated unemployment rates among health care professionals

#### 3.8.5 Education and training

##### 3.8.5.1 Training courses

##### 3.8.5.2 Educational institutions by type of training programmes

##### 3.8.5.3 Number of graduates

##### 3.8.5.4 Standards setting for professionals and educational institutions

#### 3.8.6 Planning for human resources for health

##### 3.8.6.1 Doctors and health professionals career path

##### 3.8.6.2 Migration of health workers

#### 3.8.7 Priorities and ways forward

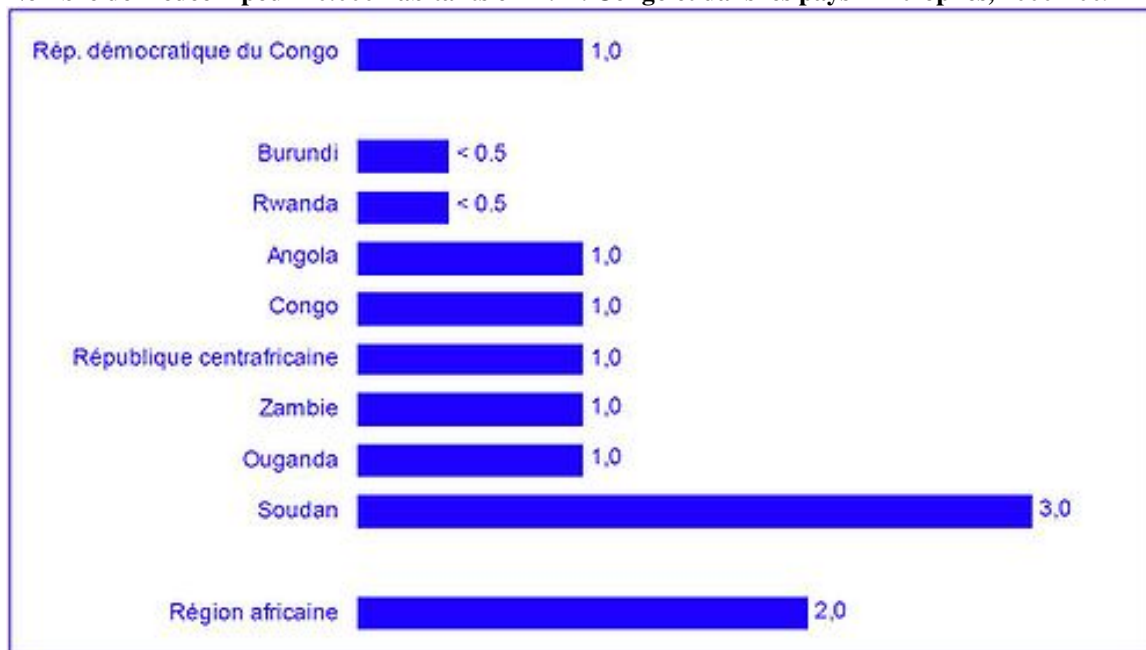
## References

- [1] The world health report 2006: working together for health (7.11Mb). Geneva, World Health Organization, 2008 ([http://www.who.int/whr/2006/whr06\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf))

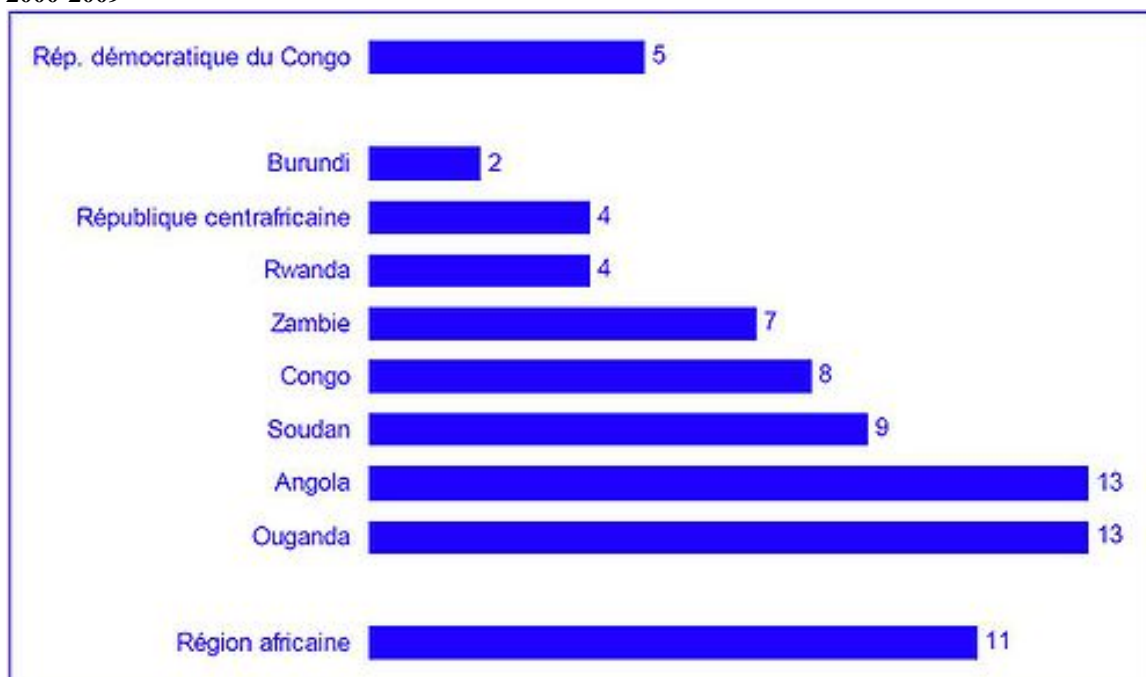
# Democratic Republic of the Congo: Analytical summary - Health workforce

*The English content will be available soon.*

## Nombre de médecin pour 10.000 habitants en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2000-2009



## Nombre d'infirmier et sage-femme pour 10.000 habitants en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2000-2009

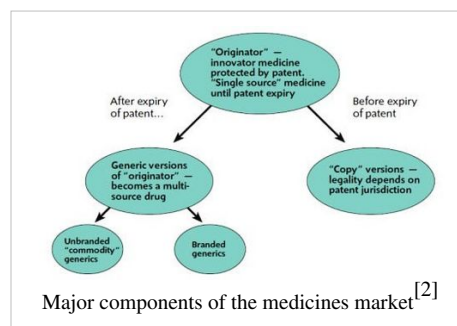


# Democratic Republic of the Congo: Medical products, vaccines, infrastructures and equipment

A well-functioning health system ensures equitable access to essential medical products, vaccines and technologies of assured quality, safety, efficacy and cost effectiveness, and their scientifically sound and cost-effective use.<sup>[1]</sup>

To achieve these objectives, the following are required:

- national policies, standards, guidelines and regulations that support policy;
- information on prices, international trade agreements and capacity to set and negotiate prices;
- reliable manufacturing practices and quality assessment of priority products;
- procurement, supply, storage and distribution systems that minimize leakage and other waste;
- support for rational use of essential medicines, commodities and equipment, through guidelines, strategies to assure adherence, reduce resistance, maximize patient safety and training.



Major components of the medicines market are shown in the figure.

This section of the health system profile is structured as follows:

## 3.9.1 Analytical summary

### 3.9.2 Medical products

#### 3.9.2.1 Organization and management of pharmaceuticals

#### 3.9.2.2 Regulation, quality and safety of the pharmaceutical sector

#### 3.9.2.3 Drug procurement system

#### 3.9.2.4 Rational use of medicines

### 3.9.3 Vaccines

#### 3.9.3.1 Organization and management of vaccines

#### 3.9.3.2 Vaccines procurement system

#### 3.9.3.3 Cold chain and other quality issues

### 3.9.4 Infrastructures and equipment

#### 3.9.4.1 Organization and management of infrastructures and equipment

#### 3.9.4.2 Health infrastructures

#### 3.9.4.3 Medical equipment, devices and aids

#### 3.9.4.4 Information technology

#### 3.9.4.5 Maintenance policy and other quality issues

### 3.9.5 Clinical biology

#### 3.9.5.1 Organization and management of clinical biology

#### 3.9.5.2 Procurement system of clinical biology inputs

#### 3.9.5.3 Maintenance of clinical biology equipment

#### 3.9.5.4 Quality control of clinical biology equipment

## 3.9.6 Blood

## 3.9.6.1 Organization and management of blood products

## 3.9.6.2 Collection and distribution system of blood products

## 3.9.6.3 Quality and safety of blood products

## 3.9.7 Priorities and ways forward

## 3.9.8 Others

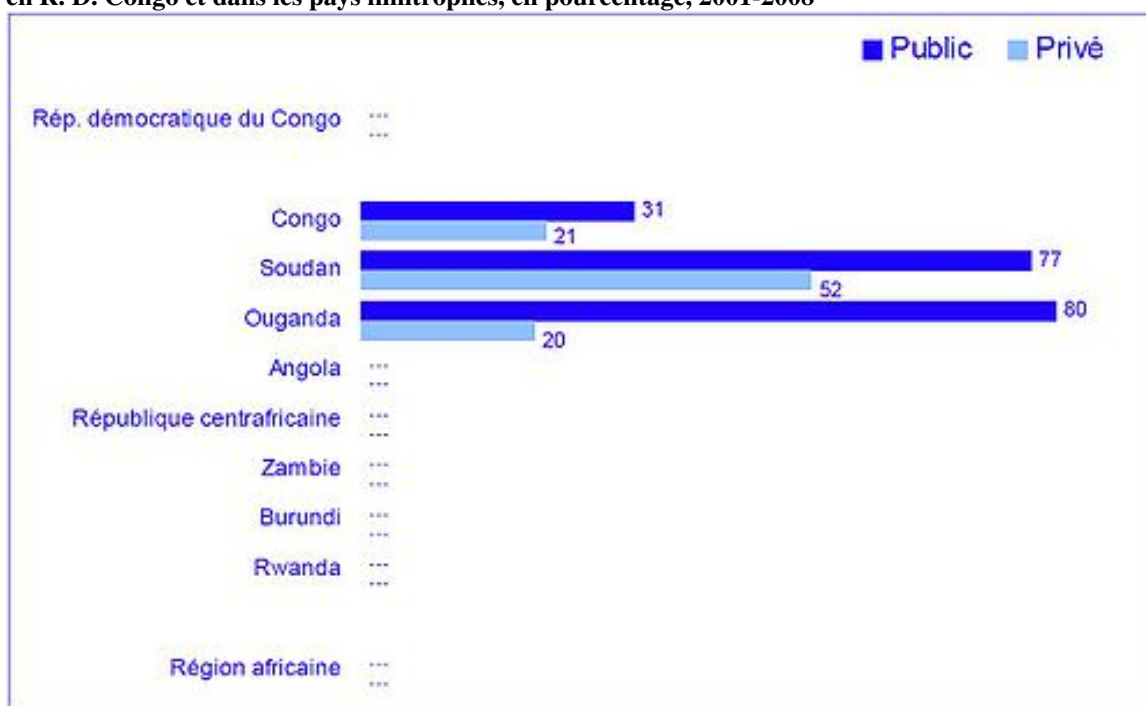
## References

- [1] Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action (pdf 843.33kb). Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf))
- [2] The world medicines situation (pdf 1.03Mb). Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s6160e/s6160e.pdf>)

# Democratic Republic of the Congo: Analytical summary - Medical products, vaccines, infrastructures and equipment

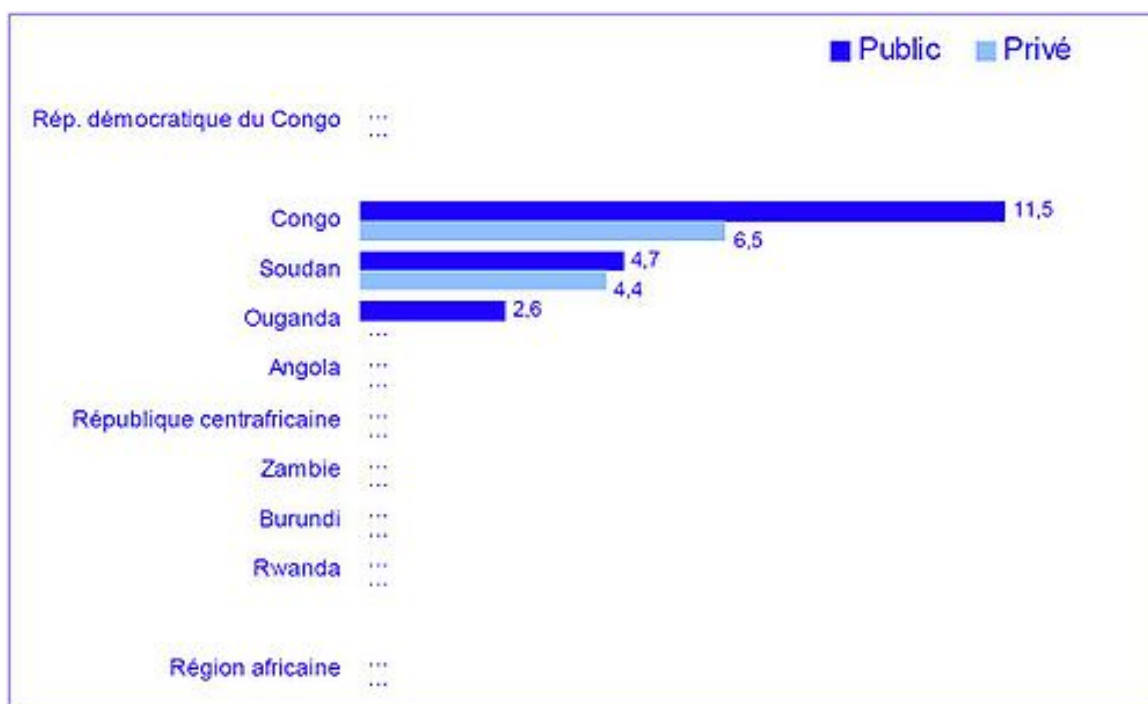
*The English content will be available soon.*

**Disponibilité médiane d'une sélection de médicaments génériques dans un échantillon de structures de santé en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2001-2008**



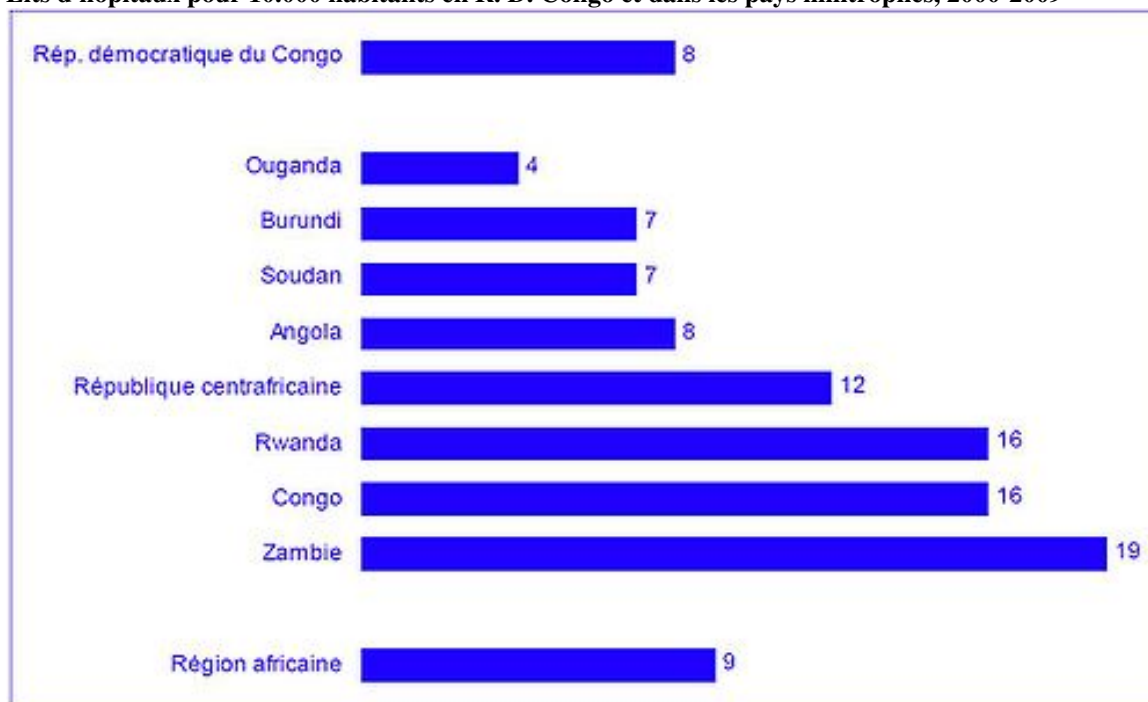
...: Données indisponibles

**Ratio du prix médian pour le consommateur d'une sélection de médicaments génériques (ratio du prix median local par rapport à un prix de reference internationale) en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2001 - 2008**



...: Données indisponibles

#### Lits d'hôpitaux pour 10.000 habitants en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2000-2009





# Democratic Republic of the Congo:General country health policies

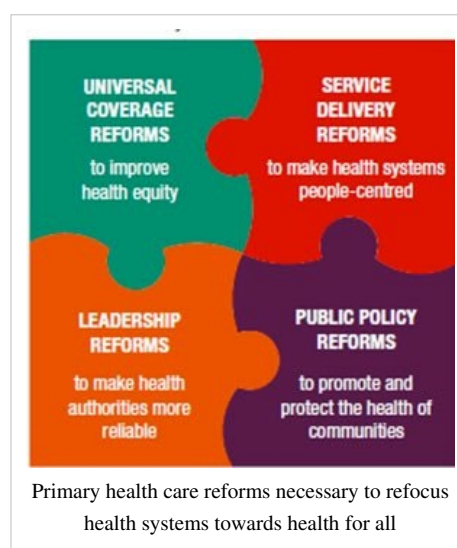
Public policies in the health sector, together with those in other sectors, have a huge potential to secure the health of communities.<sup>[1]</sup> They represent an important complement to universal coverage and service delivery reforms. Unfortunately, in most societies, this potential is largely untapped and failure to effectively engage other sectors is widespread. Looking ahead at the diverse range of challenges associated with the growing importance of ageing, urbanization and the social determinants of health, there is, without question, a need for a greater capacity to seize this potential. That is why a drive for better public policies forms a third pillar supporting the move towards primary health care, along with universal coverage and primary care (see figure).

The following policies must be in place:

- *Systems policies* – the arrangements that are needed across health systems' building blocks to support universal coverage and effective service delivery. These are the health systems policies (related to essential drugs, technology, quality control, human resources, accreditation, etc.) on which primary care and universal coverage reforms depend.
- *Public health policies* – the specific actions needed to address priority health problems through cross-cutting prevention and health promotion. Without effective public health policies that address priority health problems, primary care and universal coverage reforms would be hindered. These encompass the technical policies and programmes that provide guidance to primary care teams on how to deal with priority health problems. They also encompass the classical public health interventions from public hygiene and disease prevention to health promotion.
- *Policies in other sectors* – contributions to health that can be made through intersectoral collaboration. These policies, which are of critical concern, are known as "health in all policies", based on the recognition that a population's health can be improved through policies that are mainly controlled by sectors other than health. The health content of school curricula, industry's policy towards gender equality, or the safety of food and consumer goods are all issues that can profoundly influence or even determine the health of entire communities and that can cut across national boundaries. It is not possible to address such issues without intensive intersectoral collaboration that gives due weight to health in all policies.

This section of the health system profile is structured as follows:

- 3.10.1 Analytical summary
- 3.10.2 Overview of major policy reforms
- 3.10.3 Public health policies
- 3.10.4 Health system policies
- 3.10.5 Policies in other sectors and intersectoral policies
- 3.10.6 Priorities and ways forward



## References

- [1] Systems thinking for health systems strengthening (pdf 1.54Mb). Geneva, World Health Organization, 2009 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563895\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563895_eng.pdf))

# Democratic Republic of the Congo: Universal coverage

People expect their health systems to be equitable. The roots of health inequities lie in social conditions outside the health system's direct control. These root causes have to be tackled through intersectoral and cross-government action. At the same time, the health sector can take significant action to advance health equity internally. The basis for this is the set of reforms that aims at moving towards universal coverage, i.e. towards universal access to health services with social health protection. Health inequities also find their roots in the way health systems exclude people, such as inequities in availability, access, quality and burden of payment, and even in the way clinical practice is conducted.

The fundamental step a country can take to promote health equity is to move towards universal coverage: universal access to the full range of personal and non-personal health services required, with social health protection. The technical challenge of moving towards universal coverage is to expand coverage in three ways (see figure):

- *The breadth of coverage* – the proportion of the population that enjoys social health protection – must expand progressively to encompass the uninsured, i.e. the population groups that lack access to services and/or social protection against the financial consequences of taking up health care.
- *The depth of coverage* must also grow, expanding the range of essential services that is necessary to address people's health needs effectively, taking into account demand and expectations, and the resources society is willing and able to allocate to health. The determination of the corresponding "essential package" of benefits can play a key role here, provided the process is conducted appropriately.
- *The height of coverage*, i.e. the portion of health care costs covered through pooling and prepayment mechanisms, must also rise, diminishing reliance on out-of-pocket copayment at the point of service delivery. Prepayment and pooling institutionalizes solidarity between the rich and the less well-off, and between the healthy and the sick. It lifts barriers to the uptake of services and reduces the risk that people will incur catastrophic expenses when they are sick. Finally, it provides the means to reinvest in the availability, range and quality of services.

This section of the health system profile is structured as follows:

### 3.11.1 Analytical summary

### 3.11.2 Organizational framework of universal coverage

#### 3.11.2.1 Overview of main actors and arrangements related to universal coverage

#### 3.11.2.2 Specific regulatory framework

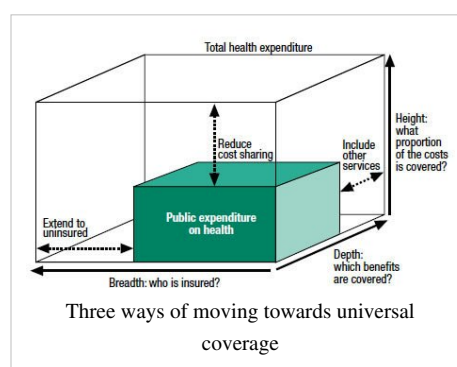
### 3.11.3 Health mapping and geographical coverage

### 3.11.4 Health financing strategy towards universal coverage

#### 3.11.4.1 Breadth – extending the target population

#### 3.11.4.2 Depth – expanding the package of services

#### 3.11.4.3 Height – reinforcing protection against financial risk



3.11.4.4 Transversal challenges of universal health financing

3.11.5 Other initiatives towards universal coverage

3.11.6 Barriers on access to health services

---

# Specific Programmes and Services

---

## Democratic Republic of the Congo: Specific Programmes and Services

---

The specific programmes and services represent principally the major disease and services vertical programmes that are developed to some extent out of the regular system. These programmes and services include HIV/AIDS, malaria, tuberculosis, immunization and vaccines development, child and adolescent health, maternal and newborn health, gender and women's health, epidemic and pandemic-prone diseases, neglected tropical diseases, and noncommunicable diseases and conditions.

This section describes the specific programmes and services in the WHO African Region and is structured as follows:

- 4.1 HIV/AIDS
- 4.2 Tuberculosis
- 4.3 Malaria
- 4.4 Immunization and vaccines development
- 4.5 Child and adolescent health
- 4.6 Maternal and newborn health
- 4.7 Gender and women's health (including sexual and reproductive health)
- 4.8 Epidemic and pandemic-prone diseases
- 4.9 Neglected tropical diseases
- 4.10 Noncommunicable diseases and conditions

# Democratic Republic of the Congo:HIV/AIDS

---

This analytical profile on HIV/AIDS is structured as follows:

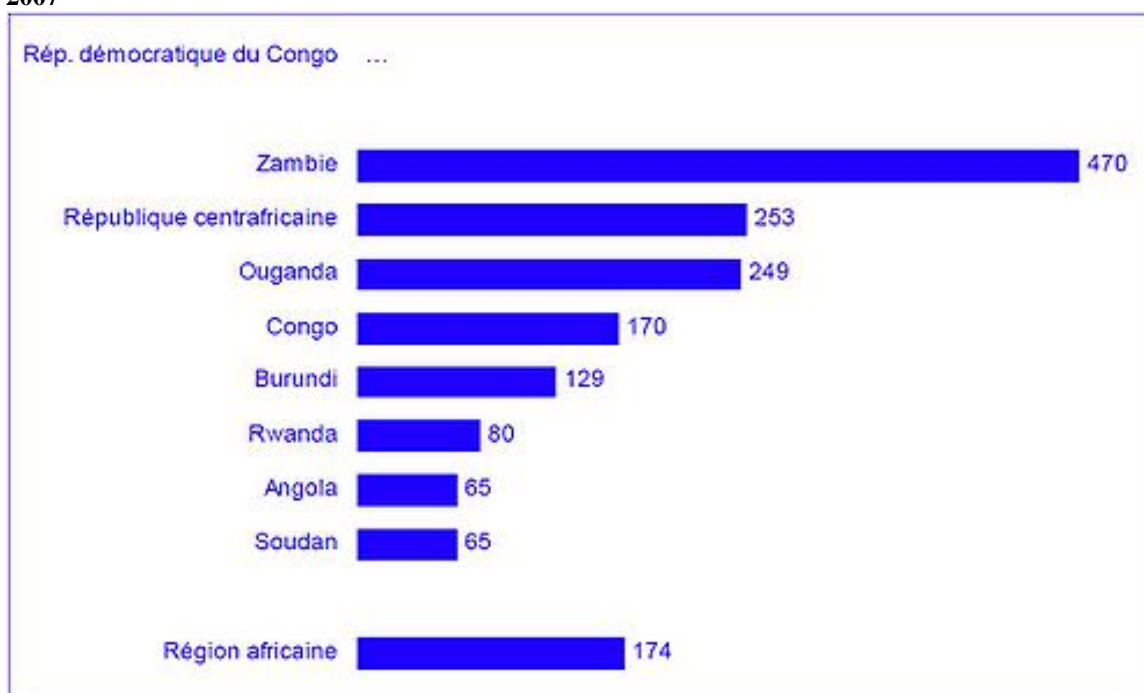
- 4.1.1 Analytical summary
- 4.1.2 Disease burden
- 4.1.3 National commitment and action
- 4.1.4 Programme areas
  - 4.1.4.1 Health systems
  - 4.1.4.2 Blood safety
  - 4.1.4.3 Antiretroviral therapy
  - 4.1.4.4 Prevention of mother-to-child transmission
  - 4.1.4.5 Comanagement of tuberculosis and HIV treatment
  - 4.1.4.6 HIV testing and counselling
  - 4.1.4.7 Prevention of HIV in health care setting
  - 4.1.4.8 Services for orphans and vulnerable children, and education
- 4.1.5 Knowledge and behaviour
- 4.1.6 State of surveillance

## Democratic Republic of the Congo:Analytical summary - HIV/AIDS

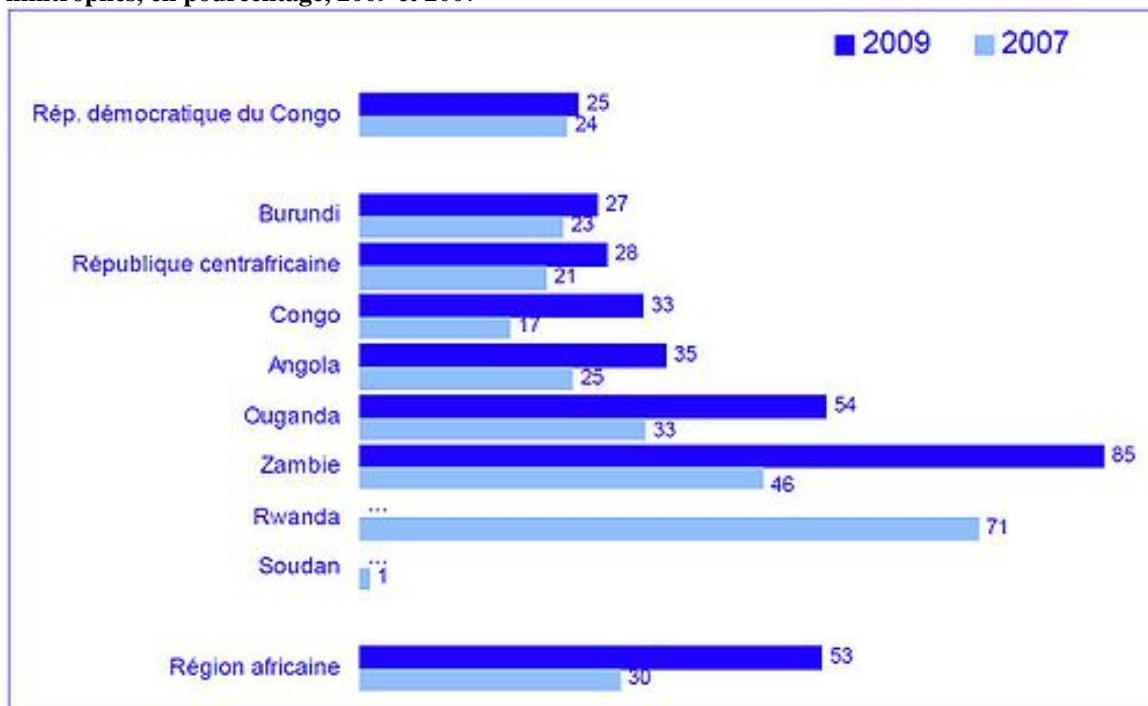
---

*The English content will be available soon.*

**Taux de mortalité due au VIH/SIDA (pour 100.000 habitants) en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2007**

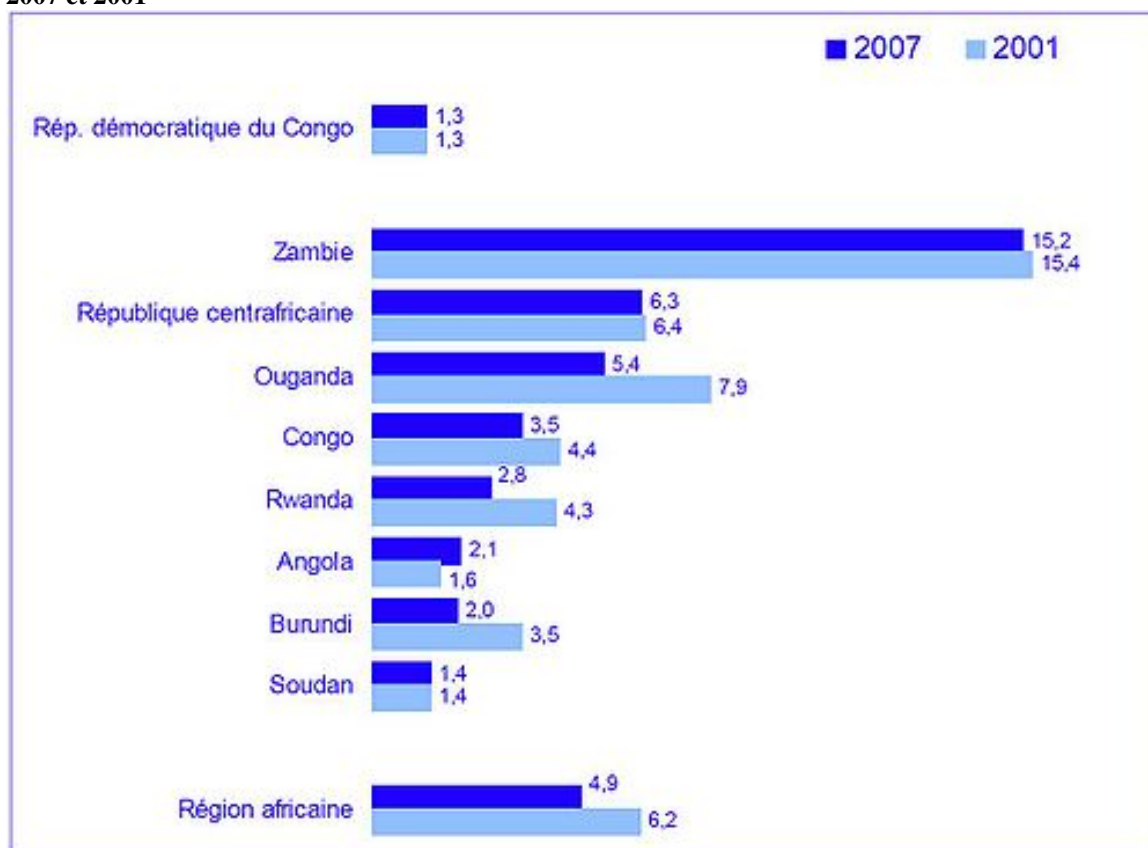


**Personnes vivant avec le VIH/SIDA recevant un traitement antirétroviral en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2009 et 2007**

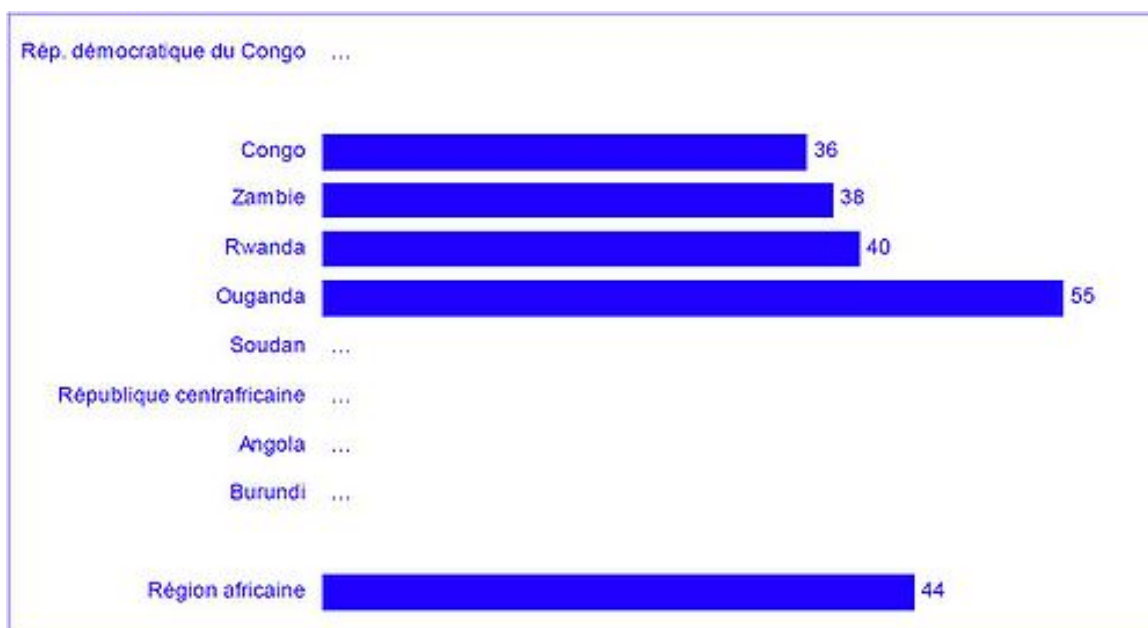


...: Données indisponibles

**Personnes âgées de 15-49 ans vivant avec le VIH en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2007 et 2001**

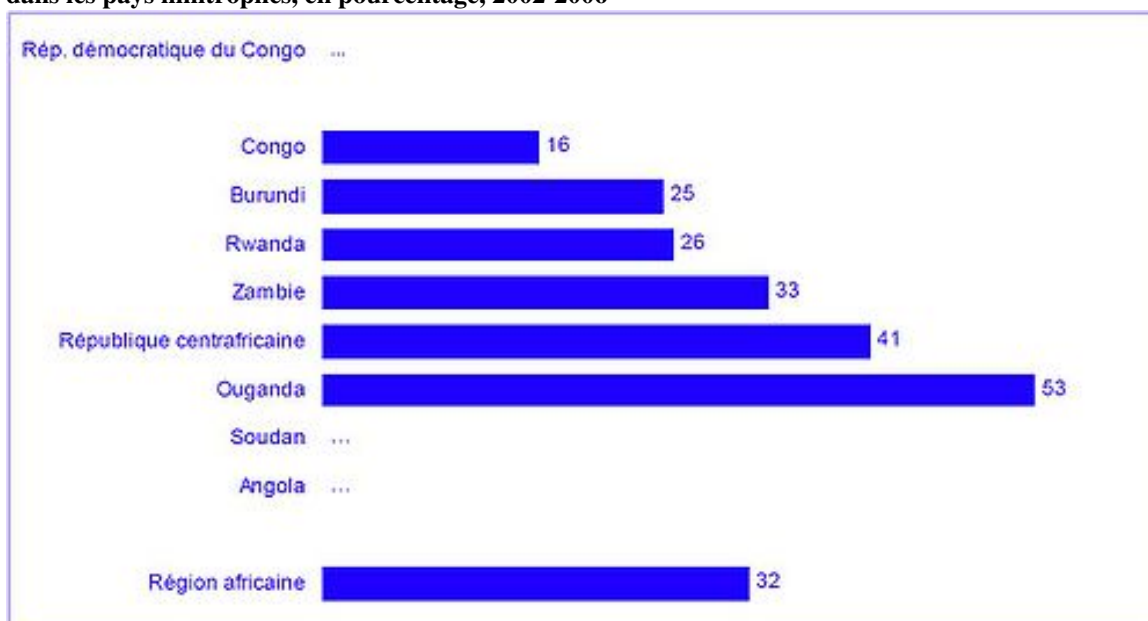


**Hommes de 15 à 24 ans utilisant un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque, en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2002-2006**



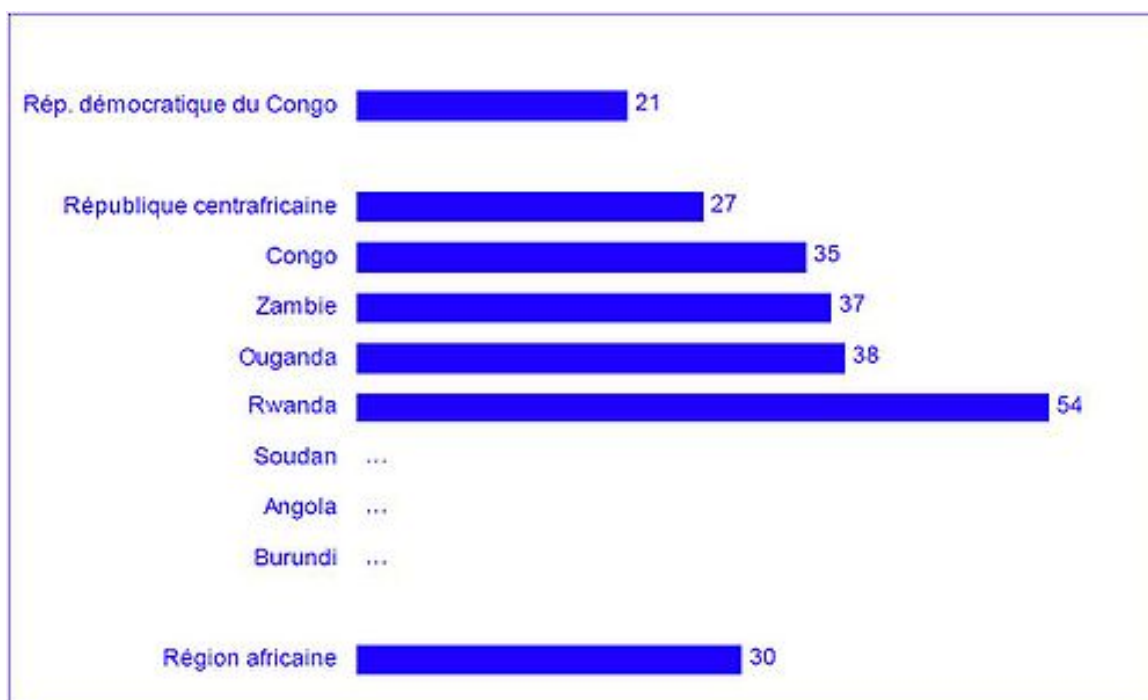
Source: United Nations Statistical Division-MDG database-Accessed 10 June 2010

**Femmes de 15 à 24 ans utilisant un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque, en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2002-2006**



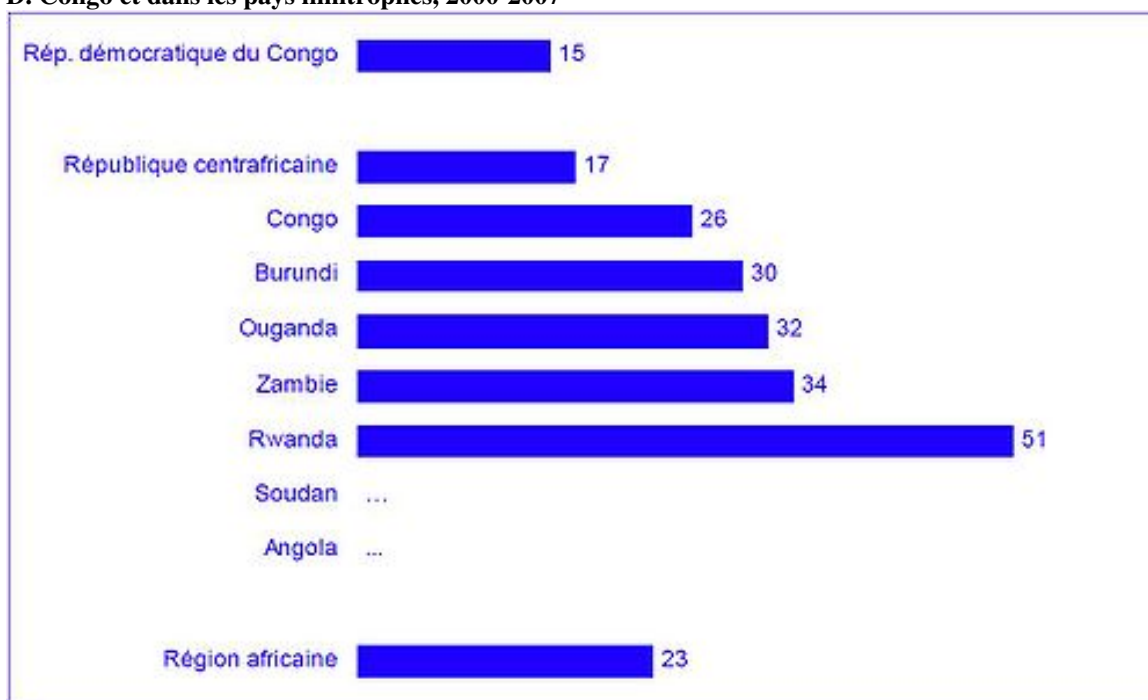
Source: United Nations Statistical Division-MDG database-Accessed 10 June 2010

**Proportion des hommes âgés de 15 à 24 ans ayant une connaissance générale et correcte du VIH/SIDA en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2000-2007**



...: Données indisponibles Source: United Nations Statistical Division-MDG database-Accessed 10 June 2010

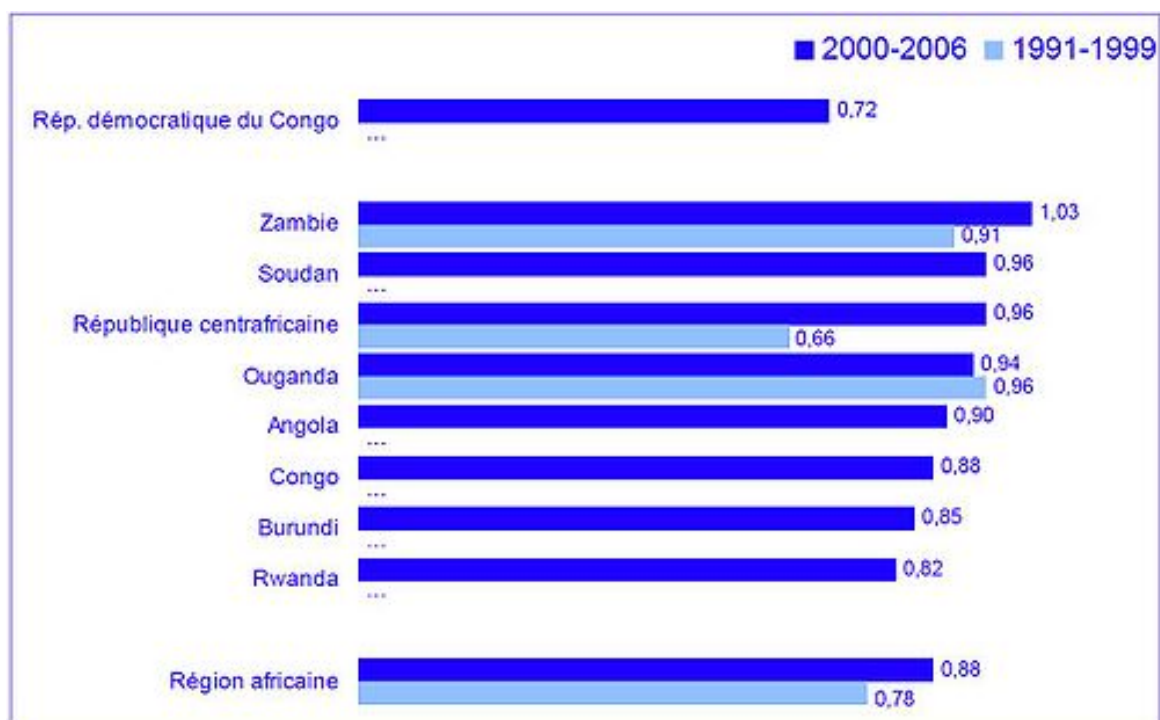
#### Proportion des femmes âgées de 15 à 24 ans ayant une connaissance générale et correcte du VIH/SIDA en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2000-2007



Source: United Nations Statistical Division-MDG database-Accessed 10 June 2010

#### Ratio de scolarisation des orphelins par rapport aux non-orphelins en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2000-2006 et 1991-1999





...: Données indisponibles Source: United Nations Statistical Division-MDG database-Accessed 10 June 2010

## Democratic Republic of the Congo: Tuberculosis

This analytical profile on tuberculosis is structured as follows:

- 4.2.1 Analytical summary
- 4.2.2 Disease burden
- 4.2.3 DOTS expansion and enhancement
- 4.2.4 MDR, TB/HIV and other challenges
- 4.2.5 Contributing to health systems strengthening
- 4.2.6 Engaging all care providers
- 4.2.7 Empowering people with TB, and communities
- 4.2.8 State of surveillance
- 4.2.9 Enabling and promoting research

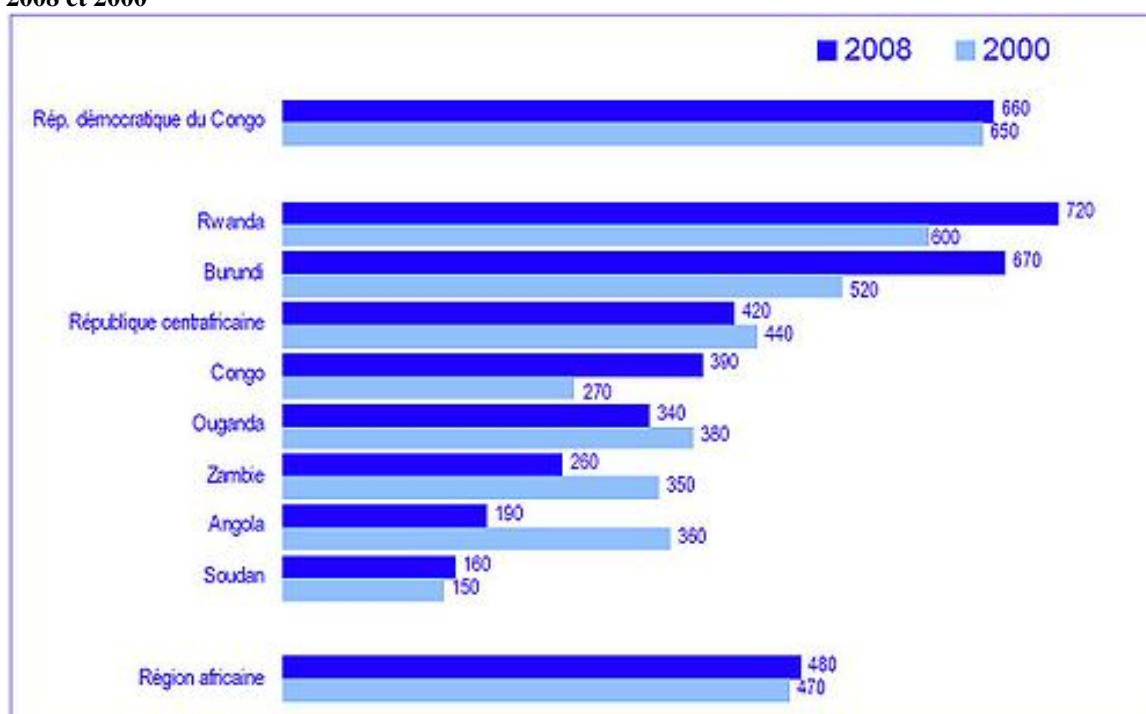
# Democratic Republic of the Congo: Analytical summary - Tuberculosis

The English content will be available soon.

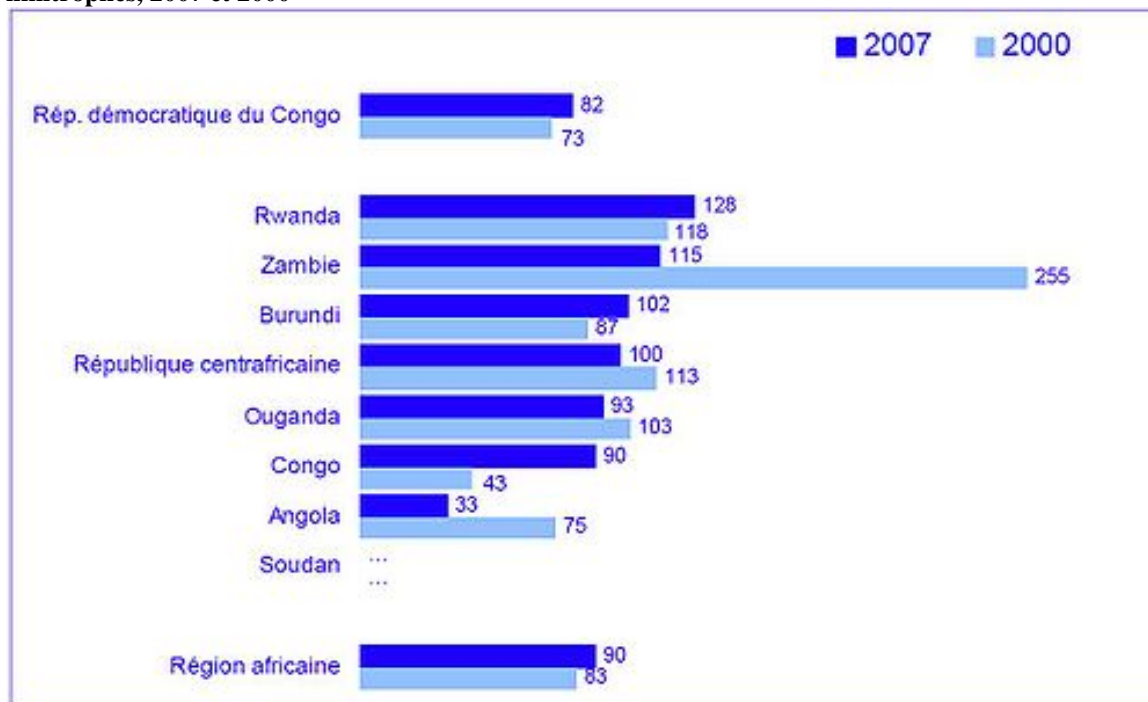
Taux d'incidence de la tuberculose pour 100.000 habitants par année en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2008 et 2000



Prévalence de la tuberculose pour 100.000 habitants par année en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2008 et 2000



### Taux de mortalité due à la tuberculose (pour 100.000 habitants par année) en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2007 et 2000



Source: United Nations Statistical Division-MDG database-Accessed 10 June 2010

### Taux de détection de la tuberculose sous stratégie DOTS en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2007 et 2000



...: Données indisponibles Source: United Nations Statistical Division-MDG database-Accessed 10 June 2010

# Democratic Republic of the Congo:Malaria

---

This analytical profile on malaria is structured as follows:

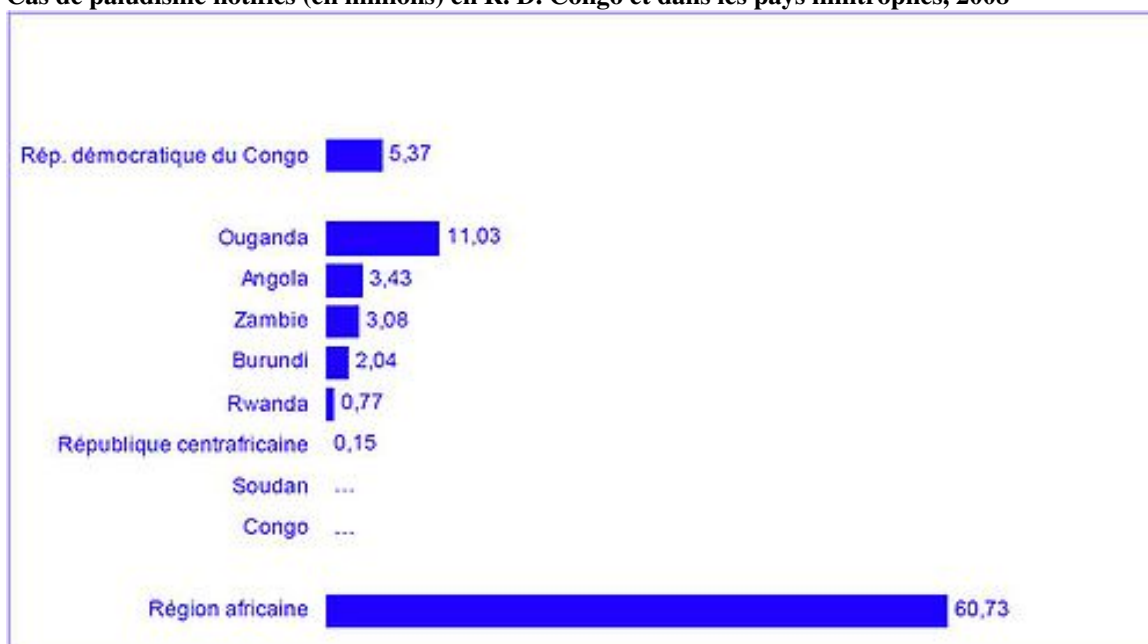
- 4.3.1 Analytical summary
- 4.3.2 Disease burden
- 4.3.3 Intervention policies and strategies
- 4.3.4 Implementing malaria control
- 4.3.5 Financing malaria control
- 4.3.6 State of surveillance
- 4.3.7 Impact of malaria control interventions

## Democratic Republic of the Congo:Analytical summary - Malaria

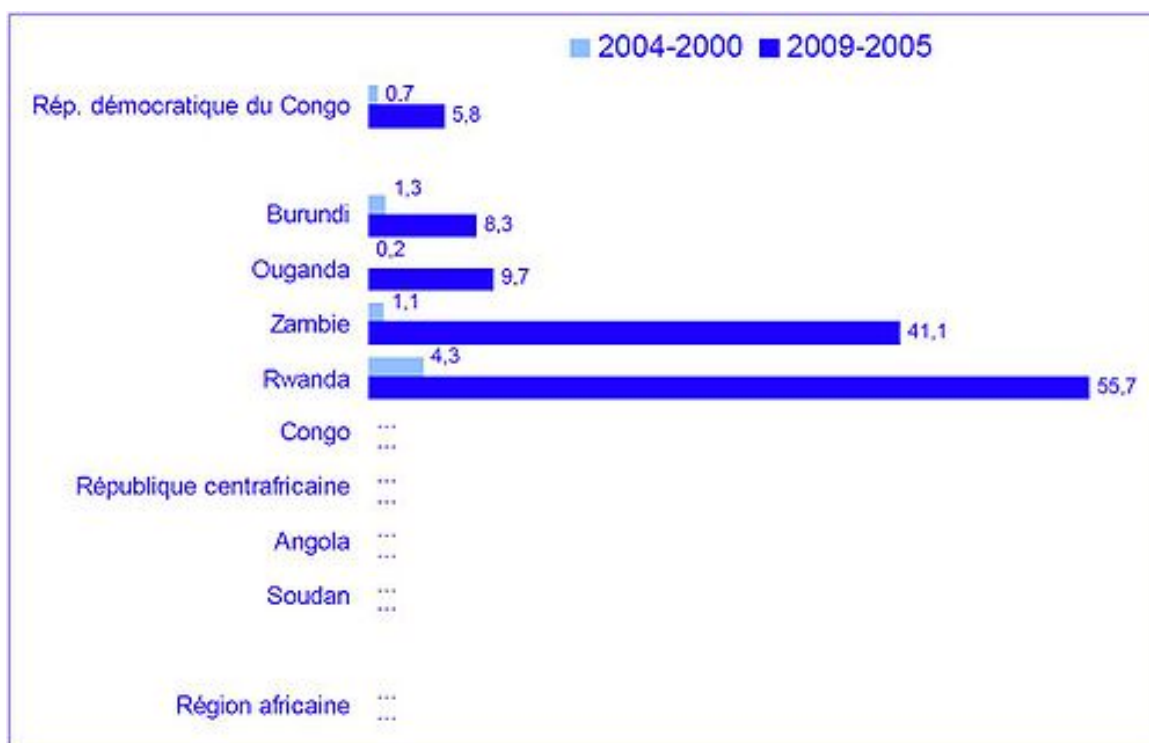
---

*The English content will be available soon.*

**Cas de paludisme notifiés (en millions) en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2008**

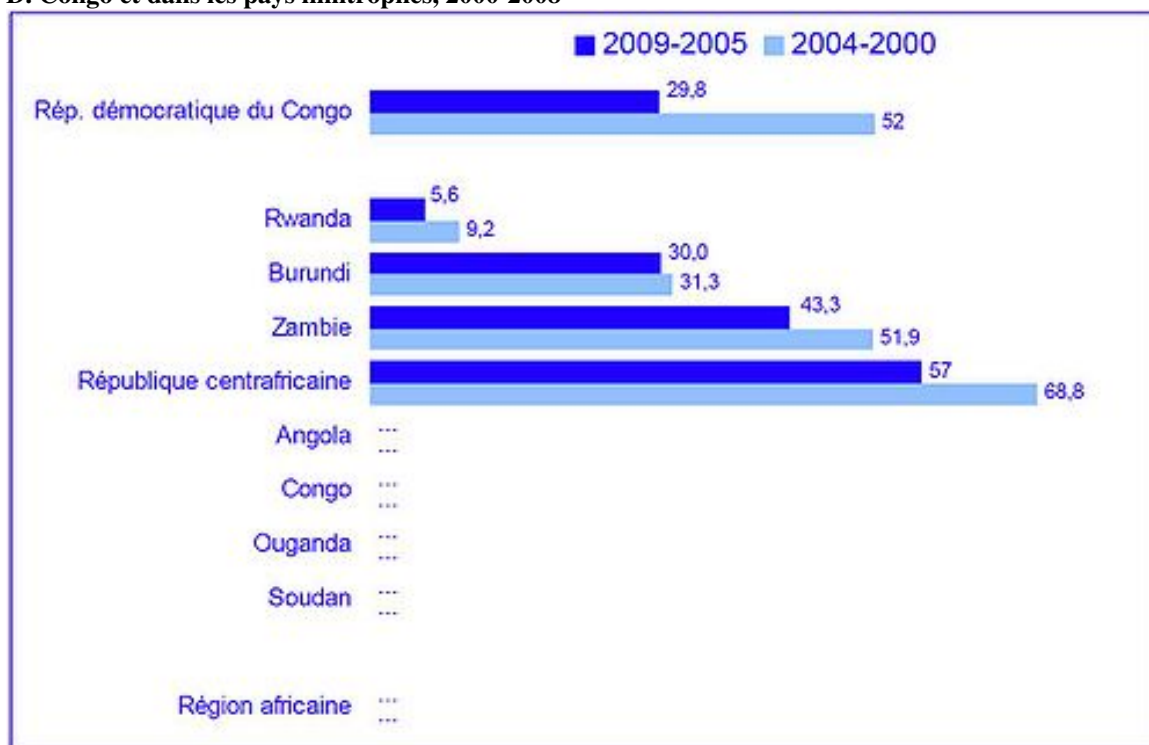


**Enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2009-2005 et 2004-2000**



...: Données indisponibles

**Proportion d'enfants de moins de 5 ans fébriles et ayant reçu un traitement antipaludique quelconque en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2000-2008**



# Democratic Republic of the Congo:Immunization and vaccines development

---

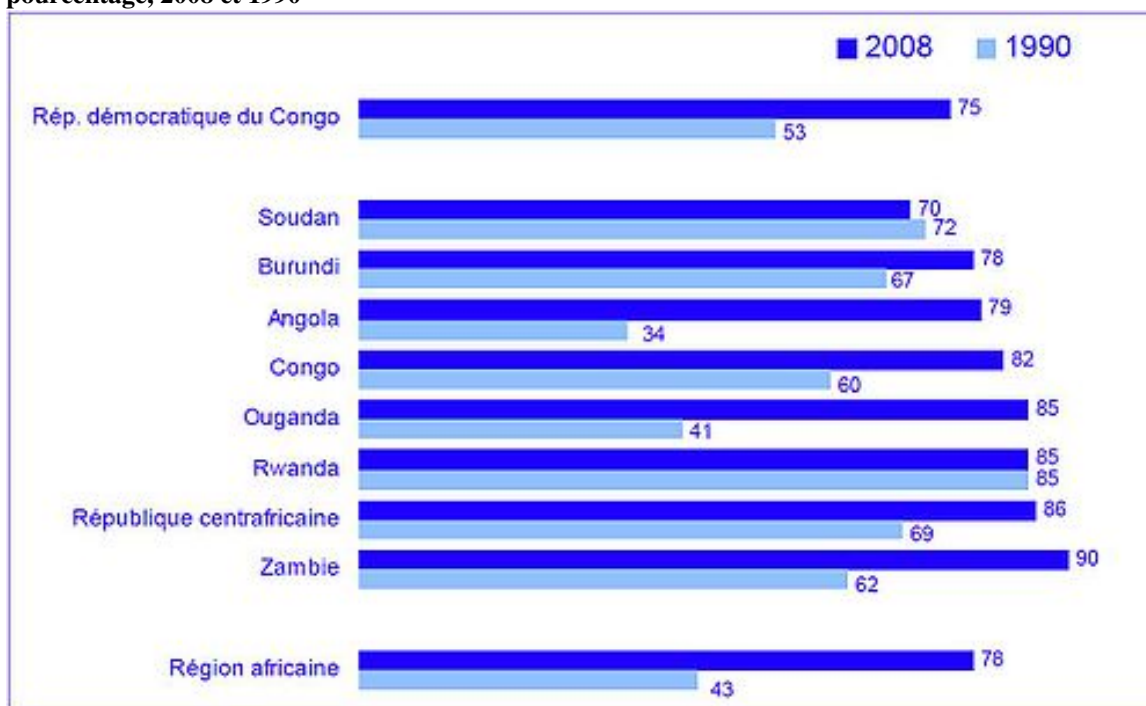
This analytical profile on immunization and vaccine development is structured as follows:

- 4.4.1 Analytical summary
  - 4.4.2 Disease burden
  - 4.4.3 Immunization schedule
  - 4.4.4 Percentage of target population vaccinated, by antigen
  - 4.4.5 Programme components
    - 4.4.5.1 Immunization systems strengthening
    - 4.4.5.2 Maternal and neonatal tetanus elimination
    - 4.4.5.3 Measles pre-elimination
    - 4.4.5.4 Meningococcal A meningitis elimination
    - 4.4.5.5 New and underutilized vaccines introduction
    - 4.4.5.6 Polio eradication
    - 4.4.5.7 Routine immunization
    - 4.4.5.8 Sentinel surveillance
    - 4.4.5.9 Paediatric bacterial meningitis and rotavirus
    - 4.4.5.10 Vaccine research and development
    - 4.4.5.11 Yellow fever control
-

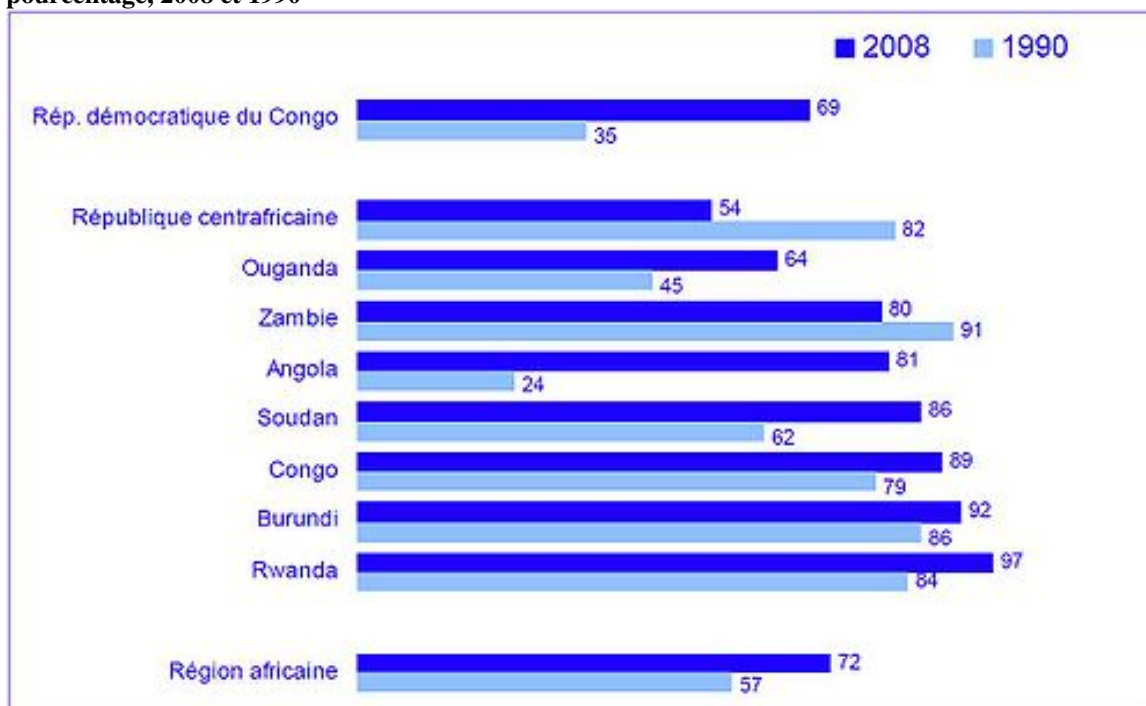
# Democratic Republic of the Congo: Analytical summary - Immunization and vaccines development

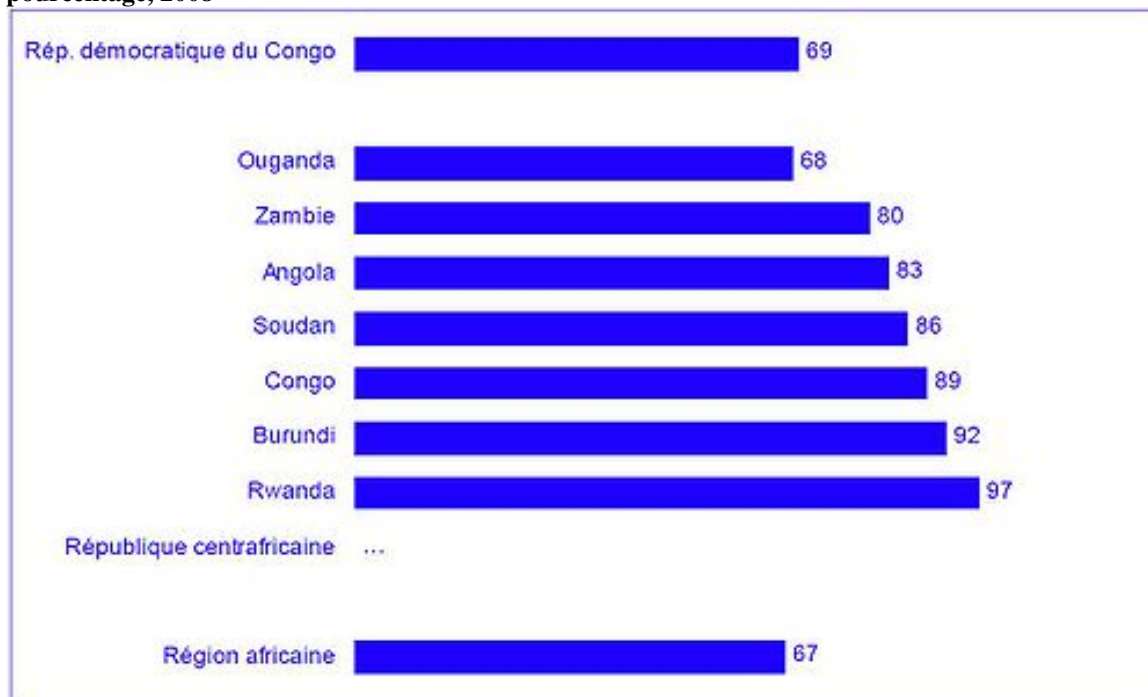
The English content will be available soon.

Nouveau-nés protégés à la naissance contre le tétanos néonatal en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2008 et 1990



Couverture vaccinale DTC3 chez les enfants âgés d'un an en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2008 et 1990



**Couverture vaccinale HepB3 chez les enfants âgés d'un an en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2008**

...: Données indisponibles

## Democratic Republic of the Congo: Child and adolescent health

This analytical profile on child and adolescent health is structured as follows:

- 4.5.1 Analytical summary
- 4.5.2 Disease burden
- 4.5.3 Nutrition
- 4.5.4 Intervention coverage
  - 4.5.4.1 Immunization coverage
  - 4.5.4.2 Prevention
  - 4.5.4.3 Newborn health
  - 4.5.4.4 Case management
- 4.5.5 Equity
- 4.5.6 Policies
- 4.5.7 Systems (financial flows and human resources)
- 4.5.8 State of surveillance



# Democratic Republic of the Congo:Maternal and newborn health

---

This analytical profile on maternal and newborn health is structured as follows:

- 4.6.1 Analytical summary
  - 4.6.2 Disease burden
    - 4.6.2.1 Perinatal mortality rate
    - 4.6.2.2 Neonatal and post-neonatal mortality rate
    - 4.6.2.3 HIV in pregnancy
    - 4.6.2.4 Malaria in pregnancy
  - 4.6.3 Risk factors/vulnerability
    - 4.6.3.1 Proportion of rural births
    - 4.6.3.2 Low birth weight
    - 4.6.3.3 Nutrition
    - 4.6.3.4 Fertility
    - 4.6.3.5 Teenage pregnancy
  - 4.6.4 Intervention coverage
    - 4.6.4.1 Family planning
    - 4.6.4.2 Antenatal care
    - 4.6.4.3 Skilled birth attendant at delivery
    - 4.6.4.4 Place of delivery
    - 4.6.4.5 C-section
    - 4.6.4.6 Post-natal care
    - 4.6.4.7 ARV coverage in pregnant women living with HIV
  - 4.6.5 Equity
  - 4.6.6 Policies
  - 4.6.7 Systems (financial flows and human resources)
  - 4.6.8 State of surveillance
-

# Democratic Republic of the Congo:Gender and women's health

---

This analytical profile on gender and women's health is structured as follows:

- 4.7.1 Analytical summary
- 4.7.2 The girl child
- 4.7.3 Adolescent girls
- 4.7.4 Adult women: the reproductive years
- 4.7.5 Adult women
- 4.7.6 Older women
- 4.7.7 State of surveillance

# Democratic Republic of the Congo:Epidemic and pandemic-prone diseases

---

This analytical profile on epidemic and pandemic-prone diseases is structured as follows:

- 4.8.1 Analytical summary
  - 4.8.2 Disease burden
  - 4.8.3 Epidemic alert and verification
  - 4.8.4 Epidemic readiness and intervention
  - 4.8.5 Laboratory and containment
  - 4.8.6 State of integrated disease surveillance
  - 4.8.7 Implementation of International Health Regulations (2005)
-

# Democratic Republic of the Congo:Neglected tropical diseases

---

This analytical profile on neglected tropical diseases is structured as follows:

- 4.9.1 Analytical summary
- 4.9.2 Disease burden
- 4.9.3 Infection/disease endemicity
- 4.9.4 Preventive chemotherapy
- 4.9.5 Disease-specific coverage
  - 4.9.5.1 Buruli ulcer
  - 4.9.5.2 Guinea worm disease
  - 4.9.5.3 Human African trypanosomiasis
  - 4.9.5.4 Leishmaniasis
  - 4.9.5.5 Leprosy
  - 4.9.5.6 Lymphatic filariasis
  - 4.9.5.7 Onchocerciasis
  - 4.9.5.8 Schistosomiasis
  - 4.9.5.9 Soil-transmitted helminthiasis
  - 4.9.5.10 Trachoma
- 4.9.6 State of surveillance

# Democratic Republic of the Congo:Non-communicable diseases and conditions

---

This analytical profile on noncommunicable diseases and conditions is structured as follows:

- 4.10.1 Analytical summary
  - 4.10.2 Disease burden
  - 4.10.3 Cancer prevention and control
  - 4.10.4 Cardiovascular diseases prevention and control
  - 4.10.5 Chronic respiratory diseases prevention and control
  - 4.10.6 Diabetes mellitus control
  - 4.10.7 Oral health and noma
  - 4.10.8 Sickle cell disease and other genetic disorders prevention and control
  - 4.10.9 Mental health
  - 4.10.10 Violence and injuries
  - 4.10.11 Eye and ear health
  - 4.10.12 Disabilities and rehabilitation
  - 4.10.13 State of surveillance
-

---

# Key Determinants

---

## Democratic Republic of the Congo: Key Determinants

---

This analytical profile on key determinants is structured as follows:

### 5.1 Risk factors for health

5.1.2 Alcohol consumption

5.1.3 Drug use

5.1.4 Risk factors for chronic non-communicable diseases

5.1.5 Risky sexual behaviour

5.1.6 Hygiene (students)

5.1.7 State of surveillance

### 5.2 The physical environment

5.2.1 Analytical summary

5.2.2 Vector-borne disease

5.2.3 The urban environment

5.2.4 Indoor air pollution and household energy

5.2.5 Water, sanitation and ecosystems

5.2.6 Climate change

5.2.7 Toxic substances

### 5.3 Food safety and nutrition

5.3.1 Analytical summary

5.3.2 Food safety

5.3.3 Nutrition

5.3.4 State of surveillance

### 5.4 Social determinants

5.4.1 Analytical summary

5.4.2 Demography

5.4.3 Resources and infrastructure

5.4.4 Poverty and income inequality

5.4.5 Gender equity

5.4.6 Education

5.4.7 Global partnerships and financial flows

5.4.8 Science and technology

5.4.9 Emergencies and disasters

5.4.10 Governance

---

# Democratic Republic of the Congo:Risk factors for health

---

This analytical profile on risk factors for health is structured as follows:

- 5.1.1 Analytical summary
- 5.1.2 Alcohol consumption
- 5.1.3 Drug use
- 5.1.4 Risk factors for chronic non-communicable diseases
  - 5.1.4.1 Tobacco use
  - 5.1.4.2 Fruit and vegetable consumption
  - 5.1.4.3 Physical activity
  - 5.1.4.4 Overweight and obesity
  - 5.1.4.5 Blood pressure
  - 5.1.4.6 Blood glucose and cholesterol measurements
  - 5.1.4.7 Summary of combined risk factors
- 5.1.5 Risky sexual behaviour
- 5.1.6 Hygiene (students)
- 5.1.7 State of surveillance

# Democratic Republic of the Congo:The physical environment

---

This analytical profile on the physical environment is structured as follows:

- 5.2.1 Analytical summary
  - 5.2.2 Vector-borne disease
  - 5.2.3 The urban environment
  - 5.2.4 Indoor air pollution and household energy
  - 5.2.5 Water, sanitation and ecosystems
  - 5.2.6 Climate change
  - 5.2.7 Toxic substances
-

# Democratic Republic of the Congo: Food safety and nutrition

---

This analytical profile on food safety and nutrition is structured as follows:

## 5.3.1 Analytical summary

## 5.3.2 Food safety

### 5.3.2.1 Food production and consumption

### 5.3.2.2 Food export trade (Including foods imported for re-export)

### 5.3.2.3 Food import trade

### 5.3.2.4 Food legislation

### 5.3.2.5 Guidelines, codes of practice, advisory standards

### 5.3.2.6 Food control implementation

### 5.3.2.7 Human resources and training requirements

### 5.3.2.8 Extension and advisory services

### 5.3.2.9 Public education and participation

## 5.3.3 Nutrition

### 5.3.3.1 Intersectoral nutrition policies

### 5.3.3.2 Nutrition of mother and child

### 5.3.3.3 School nutrition

### 5.3.3.4 Malnutrition

### 5.3.3.5 Micronutrient malnutrition

### 5.3.3.6 Nutritional surveillance

### 5.3.3.7 Nutritional transition

### 5.3.3.8 Food and physical exercise

## 5.3.4 State of surveillance

---

# Democratic Republic of the Congo:Social determinants

---

This analytical profile on social determinants is structured as follows:

- 5.4.1 Analytical summary
  - 5.4.2 Demography
  - 5.4.3 Resources and infrastructure
  - 5.4.4 Poverty and income inequality
  - 5.4.5 Gender equity
  - 5.4.6 Education
  - 5.4.7 Global partnerships and financial flows
  - 5.4.8 Science and technology
  - 5.4.9 Emergencies and disasters
  - 5.4.10 Governance
-



---

# Progress on the Health-Related MDGs

---

## Democratic Republic of the Congo: Progress on the Health-Related MDGs

---

In September 2000, 189 heads of state adopted the UN Millennium Declaration and endorsed a framework for development. The plan was for countries and development partners to work together to reduce poverty and hunger, and tackle ill health, lack of education, gender inequality, lack of access to clean water and environmental degradation.

Eight Millennium Development Goals (MDGs) were established, with targets for 2015, and indicators to monitor progress. Three MDGs relate directly to health; to reduce child mortality by two thirds (MDG 4), to reduce maternal deaths by three quarters and achieve universal access to reproductive health (MDG 5), and to halt and reverse the spread of HIV/AIDS, achieve universal access to treatment for HIV/AIDS by 2010, and halt and reverse the incidence of malaria and other major diseases (MDG 6).

Other MDGs have an indirect influence on health; MDG 1 has a target of halving the proportion of people who suffer from hunger; MDG 7 includes a target of halving the proportion of the population without sustainable access to safe drinking water and basic sanitation; and MDG 8 has a target to provide access to a affordable essential drugs in developing countries. Primary education (MDG 2) and empowering women (MDG 3) also lead to health gains.

MDG goals, targets and indicators are interdependent measures of progress.→ They are not meant to limit priorities in health, nor define how programmes should be organized and funded.

This analytical report on progress on the MDGs is structured as follows:

- 6.0 Analytical summary
- 6.1 Introduction and methods
- 6.2 Health MDGs
- 6.3 Health-related MDGs
- 6.4 Issues and challenges
- 6.5 The way forward
- 6.6 Endnotes: sources, abbreviations, etc
- 6.7 Other MDGs (as key determinants)

# Democratic Republic of the Congo: Analytical summary - Progress on the Health-Related MDGs

*The English content will be available soon.*

Le contexte évoqué dans le chapitre précédent montre que la possibilité pour la RDC d'atteindre les OMD dans le délai prévu est illusoire. Afin d'apprécier les capacités du pays d'être en phase avec les cibles prévues dans le cadre du millénaire pour le développement en 2010, il y a lieu de les passer en revue pour chacune de ces cibles.

**Tableau 0.1 Les OMD en RDC : Situation générale**

Objectif	Cible	L'objectif sera atteint d'ici 2015	Etat de l'environnement
<b>OBJECTIF 1</b> – Réduction de l'extrême pauvreté et de la faim	<b>Cible 1A.</b> Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour	Potentiellement	Faible
	<b>Cible 1B.</b> Assurer le plein-emploi et la possibilité pour chacun, y compris les femmes et les jeunes, de trouver un travail décent et productif	Invraisemblable	Faible
	<b>Cible 1C.</b> Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim	Potentiellement	Faible
<b>OBJECTIF 2</b> – Assurer l'éducation primaire pour tous	<b>Cible 2A.</b> D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires	Potentiellement	Faible
<b>OBJECTIF 3</b> – Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes	<b>Cible 3A.</b> Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard	Potentiellement	Moyen
<b>OBJECTIF 4</b> – Réduire la mortalité infantile	<b>Cible 4A.</b> Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	Potentiellement	Faible
<b>OBJECTIF 5</b> – Améliorer la santé maternelle	<b>Cible 5A.</b> Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle	Invraisemblable	Faible
<b>OBJECTIF 6</b> – Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies	<b>Cible 6A.</b> D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/Sida et commencé à inverser la tendance actuelle	Potentiellement	Moyen
	<b>Cible 6C.</b> D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies et avoir commencé à inverser la tendance actuelle	Invraisemblable	Faible
<b>OBJECTIF 7</b> – Assurer un environnement durable	<b>Cible 7A.</b> Intégrer les principes du développement durable dans les politiques nationales et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales	Invraisemblable	Faible
	<b>Cible 7C.</b> Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable salubre	Potentiellement	Faible
	<b>Cible 7D.</b> Réussir, d'ici à 2020, à améliorer sensiblement la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis	Invraisemblable	Faible
<b>OBJECTIF 8</b> – Mettre en place un partenariat mondial pour le développement	<b>Cible 8D.</b> Traiter globalement le problème de la dette des pays en développement par des mesures d'ordre national et international propres à rendre leur endettement viable à long terme	Potentiellement	Faible

**N.B :**

**Probablement :** les chances pour la RDC d'atteindre la cible en 2015 sont grandes

**Potentiellement** : la RDC dispose des ressources nécessaires qui doivent être mobilisées pour atteindre la cible

**Invraisemblable** : la RDC n'a aucune chance d'atteindre la cible en 2015



**OBJECTIF 1 –  
RÉDUCTION DE L'EXTRÊME  
PAUVRETÉ ET DE LA FAIM**

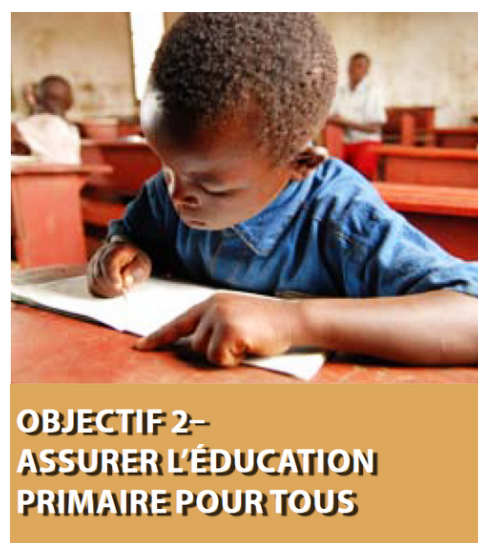
La majorité de la population congolaise est pauvre et cette pauvreté présente plusieurs facettes à savoir : faible revenu, insatisfaction des besoins alimentaires, incapacité d'accéder aux soins de santé et à la scolarisation, incapacité de se loger décemment, etc. Dans l'ensemble, l'incidence de la pauvreté est de 71,3% et la consommation des plus pauvres représente à peine 7,8% de la consommation nationale.

En RDC, de nombreux jeunes à la recherche d'emploi n'en trouvent pas et d'après une étude sur le chômage en RDC (l'enquête 1-2-3 ; 2005), les jeunes de 15-24 ans vivant en milieu urbain sont plus touchés par le chômage. Leur taux de chômage (32,23%) est largement supérieur à la moyenne nationale (17,8%).

La situation alimentaire des Congolais en général est restée précaire, l'apport en calorie entre 1990 et 2001 ayant fortement baissé. La proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique est passée de 31 à 73% en 2001. Après 2001, la situation ne s'est pas améliorée. Le régime alimentaire des Congolais est essentiellement végétarien, une grande proportion de calories provient des céréales, des tubercules, de l'huile de palme et de légumineuse. La consommation de viande et de poisson est d'un très faible apport calorique. La plupart des ménages ont un seul repas par jour. Aussi, 44% de ménages ne disposent pas de réserves alimentaires, et cette proportion est de 56% dans les centres urbains.

L'évolution des taux de scolarisation pour l'ensemble du pays montre dans un premier temps une baisse de la scolarisation entre 1995 et 2001 à cause des perturbations dues aux conflits armés pendant cette période. Après 2001, on assiste à une tendance à la hausse de la scolarisation jusqu'en 2010. Si la baisse des taux entre 1995 et 2001 se caractérise généralement par une réduction de l'écart entre les garçons et les filles (de 6% en 1995 à 4% en 2001), par contre l'augmentation des taux de 2001 à 2008 s'accompagne d'un accroissement de l'écart entre les sexes (plus de 7% en 2007). Les disparités entre les sexes persistent étant donné que la scolarisation des filles au niveau primaire progresse plus lentement que celle des garçons. La déperdition scolaire est également très élevée en RDC contribuant de ce fait, à l'inefficacité du système scolaire.

De manière générale en RDC, la proportion des femmes alphabétisées est inférieure (58,8 %) à celle des hommes (85,8%) (EDS, 2007). La différence est plus accentuée en milieu rural où les écarts entre les deux sexes varient entre 20 et 30 %. Par contre en milieu urbain, la différence est comprise entre 10 et 15%. L'analyse de l'évolution de l'alphabétisation montre une tendance générale à une amélioration du niveau d'alphabétisation pour les deux sexes. Toutefois, beaucoup d'efforts restent à faire pour éliminer les disparités entre les sexes et éradiquer l'analphabétisme en RDC.



**OBJECTIF 2 –  
ASSURER L'ÉDUCATION  
PRIMAIRE POUR TOUS**



**OBJECTIF 3 –  
PROMOUVOIR L'ÉGALITÉ DES  
SEXES ET L'AUTONOMISATION  
DES FEMMES**

Malgré les avancées significatives sur le plan juridique notamment la formulation et la mise en oeuvre de la Politique Nationale Genre ainsi que la validation du code de la famille révisé selon le genre, la situation de la femme congolaise a connu des progrès très lents et par conséquent son autonomisation est encore faible. En effet, la proportion de femmes travaillant dans le secteur non agricole est à peine de 34 % (EDS-2007) et celle de femmes à l'Assemblée Nationale et au Sénat est respectivement de 8,4% et 4,6%, très loin de la parité (50 %) telle que prescrite par la Constitution. Dans ce contexte, l'atteinte de l'objectif 3 semble difficile. Cette situation est entre autres la conséquence de l'inégalité dans l'accès à l'éducation et des charges domestiques qui pèsent sur elles.

Néanmoins, l'analyse des tendances du rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire et secondaire depuis 1960 révèle en général une amélioration de la situation tant au niveau de l'enseignement primaire qu'au niveau secondaire. En effet, même si pour l'ensemble de la période l'effectif des filles est toujours inférieur à celui des garçons, on note cependant au fil du temps une réduction des écarts beaucoup plus marquée au niveau primaire que dans le secondaire. Pour l'ensemble du pays par exemple, on observe que près de 9 filles pour 10 garçons étaient inscrites à l'école primaire et cette proportion est tombée à un peu plus de 8 filles pour 10 garçons au niveau de l'enseignement secondaire alors qu'au niveau de l'enseignement supérieur, ce rapport est d'un peu plus de 5 filles pour 10 garçons.

Le niveau de la mortalité des enfants est préoccupant en RDC même si une amélioration sensible se constate. Les statistiques issues des grandes enquêtes menées sur toute l'étendue du pays montrent que la mortalité infantile est passée de 148 pour 1000 en 1995 à 126 pour 1000 en 2001. Les résultats de l'Enquête MICS4 confirment cette baisse. En effet, elle évalue à 97 pour 1000 le taux de mortalité infantile en 2010. Si la probabilité de mourir avant l'âge d'une année est élevée, elle l'est encore davantage par rapport au cinquième anniversaire. Évalué à 220 pour 1000 en 1995, soit un enfant sur cinq, ce quotient se situe à 158 pour 1000 d'après les résultats de MICS4. Ce niveau de mortalité place la RDC dans la catégorie des pays à forte mortalité infantile. Ainsi, il apparaît peu probable que l'on atteigne l'objectif 4 en 2015.

Concernant la vaccination des enfants, le niveau de vaccination contre tous les antigènes reste faible en RDC. Moins d'un enfant sur deux reçoit l'ensemble des vaccins contre toutes les maladies cibles du Programme Élargi de Vaccination (PEV). Malgré l'amélioration constatée entre 2001 et 2010 (de 23 à 48%), le niveau est loin de la barre de 80% visée par le PEV.



**OBJECTIF 4 –  
RÉDUIRE LA MORTALITÉ  
INFANTILE**



Depuis la décennie 90, l'amélioration de la santé maternelle reste l'un des défis majeurs à relever puisque la RDC connaît des taux de mortalité maternelle élevés. En 2007, l'Enquête Démographique et de Santé a estimé la mortalité maternelle à 549 pour 100 000 naissances vivantes. Cependant, la méthodologie utilisée pour calculer cet indicateur ne permet pas de le comparer avec ceux des études précédentes.

Par rapport aux consultations prénatales, depuis 1995, les femmes vont de plus en plus en consultation prénatale. Est à noter une augmentation de 17% entre 2001 et 2007. Par rapport au milieu de résidence, l'écart qui était de 18% entre le milieu urbain et le milieu rural en 2001 (81% contre 63%) s'est réduit à 11% en 2007 (92% contre 81%).

Comme dans la majorité des pays en développement, et plus particulièrement en l'Afrique subsaharienne, la République démocratique du Congo demeure un pays à fécondité élevée. Cette forte fécondité résulte entre autres de la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes. En 2001 (MISC2), seulement une femme mariée sur 25 utilisait l'une ou l'autre méthode de contraception moderne pour espacer, retarder ou limiter les naissances; près de la moitié des femmes mariées n'utilisaient même pas les moyens naturels de planification familiale. En 2007 (EDS), seulement 6,7 % des femmes utilisent une méthode contraceptive moderne, et 4 femmes sur 5 n'utilisent aucune méthode contraceptive. Le condom masculin, demeure la méthode contraceptive la plus utilisée.

La prévalence du VIH/SIDA mesurée auprès des femmes enceintes en CPN est estimée à 4,3%. Cette prévalence est pratiquement uniforme qu'il s'agisse du milieu rural ou du milieu urbain. Il est également observé un rajeunissement et une féminisation de la maladie. Le sexe ratio femme / homme VIH est passé de 1,11 en 1990 à 1,25 en 2005. Les données partielles disponibles montrent qu'à l'Est, les taux de prévalence sont beaucoup plus élevés en comparaison avec les provinces de l'Ouest. Le recours systématique aux violences sexuelles par les combattants dans les zones de conflits a contribué à la propagation de l'épidémie. Par ailleurs, on note une amélioration de la connaissance des modes de transmission du VIH/SIDA puisque entre 2001 et 2007, le rapport est passé d'une femme sur 10 à une femme sur 7.

En RDC, le paludisme demeure l'endémie majeure et la première cause de morbidité avec près de 10 épisodes par an et par enfant alors que le niveau d'endémicité est de 3 épisodes par an par personne. On estime entre 150.000 et 250.000, le nombre d'enfants de moins de 5 ans qui meurent chaque année du paludisme. Ladite maladie compte également parmi les trois premières causes de mortalité dans les groupes les plus vulnérables, celui des enfants de moins de 5 ans et l'autre des femmes enceintes. L'EDS a estimé à 31% la prévalence de la fièvre chez les enfants de moins de 5 ans.







En RDC, le taux de couverture forestière qui était de 55% en 1990 ne représentait plus que 52% en 2000, et en 2006 il a été estimé à 44,62%. La pression sur l'environnement est plus élevée dans les zones urbaines. En effet, près de 47% de la population congolaise sont concentrés sur seulement 10% du territoire. Autour de ces agglomérations, les forêts disparaissent rapidement. A Kinshasa par exemple, les forêts ont littéralement disparu dans un rayon de 150 km.

Malgré ses richesses en eau douce, l'accès à l'eau potable est faible en RDC et il apparaît que seulement 22% de la population en 2004, soit à peu près 11,5 millions d'habitants avaient accès à l'eau potable. En 2005, l'enquête 1-2-3 a estimé à 27,2 % la proportion de la population ayant accès à l'eau potable. Il convient de relever que depuis 1990, le taux qui était alors de 37% n'a que peu

progressé, et les ressources financières limitées ne laissent pas envisager une amélioration de la situation.





L'accès au logement est un problème majeur en RDC. Toutefois, l'intensité du problème varie d'un milieu à un autre. Par ailleurs, en milieu rural, presque 90% de la population sont des propriétaires. Le problème se situe donc beaucoup plus au niveau de la qualité des logements construits qui ne répondent pas aux normes de construction et du respect des droits humains. Par ailleurs, le système d'assainissement reste dérisoire puisque seuls 22,7% (Enquête 1-2-3, 2005) des ménages congolais utilisent des toilettes hygiéniques (avec chasse d'eau ou aménagée).

Dans le cadre du partenariat mondial pour le développement, la RDC bénéficie de l'Aide Publique au Développement (APD) qui a représenté respectivement 5,49% et 4,48% du Produit Intérieur Brut (apprécié en dollars) en 1990 et 1999. Elle s'est accrue après 2000 (40 % en 2005) et l'analyse des décaissements par donateurs, révèle que les interventions des partenaires multilatéraux proviennent à concurrence de 16,09% pour des agences du Système des Nations Unies (PNUD, de l'UNICEF et du PAM) et 56,65% pour les autres partenaires multilatéraux (Banque Mondiale, Union Européenne, Etats-Unis d'Amérique, Pays- Bas, Grande Bretagne, Belgique et Canada). Au cours des années 2000 à 2005, les interventions des bailleurs de fonds ont été canalisées vers les institutions gouvernementales (68 %) et les ONGs (26,4 %) alors qu'au cours des années 90, l'essentiel des interventions ont été canalisées à travers les ONGs. Avec l'atteinte du point d'achèvement de l'IPTE en juillet 2010, la RDC a bénéficié de l'annulation de près de 90% de sa dette extérieure publique. Les sommes ainsi dégagées peuvent être utilisées dans la lutte contre le chômage des jeunes qui reste très préoccupant.



Tableau 0.2 Evolution des Indicateurs des OMD

Objectif	Indicateurs	1990	1995	2001	2005	2007	2010	2015
<b>OBJECTIF 1</b> – Réduction de l'extrême pauvreté et de la faim 	Proportion de la population disposant de moins d'un dollar par jour en parité du pouvoir d'achat	80			71,3	70		<b>40</b>
	Part du cinquième le plus pauvre de la population dans la consommation nationale				7,8			<b>95</b>
	Profondeur de la pauvreté				32,2			
	Taux de chômage des 15 à 24 ans en milieux urbains				32,23			<b>10</b>
	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale modérée (-2 Ecart type)	28	24,2	31,1		31,4	24	<b>14</b>
	<b>Niveau minimal d'apport calorique (cal/personne/jour)</b>		2190		1500			<b>2500</b>
<b>OBJECTIF 2</b> – Assurer l'éducation primaire pour tous 	Taux net de scolarisation dans le primaire (6 -11 ans)	56	55,9	51,7	55	61	75	<b>100</b>
	Proportion d'élèves commençant la première année d'études dans l'enseignement primaire et achevant la cinquième	51	25,3	24,8		44,3		<b>100</b>
	Taux d'alphabétisation d'hommes de 15 ans et plus		82,5	81,2	79,0	85,8		<b>100</b>
	Taux d'alphabétisation des femmes de 15 ans et plus		54,1	55,9	52,0	58,9		<b>100</b>
<b>OBJECTIF 3</b> – Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes 	Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire				0,87		0,93	<b>1</b>
	Rapport filles/garçons dans l'enseignement secondaire				0,62		0,81	<b>1</b>
	Rapport filles/garçons dans l'enseignement supérieur				0,46			<b>1</b>
	Pourcentage de salariées dans le secteur non agricole qui sont des femmes	11		20,6		34,4		<b>50</b>
	Proportion de sièges et postes occupés par les femmes au parlement national	6	5,2	10,3 <sup>[1]</sup>		7,7		<b>50</b>
<b>OBJECTIF 4</b> – Réduire la mortalité infantile 	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans ou infanto juvénile		220	213		165	158	<b>60</b>
	Taux de mortalité infantile (mortalité des enfants de moins d'un an)	92	148	126		98	97	<b>30</b>
	Proportion d'enfants de 12 à 23 mois vaccinés contre la rougeole	38	39	46,4		62,9	72	<b>90</b>
	Proportion d'enfants de 12 à 23 mois vaccinés contre la tuberculose	67	46	53,1		71,7	85	<b>90</b>
	Proportion d'enfants de 12 à 23 mois vaccinés contre la DTCoq3	35	26	29,9		45	62	<b>90</b>
	Proportion d'enfants de 12 à 23 mois vaccinés contre la poliomyélite	34	27	41,5		45,7	59	<b>90</b>
	Proportion d'enfants de 12 à 23 mois ayant reçu tous les vaccins.			22,8		30,6	48	<b>90</b>

<b>OBJECTIF 5 - Améliorer la santé maternelle</b> 	Taux de mortalité maternelle		870	1289		549		<b>322</b>
	Consultation Prénatale		56	68		85		<b>100</b>
	Proportion d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié		68	61		74		<b>100</b>
	Prévalence contraceptive	4,6				6		<b>15</b>
<b>OBJECTIF 6 – Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies</b> 	Taux de prévalence du VIH/SIDA	5		3,8	4,1		4,3 <sup>[1]</sup>	<b>3,1</b>
	Connaissance du mode de transmission par les femmes 15-49 ans				9,9	15,3		<b>100</b>
	Proportion de femmes enceintes utilisant le préservatif				12,7	16,5		-
	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui dorment sous des moustiquaires imprégnées d'insecticides			0,7		3,4		<b>15</b>
<b>OBJECTIF 7 – Assurer un environnement durable</b> 	Proportion des zones forestières	54,6	55	52		62		-
	Superficie des zones protégées.	9				10,4		<b>15</b>
	Proportion de la population ayant accès de façon durable à une source d'eau meilleure		42	46	47,4	46,2	47	<b>71</b>
	Proportion de la population ayant accès à un meilleur système d'assainissement	10	48,5	27,2	22,7	17,6		<b>55</b>
	Proportion de gens qui sont propriétaires de logement		77,2	73,9	75,5			-
<b>OBJECTIF 8 - Mettre en place un partenariat mondial pour le développement</b> 	Aide publique au Développement en pourcentage du PIB	5,49	6,13	6,97	40,4	15,49	10,7 <sup>[2]</sup>	<b>5</b>
	Stock de la dette en pourcentage du PIB	120,1	255,9	257,6	151,8	102,37	104,1	<b>94,4</b>
	Service de la dette en pourcentage des exportations	13,5	1,5	--	7,1	1,97	4,1	<b>13,3</b>
Source : premier rapport OMD (1990), MICS 1 (1995), MICS2 (2001), 1-2-3 (2005), EDS (2007), cible à atteindre à la fin de la période (2015)								



# Democratic Republic of the Congo: Introduction and methods

---

*The English content will be available soon.*

La Communauté Internationale a retenu l'année 2010 pour réaliser une évaluation exhaustive des progrès vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Cette évaluation vise à intégrer particulièrement dans l'analyse, les impacts de nouveaux phénomènes que le monde a connus depuis la signature du pacte du Millénaire à New-York (en 2000), notamment la crise alimentaire, la crise énergétique, la crise économicofinancière mondiale et les changements climatiques.

Les rapports d'évaluation des OMD seront exploités en septembre 2010 lors de l'Assemblée Générale des Nations Unies afin de définir comment « renouveler et revitaliser les efforts visant à la réalisation des OMD dans les différents pays ». La revue 2010 des OMD devrait fournir à chaque pays l'occasion de requalifier ses stratégies et politiques de développement ou de lutte contre la pauvreté.

La République Démocratique du Congo (RDC) figure parmi les 30 pays (dont 16 en Afrique), retenus au niveau mondial pour produire des rapports nationaux sur la réalisation des OMD. Le choix porté sur la RDC tient à la nature et à l'importance des défis qu'elle doit relever pour faire avancer son développement et réduire par conséquent, l'incidence et la profondeur de la pauvreté. C'est ainsi que la République Démocratique du Congo (RDC), a décidé de placer la lutte contre la pauvreté au centre de sa politique de développement, par l'élaboration et la mise en oeuvre d'une stratégie nationale de réduction de la pauvreté, l'unique cadre fédérateur de l'ensemble des initiatives dans ce domaine. Cette stratégie basée sur les OMD, fortement appuyée par les partenaires bilatéraux et multilatéraux, a été élaborée selon une approche participative et consensuelle impliquant l'Etat, la société civile, les Organisations Non Gouvernementales (ONG) et la population.

Le présent rapport a pour objectif de mesurer les progrès enregistrés par la République Démocratique du Congo dans la réalisation des OMD. Il permet non seulement de mesurer les grands défis auxquels la RDC doit faire face mais aussi de donner un meilleur éclairage sur les opportunités existantes destinées à transformer positivement et durablement les conditions de vie des populations congolaises. Ce rapport vise en outre à mobiliser l'ensemble des partenaires nationaux et internationaux autour de ces objectifs et à faciliter le plaidoyer pour des programmes de développement qui privilégient les aspects les plus vitaux des existences humaines : longévité, éducation, nutrition, santé primaire.

Il convient de signaler qu'en 2004, le premier rapport portant sur les progrès en matière d'OMD avait pu mesurer à leur juste valeur les grands défis auxquels la RDC faisait face et avait permis de mieux comprendre les dégâts causés dans ce pays par des années de mal gouvernance et de conflits armés. La spécificité de ce rapport est qu'il présente les indicateurs désagrégés par province, par milieu de résidence et par sexe. Toutefois, la principale difficulté rencontrée dans sa rédaction est l'état défectueux du système statistique national. En effet, le suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement n'est possible que lorsque la disponibilité des données statistiques récentes et fiables est assurée. D'où la nécessité de réhabiliter le système statistique congolais.

Le rapport a été rédigé par une équipe d'experts consultants recrutés par le PNUD et mis à la disposition de l'OCPI. L'élaboration du rapport s'est faite en plusieurs étapes. En premier lieu, il s'est agi d'identifier les indicateurs de suivi des OMD pour la RDC. La deuxième étape a concerné la collecte des données les plus récentes pour chaque objectif et cible. Cette phase a nécessité la collaboration étroite de l'INS et de toutes les structures nationales et des organismes internationaux qui produisent des données statistiques. Dans la troisième étape, des notes de synthèse pour chaque objectif ont été établies sur la base des données collectées. Ces notes à leur tour ont servi à l'élaboration du rapport. La validation du rapport des progrès des OMD par les groupes thématiques (sectoriels) est la dernière étape du processus d'élaboration de ce rapport. Au mois de Mars 2010, un groupe d'experts en population et développement, microéconomie et environnement a été recruté par le PNUD en vue d'élaborer un addendum devant

étudier l'impact des crises économique, financière et énergétique, des conflits armés et des changements climatiques sur l'évolution des OMD en RDC. Les éléments mis en évidence dans cet addendum ont été intégrés dans le rapport final et validés par les Groupes Thématiques.

## CONTEXTE SÉCURITAIRE

### Consolidation de la paix

La réalisation des OMD en RDC est conditionnée par la consolidation de la paix et de la sécurité. En effet, aucun progrès ne peut s'accomplir dans un climat de violence, d'insécurité et de peur. Au contraire, cette situation ne fera qu'exacerber les difficultés auxquelles sont confrontées les populations congolaises. La sécurité que réclament les Congolais n'est pas seulement l'absence de guerre, elle a plusieurs dimensions : physique, juridique et politique.

- La sécurité physique suppose que l'intégrité physique de chaque citoyen congolais soit garantie. Aucun Congolais ne doit être victime de violence, ni objet de traitements humiliants et dégradants.
- La sécurité juridique suppose que l'indépendance de la justice soit garantie, que les cours et tribunaux disent le droit en toute objectivité indépendamment de la position sociale et des fonctions des justiciables. La sécurité juridique est aussi un des facteurs importants en ce qui concerne la capacité d'attraction des investissements étrangers.
- La sécurité politique renvoie en fait à la stabilité des institutions. En effet, une instabilité institutionnelle compromet non seulement la mise en oeuvre des programmes visant l'amélioration des conditions de vie de la population, mais aussi la consolidation de la démocratie. Il y a en effet un lien étroit entre les questions de démocratie, de développement et de défense/sécurité (approche 3D).

Suite à l'organisation des élections et l'instauration des nouvelles institutions, les Congolais vivent dans l'espoir d'un avenir meilleur après de longues années de turbulences politiques et de conflits armés au cours desquelles d'énormes sacrifices ont été consentis. Ils sont aujourd'hui en droit de réclamer à la fois les dividendes de la paix et les retombées positives de la reconstruction du pays. Il appartient donc aux animateurs des différentes institutions, chacun dans son domaine propre, de garantir à chaque Congolais ce dont il a besoin et auquel il a droit pour pouvoir vivre dignement.

*Les conflits armés ont conduit à une désarticulation de l'appareil de l'Etat et réduit les pas de l'économie congolaise en ce qu'ils ont joué négativement sur certains secteurs d'activités (agriculture, exploitation minière, tourisme) et sur son stock de capital (physique [infrastructures de base] tout comme humain). Ils ont également touché le pays via les finances publiques (structure des dépenses et creusement du déficit).*

*En effet, les conflits armés à l'Est de la RDC ont contraint le gouvernement à revoir à la hausse ses dépenses militaires et sécuritaires et à faire des coupes dans les dépenses éducatives et sanitaires pour l'ensemble du pays. La guerre a, par ailleurs, accéléré le délabrement des infrastructures, provoqué le déplacement de nombreux agriculteurs et occasionné la dévastation des champs et des domaines pastoraux. La persistance des problèmes d'insécurité à l'Est du pays a maintenu le PIB du pays en-deçà de son niveau potentiel. Les revenus financiers issus du commerce illégal des matières premières ont servi à l'approvisionnement en armes et à des fins d'enrichissement personnel, rendant ainsi opaque la filière de l'économie minière.*

## CONTEXTE GÉOGRAPHIQUE

La République Démocratique du Congo, immense pays d'Afrique Centrale, s'étend sur une superficie de 2.345.409 km<sup>2</sup> et partage ses frontières avec neuf autres pays : l'Angola, le Burundi, la République Centrafricaine, la République du Congo (Brazzaville), le Rwanda, le Soudan, la Tanzanie, l'Ouganda et la Zambie. La RDC est un pays semi-enclavé avec moins de 100 km de littoral sur l'Atlantique.



Situé à cheval sur l'équateur, la RDC bénéficie d'un climat équatorial chaud et humide au centre, et tropical au Sud et au Nord. Sa végétation est constituée pour moitié de forêts. L'autre moitié, proche des tropiques, est dominée par la savane. La pluviométrie est abondante avec une alternance entre le Nord et le Sud (800-1.800 mm). La saison des pluies dure en moyenne 8 mois sur l'année contre 4 mois en moyenne de saison sèche. L'hydrographie de la RDC est dominée par le bassin du Congo, ce fleuve long de 4.670 km avec un débit de 30.000 m<sup>3</sup> par seconde à l'embouchure (deuxième débit le plus important du monde). Il y a lieu de mentionner l'existence de quinze lacs qui totalisent plus de 180.000 km<sup>2</sup>.

Le relief de la RDC est très diversifié avec une large cuvette au centre et à l'Ouest, bordée à l'Est et au sud par de hauts plateaux. L'Est du pays est dominé par une chaîne volcanique entrecoupée de lacs.

## CONTEXTE POLITIQUE

Depuis son accession à l'indépendance (1960), la RDC a connu une situation politique très perturbée. Quatre périodes ont marqué sa vie politique. La première qui court de 1960 à 1965, a été ponctuée par une lutte acharnée entre partis politiques constitués sur des bases tribales. Cette lutte pour la conquête du pouvoir a donné lieu à des rébellions et des sécessions qui ont coûté la vie à près de 2 millions de personnes. Elle s'est terminée par un coup d'Etat.

La deuxième période qui va de 1965 à 1997, a été marquée par un régime totalitaire. C'est en 1991 qu'ont été organisés les travaux de la Conférence Nationale Souveraine, lesquels ont lancé le processus démocratique dont le blocage a plongé le pays dans un grand désordre politique et social. Cette période s'est terminée par la guerre de 1996 qui a amené l'Alliance des Forces Démocratiques pour la Libération du Congo (AFDL) au pouvoir en mai 1997.

La troisième période, allant de 1997 à 2006, a été une longue période de transition dont la principale visée était la recherche d'un nouvel ordre politique. Cette période a été marquée par les guerres de 1998 et 2001. Ces deux guerres ont créé une insécurité généralisée, de nombreux déplacements de population, d'énormes pertes en vies humaines et matérielles et une tentative de balkanisation du pays. Cette période a également été marquée par la conclusion de l'Accord politique de paix et de réconciliation nationale (décembre 2002) qui a abouti à la mise en place des institutions de transition, l'adoption de la nouvelle Constitution (décembre 2005) et l'organisation des élections législatives et présidentielles (deuxième semestre 2006).

L'organisation des élections libres et démocratiques en 2006 après près de quarante ans, a été un événement politique majeur pour le pays, car c'est grâce à ces élections que la crise de légitimité des dirigeants a pu être résolue. L'intérêt accordé au processus électoral par la population témoigne de la volonté de celle-ci à devenir le maître de son destin et à voir son environnement sociopolitique être assaini.

La quatrième période qui court de 2007 à ce jour, se caractérise par la mise en place des institutions prévues par la constitution. Durant cette période, des efforts ont été entrepris pour unifier et pacifier tout le pays. Mais il existe encore des zones d'insécurité dans la partie Est du pays. En septembre 2008, les hostilités ont repris entre les éléments de l'armée régulière et les factions rebelles opérant à l'Est du pays avec de lourdes conséquences en termes de déplacement des populations civiles.

Enfin, il importe de noter que la situation politique et sécuritaire de la RDC reste l'un des principaux facteurs qui fragilise la conception et la conduite d'une bonne politique de développement. Le processus de normalisation politique coûte cher au pays et ronge une partie des moyens disponibles pour faire face à la pauvreté. En imposant certaines dépenses, la situation sécuritaire à l'Est du pays affecte le processus de rationalisation des choix budgétaires et fragilise les efforts conjugués pour réduire le déficit public et maintenir la stabilité des prix et du taux de change.

## CONTEXTE SOCIOECONOMIQUE

Après avoir affiché un taux de croissance moyen de  $-7\%$ , une inflation moyenne de  $842\%$ , et une dépréciation monétaire de plus de  $50\%$  durant la décennie 1990-2000, l'économie de la RDC a vu ses fondamentaux progressivement s'améliorer en 2001/2002. Elle a pu briser l'hyperinflation et renouer avec la croissance, notamment grâce à la reprise des investissements et un arrêt de la détérioration du cadre macroéconomique obtenu après la mise en exécution d'un ensemble de mesures de stabilisation.

De 2002 à 2009, la RDC a réalisé une croissance moyenne de  $5.6\%$  et celle-ci a été tirée par les industries extractives, le commerce de gros et de détail, les télécommunications. La croissance s'est ralentie en 2006 en raison entre autres, du relâchement des politiques macroéconomiques. Une croissance de  $10.2\%$  était prévue en 2008, mais l'année s'est achevée avec un taux ne dépassant pas  $6.2\%$  à cause des effets de la crise économico-financière mondiale qui s'est amplifiée avec la résurgence de la guerre à l'Est du pays, laquelle a entraîné une crise humanitaire grave avec le déplacement de 250 000 personnes.

En 2009, le cadre macroéconomique s'est sensiblement détérioré, le taux d'inflation a franchi la barre de 50% et le taux de croissance est tombé à 2.7 % alors que le taux de croissance démographique est de 3 %. Ce repli de la croissance a entraîné une forte réduction d'emplois (surtout dans le secteur minier) et des mises en congé technique dans plusieurs entreprises. Nonobstant le retour de la croissance et l'amélioration des fondamentaux de l'économie durant la décennie 2000-2010, la RDC reste marquée par une pauvreté de masse et de grandes disparités de niveaux de revenu entre milieu urbain et milieu rural. Cette pauvreté s'explique entre autres par le chômage qui frappe surtout les jeunes, par la faiblesse ou le non-paiement des salaires et par l'atrophie de l'ensemble des sources de revenus. La situation sanitaire est préoccupante : l'espérance de vie à la naissance est très faible (45 ans), les hôpitaux sont souvent dépourvus des équipements indispensables et des médicaments nécessaires pour les soins élémentaires (EASCo, 2005). En conséquence, de plus en plus de malades recourent à l'automédication ou à la médecine traditionnelle. La sécurité alimentaire n'est pas garantie et la malnutrition sévit, plus particulièrement dans les provinces touchées par la guerre.

De nombreux enfants d'âge scolaire ne sont pas scolarisés et les discriminations en défaveur des filles persistent surtout en milieu rural. L'enseignement est intégralement à charge des parents, dont les revenus se sont fortement amenuisés. L'accès aux autres services publics tels que l'eau potable, l'électricité, l'assainissement, le transport, est en constante régression. L'accès au logement est lui-même de plus en plus précaire surtout dans les centres urbains à cause d'une offre d'hébergement insuffisante en quantité et qualité des logements accessibles aux catégories défavorisées de la population.

Face à la crise, de plus en plus de Congolais optent pour une stratégie de migration. L'exode concerne une proportion importante de jeunes pour la plupart diplômés. L'expatriation à des fins de formation et de début de carrière pourrait être envisagée positivement, comme renforçant les compétences et l'expertise des futurs cadres de la nation congolaise. Mais celle-ci en bénéficie de moins en moins car les taux de retour de ces jeunes cadres expatriés sont très faibles. Désormais «l'exode des cerveaux» constitue un handicap sérieux en matière de ressources humaines.

## **Democratic Republic of the Congo: Analytical summary - Health MDGs**

---

*The English content will be available soon.*

La situation de l'enfant demeure préoccupante même si certains indicateurs s'améliorent légèrement. Le niveau de mortalité de l'enfant reste élevé, et l'on observe même la résurgence de bon nombre de maladies de l'enfant jadis éradiquées. La précarité des conditions socioéconomiques, ainsi que les conflits armés ont affecté drastiquement l'organisation structurelle du secteur sanitaire. En effet, depuis la période 1990 à ce jour, la plupart des indicateurs socio-démographiques du pays se sont détériorés [Ministère de la Santé (1998), MICS2 (Ministère du Plan, 2001) et EDS (2007)].

Dans le souci d'améliorer la santé maternelle, suivant les résolutions de la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD, 1994), la RDC et les partenaires au développement ont mis sur pied plusieurs stratégies pour lutter contre la mortalité maternelle. C'est ainsi que la politique sanitaire adoptée depuis 2001, définit la santé maternelle comme l'un des axes stratégiques.

En RDC, l'épidémie du VIH/SIDA frappe toutes les couches de la population. L'infection se féminise et la plupart des victimes sont de plus en plus jeunes (moins de 24 ans). Si le VIH/SIDA retient l'attention des autorités, il ne faut pas pour autant négliger les autres infections opportuniste du Sida et surtout le paludisme qui reste la première cause de mortalité en RDC. Bien que le Sida continue à se propager et que la tuberculose et le paludisme soient loin d'être maîtrisés, il faut toutefois reconnaître que les efforts consentis sont louables même si les chances d'atteindre les objectifs du millénaire sont faibles.

---

# Democratic Republic of the Congo:MDG Goal 4: Reduce child mortality

*The English content will be available soon.*

## DISPOSITIONS INSTITUTIONNELLES

La multiplicité ou conjugaison des facteurs à la base de la hausse de la mortalité infantile implique le concours de plusieurs acteurs dans sa lutte. C'est pourquoi, le Ministère de la Santé assure la coordination des différentes actions entreprises.

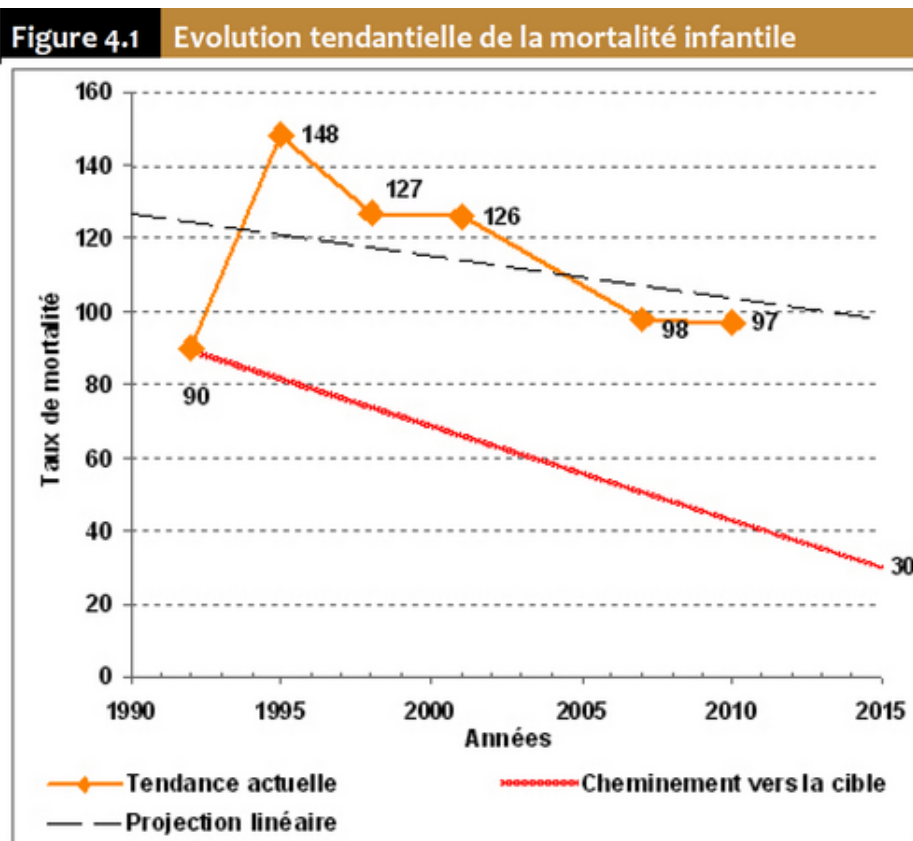
## SITUATION ET TENDANCE

### Cible 4A Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

Indicateurs	Niveau de 1995	Niveau de 2010	Cible à atteindre en 2015
Quotient de mortalité des enfants de moins de 5 ans ou infanto juvénile	220 ‰ <sup>0/00</sup>	158 ‰ <sup>0/00</sup>	60 ‰ <sup>0/00</sup>
Quotient de mortalité infantile (mortalité des enfants de moins d'un an)	148 ‰ <sup>0/00</sup>	97 ‰ <sup>0/00</sup>	30 ‰ <sup>0/00</sup>
Proportion d'enfants de 12 à 23 mois vaccinés contre la rougeole. <sup>[1]</sup>	38 % <sup>[2]</sup>	72 %	90 %
Proportion d'enfants de 12 à 23 mois vaccinés contre la tuberculose. <sup>[1]</sup>	67 % <sup>[2]</sup>	85 %	90 %
Proportion d'enfants de 12 à 23 mois vaccinés contre la diphtérie, tétanos, coqueluche <sup>[1]</sup>	35 % <sup>[2]</sup>	62 %	90 %
Proportion d'enfants de 12 à 23 mois vaccinés contre la poliomyélite <sup>[1]</sup>	34 % <sup>[2]</sup>	59 %	90 %

## MORTALITE INFANTILE

Le niveau de la mortalité des enfants de moins d'un an reste préoccupant en RDC. Le graphique 4.1 montre une baisse du quotient de mortalité infantile qui est passé de 148 pour 1000 en 1995 à 126 pour 1000 en 2001. Les résultats de l'enquête démographique et de santé confirment cette baisse avec un quotient estimé à 98 pour 1000 naissances vivantes en 2007 et qui demeure stable à 97 décès pour 1000 naissances vivantes en 2010 (Enquête MICS4).



Le milieu rural demeure le lieu où les enfants de moins d'une année ont le moins de chance d'atteindre une année. Depuis la décennie 90, les quotients de mortalité infantile sont supérieurs à 100 pour 1000.

**Tableau 4.1 Evolution de la mortalité des enfants entre 1995 et 2007**

Caractéristique sociodémographique	Quotient de mortalité infantile					Mortalité infanto-juvénile			
	1995	1998	2001	2007	2010	1995	2001	2007	2010
<b>Milieu de résidence</b>									
Urbain	101	65	91	74	71	146	148	122	111
Rural	161	138	144	108	105	241	243	177	174
<b>Province</b>									
Kinshasa		89	83	73	60		133	102	91
Bas-Congo		127	131	127	93		221	185	151
Bandundu		127	100	103	100		164	154	163
Équateur		208	146	102	104		247	168	171
Province Orientale		141	143	89	93		241	179	152
Nord Kivu		122	140	57	82		237	102	131

Sud Kivu		308	122	126	126		205	219	210
Maniema		189	147	129	101		249	186	166
Katanga		69	137	94	111		227	154	184
Kasaï Oriental		48	125	82	96		210	145	156
Kasaï Occidental		76	136	95	99		230	158	163
<b>Ensemble</b>	<b>148</b>	<b>127</b>	<b>126</b>	<b>98</b>	<b>97</b>	<b>220</b>	<b>213</b>	<b>165</b>	<b>158</b>

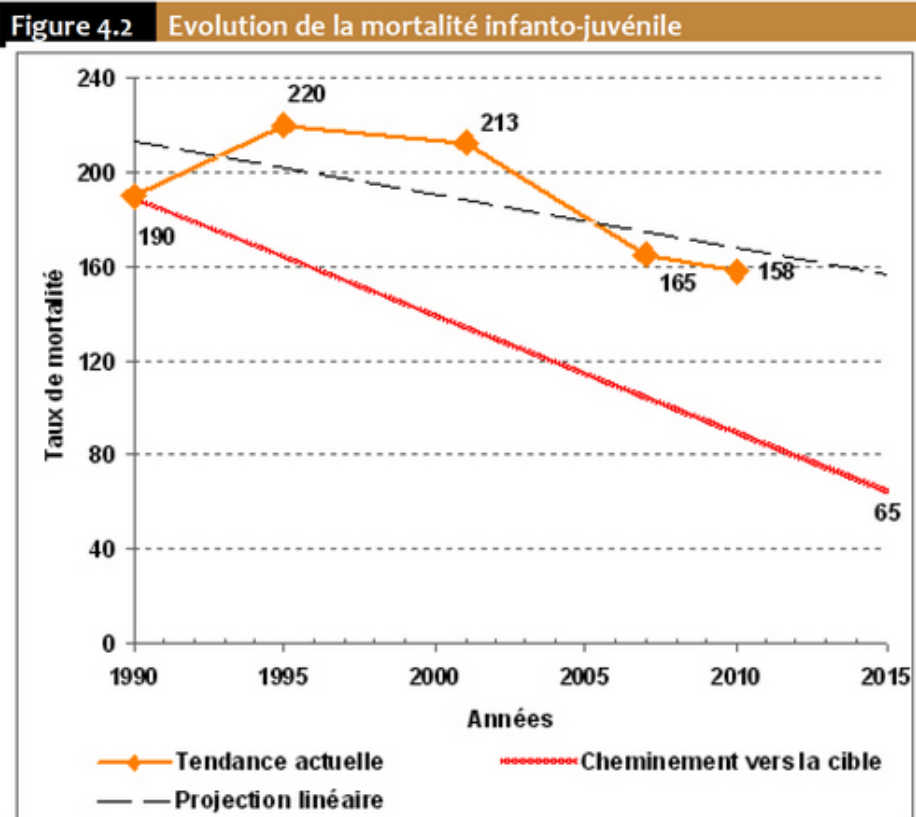
Source : MICS1 (1995), ELS (1998), MICS2 (2001) et EDS (2007), MICS4 (2010)

L'analyse spatiale montre qu'il y a de grandes disparités entre les provinces. D'après l'enquête MICS4, les provinces où les quotients de mortalité infantile sont les plus faibles sont celles de Kinshasa (60 ‰) et du Nord Kivu (82 ‰). Dans cette dernière province, les progrès enregistrés ont été considérables entre 2001 et 2007, car le quotient de mortalité infantile est passé de 140 pour 1000 à 57 pour 1000. Toutefois, l'augmentation du taux de 25 points, en 2010, nous rappelle que dans cette province encore en proie à des foyers de tensions, la situation des enfants demeure fragile. Les provinces où la mortalité des enfants est élevée sont le Sud Kivu et le Katanga avec des quotients de mortalité infantile compris entre 110 et 130 pour 1000 naissances vivantes.

## MORTALITE INFANTO-JUVENILE

Si la probabilité de mourir avant l'âge d'une année est élevée, elle l'est davantage par rapport au cinquième anniversaire. Le graphique 4.2 renseigne que le quotient de mortalité infanto-juvénile, évalué à 220 pour 1000 en 1995, se situe à 165 pour 1000 en 2007 et à 158 pour 1000 en 2010. Bien qu'en baisse, ce niveau de mortalité reste élevé et maintient la RDC dans la catégorie des pays à forte mortalité des enfants. Cette mortalité infanto-juvénile varie sensiblement selon le milieu de résidence et selon la province. En fonction du milieu de résidence, c'est en milieu rural qu'est observé le risque le plus élevé de mourir avant l'âge de 5 ans. Néanmoins, comparativement aux résultats de MICS1, MICS2, EDS et MICS4, un énorme progrès est constaté dans la réduction de cette mortalité en milieu rural. En effet, le quotient y est passé de 243 pour 1000 en 2001 à 174 pour 1000 en 2010, alors qu'en milieu urbain la baisse est plus faible : de 148 à 111 pour 1000 pendant cette période.





Par rapport aux provinces, les résultats affichent dans l'ensemble une baisse du niveau de mortalité, excepté pour la province du Sud Kivu où le niveau de 2010, 210 pour 1000, est supérieur à celui de 2001, 205 pour 1000. C'est dans le Nord Kivu et dans la ville province de Kinshasa que le niveau de mortalité infanto-juvénile est le plus faible. Selon L'enquête MICS4, dans ces deux provinces, il est évalué respectivement à 131 et 91 pour 1000 naissances vivantes. De plus, la province du Nord Kivu est celle qui a réalisé des progrès considérables : de 237 ‰ en 2001 à 102 ‰ en 2007. Le Maniema et le Bas-Congo et surtout le Sud Kivu ont les quotients de mortalité infanto-juvénile les plus élevés.

## COUVERTURE VACCINALE

Selon l'OMS, un enfant est complètement vacciné lorsqu'il a reçu une dose de BCG (protection contre la tuberculose), trois doses de vaccin contre la poliomyélite, trois doses de DTCoq (Diphtérie, Tétanos et Coqueluche) et une dose du Vaccin contre la rougeole. L'analyse de la couverture vaccinale se base donc sur les enfants ayant reçu tous ces différents vaccins.

Le niveau de vaccination reste très faible en RDC. Moins de la moitié des enfants de 12 à 23 mois a reçu l'ensemble des vaccins contre toutes les maladies cibles du Programme Élargi de Vaccination (PEV). Malgré l'amélioration constatée entre 2001 et 2010 de 23 ‰ à 48 ‰, le niveau est loin de l'objectif de 80 ‰ visé par le PEV.

Cette couverture varie énormément selon le milieu de résidence. Elle est plus élevée dans le milieu urbain où 53 ‰ des enfants ont reçu la totalité des vaccins. Dans le milieu rural, par contre le taux de couverture est de 47 ‰. Selon les provinces, l'on observe également une disparité importante. Au Sud-Kivu moins d'un enfant sur cinq reçoit tous les vaccins recommandés, une proportion en baisse de 19 ‰ par rapport à 2007. A l'exception du Nord-Kivu, les proportions ont augmenté dans toutes les autres provinces entre 2007 et 2010. La répartition selon le sexe de l'enfant, montre que la couverture vaccinale des filles s'est amélioré par rapport à celle des garçons, passant de 21,6 ‰ en 2001 à 31,6 ‰ en 2007. La couverture des garçons se situant à 29,6 ‰ en 2007.

**Tableau 4.2 Evolution de la vaccination des enfants de 12 à 23 mois**

Caractéristique sociodémographique	Ayant reçu tous les vaccins				Vaccination contre la polio		
	1998	2001	2007	2010	2001	2007	2010
<b>Sexe</b>							
Masculin		24,0	29,6		42,1	43,8	
Féminin		21,6	31,6		40,8	47,6	
<b>Milieu de résidence</b>							
Urbain	42,4	37,2	38,7	53	50,5	51,7	64
Rural	26,1	16,0	25,4	47	37,2	41,8	57
<b>Province</b>							
Kinshasa	52,0	45,7	57,8	62	54,6	63,9	68
Bas-Congo	42,2	39,2	59,7	59	61,2	73,6	73
Bandundu	35,4	26,0	44,0	82	41,6	57,7	88
Équateur	18,9	11,2	14,6	33	26,5	33,6	43
Province Orientale	20,2	14,3	18,1	38	36,7	30,9	50
Nord-Kivu	47,4	31,8	66,5	65	49,3	71,7	69
Sud-Kivu	38,9	9,8	37,3	18	22,9	54	26
Maniema	37,7	2,6	9,9	40	26,9	28,2	62
Katanga	14,0	21,2	25,0	47	44,7	38,6	60
Kasaï Oriental	31,5	24,6	21,2	29	47,5	42,2	40
Kasaï Occidental	26,1	15,2	14,8	39	36,9	34,3	50
<b>Ensemble</b>	<b>29,0</b>	<b>22,8</b>	<b>30,6</b>	<b>48</b>	<b>41,5</b>	<b>45,7</b>	<b>59</b>

Sources : ELS (1998), MICS2 (2001), EDS (2007), MICS4 (2010)

Concernant les autres vaccins, on constate que la couverture vaccinale des enfants de 12 à 23 mois contre la poliomyélite est dans l'ensemble supérieure à 50%, aussi bien dans le milieu rural (57 %) que dans le milieu urbain (64 %). Le Bandundu, le Bas-Congo, le Nord-Kivu et la ville province de Kinshasa sont les provinces qui affichent des taux de couverture les plus élevés en 2007.

On note une amélioration du niveau de vaccination contre la tuberculose des enfants de 12 à 23 mois. Les progrès réalisés ont permis d'atteindre un taux de couverture de 85 % en 2010. L'écart considérable entre le milieu urbain et le milieu rural a été réduit. Ainsi, en milieu urbain, la couverture est passée de 73,6 % en 2001 à 93 % en 2010 et en milieu rural de 44% à 82 %. Cette amélioration est également constatée dans toutes les provinces. Au Maniema et à l'Equateur, le niveau de couverture a plus que doublé entre 2001 et 2010, passant respectivement de 17 % et 27% à 88% et 68 %. Dans les provinces de Kinshasa, du Bas-Congo, du Bandundu et du Nord Kivu, il est supérieur ou égal à 95 %. Néanmoins, la proportion d'enfants de sexe masculin vaccinés est légèrement plus élevée que celle des enfants de sexe féminin (73 contre 70% en 2007).

Quant à la vaccination contre la rougeole des enfants d'un an, elle s'est améliorée en passant de 46,4 % en 2001 à 72 % en 2010. Toutefois, une disparité apparaît selon le milieu de résidence et selon la province. La ville province de Kinshasa, le Bas-Congo, le Bandundu et le Nord-Kivu ont les niveaux les plus élevés en 2010. Les provinces de l'Equateur, du Maniema et du Kasaï Occidental ont encore en 2010 une couverture vaccinale contre la rougeole inférieure à 60%. Le nombre d'enfants du sexe féminin vaccinés est légèrement plus élevé que celui du sexe masculin (64% contre 62%).

La couverture vaccinale en DTCoq (la diphtérie, le tétanos et le coqueluche) des enfants de 12 à 23 mois a beaucoup évolué depuis 2001 pour l'ensemble du pays. Elle est passée de 29,9 % en 2001 à 62 % en 2010.

**Tableau 4.3 Evolution de la proportion d'enfants de 12-23 mois vaccinés de 1995 à 2007**

Caractéristique sociodémographique	Vaccination contre la tuberculose					Vaccination contre la rougeole				
	1995	1998	2001	2007	2010	1995	1998	2001	2007	2010
<b>Milieu de résidence</b>										
Urbain	79,9	85,1	73,6	85,2	93	72,2	82,2	67,2	73,3	79
Rural	35,9	57,3	43,6	63,1	82	28,4	53,4	36,5	56,3	69
<b>Province</b>										
Kinshasa		92,8	79,1	94,3	96		92,9	75,8	91,3	88
Bas-Congo		81,5	74,3	92,1	95		76,9	66,2	88,0	85
Bandundu		68,7	73,6	81,2	96		67,2	62,3	78,7	92
Équateur		50,8	26,5	54,9	68		47,7	27,8	41,9	58
Province Orientale		47,4	40,5	57,5	74		46,1	38,0	49,8	62
Nord-Kivu		93,9	68,7	94,5	98		90,9	53,7	85,8	92
Sud-Kivu		80,6	35,5	88,0	65		77,6	29,9	84,0	51
Maniema		72,7	16,7	54,6	88		69,7	15,9	44,6	61
Katanga		34,9	50,2	59,5	87		30,6	39,2	51,7	73
Kasaï Oriental		77,5	61,6	69,8	78		65,8	52,1	58,8	60
Kasaï Occidental		57,5	45,9	67,0	73		53,5	36,9	45,4	54
<b>Sexe</b>										
Masculin			53,0	73,4						
Féminin			53,2	69,9						
<b>Ensemble</b>	<b>46</b>	<b>62,1</b>	<b>53,1</b>	<b>71,7</b>	<b>85</b>	<b>39</b>	<b>58,5</b>	<b>46,4</b>	<b>62,9</b>	<b>72</b>

Source : MICS1 (1995) ; ELS (1998) ; MICS2(2001), EDS (2007) et MICS4 (2010)

# Democratic Republic of the Congo:MDG Goal 5: Improve maternal health

*The English content will be available soon.*

## DISPOSITIONS INSTITUTIONNELLES

Ayant souscrit au Plan d'Action de la CIPD (1994), la RDC a mis sur pied le Programme National de la Santé de Reproduction (PNSR) qui coordonne toutes les activités de santé de la reproduction et joue un rôle normatif dans le pays. Ainsi, depuis 2004, un document de politique nationale a été élaboré. Ce document de Politique Nationale de la Santé de la Reproduction est un instrument indispensable pour tout intervenant. Il cerne les problèmes selon les cibles à atteindre et donne les orientations pour les activités à mener, les stratégies à appliquer suivant les objectifs définis.

## SITUATION ET TENDANCE DES INDICATEURS DE SANTÉ MATERNELLE

### Cible 5A Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle

Indicateurs	Niveau de 1998	Niveau de 2007	Cible à atteindre en 2015
Taux de mortalité maternelle	1837	549	322
Prévalence contraceptive	4,6 %	6 %	15%
Consultation Périnatale	67,2 %	85,3	100 %
Proportion d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié	69,7 %	74 %	100 %

## MORTALITE MATERNELLE

Depuis la décennie 1990, l'amélioration de la santé maternelle reste l'un des défis majeurs à relever en RDC où le risque de décès maternel est parmi les plus élevés du monde. Les résultats de l'enquête démographique et de santé (EDS) estiment le niveau de mortalité maternelle à 549 pour 100 000 naissances vivantes pour 2007. Malheureusement, il n'est pas possible d'apprécier l'évolution à travers le temps à cause des méthodologies différentes dans le calcul de cet indicateur<sup>[1]</sup>. Pour mémoire en 2001, le taux de mortalité maternelle était de 1289 pour 100 000 naissances vivantes (MICS2, 2001) et dans certaines parties de l'Est du pays, la situation était plus que dramatique. Des ratios avoisinant 3000 pour 100 000 naissances vivantes ont été enregistrés (IRC, 2004). Cette situation a exigé que des efforts soient déployés à différents niveaux de manière à lutter contre les causes de ce drame.

Les études qui ont été menées ne précisent pas le niveau de mortalité maternelle par province. Pour combler cette lacune, nous avons pris en compte les statistiques du Système National d'Informations Sanitaires qui établissent des ratios de mortalité en milieu hospitalier, et celles du projet SANRU qui fournissent une estimation en milieu rural. Ces données estiment à 240 pour 100000 naissances le taux de mortalité maternelle en milieu hospitalier en 2006. Elles laissent entrevoir par ailleurs des disparités selon les provinces. Durant la période prise en compte, les ratios les plus faibles, c'est-à-dire ceux avoisinant 250 pour 100 000 naissances vivantes sont enregistrés dans les provinces du Nord et Sud Kivu, du Kasai Oriental, du Kasai Occidental, du Katanga et dans la ville province de Kinshasa. Les provinces qui affichent les niveaux les plus élevés sont le Maniema et la Province Orientale avec des ratios dépassant même 600 pour 100 000 naissances vivantes.

**Tableau 5.1 Taux de mortalité maternelle entre 1995 et 2007**

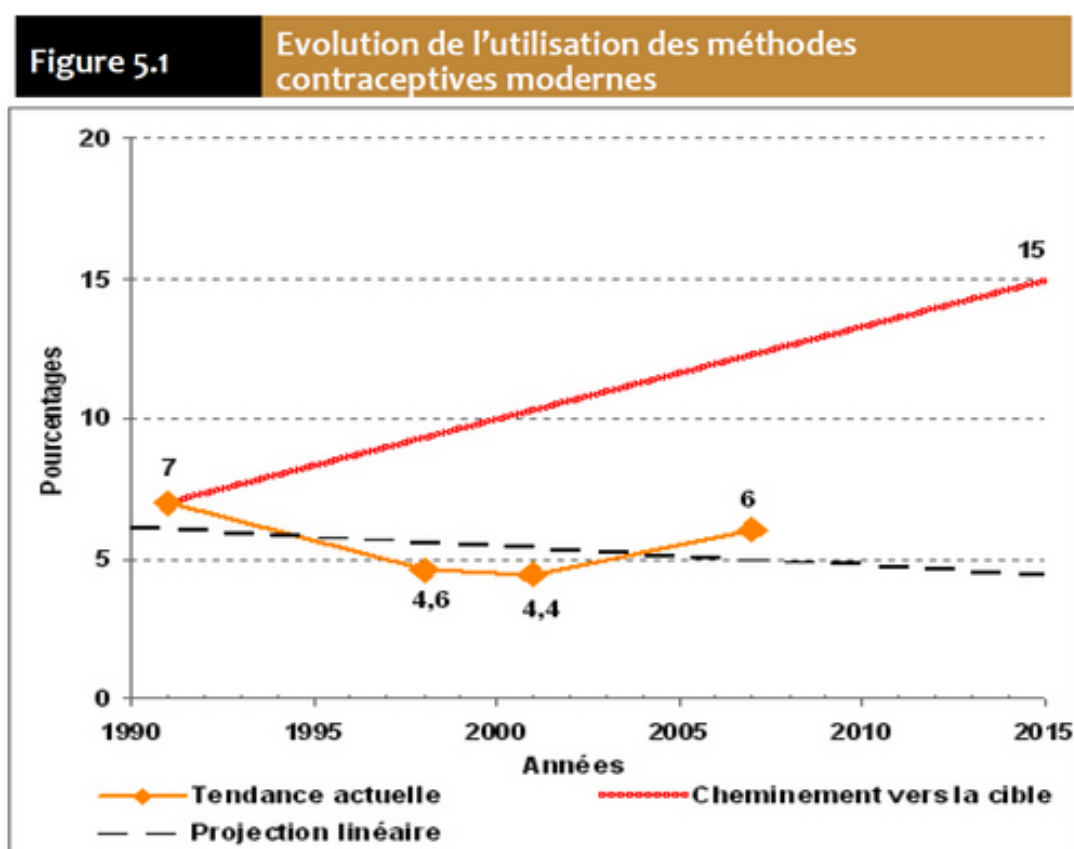
Années	Taux de mortalité pour 100 000 naissances vivantes
1998	1837
2001	1289
2007	549

Source : ELS (1998), MICS2 (2001), EDS (2007)

En milieu rural, le ratio de mortalité maternelle a été estimé à 370 en 2001, à 240 pour 100 000 naissances vivantes au premier trimestre 2005. Le Bandundu est la seule province où les ratios de mortalité observés en 2004 (460 %000) et en 2005 (390 %000) sont supérieurs à ceux enregistrés en 2001 (300 %000). Les deux Kasai et le Katanga sont les provinces qui ont la particularité d'avoir atteint le niveau le plus élevé de mortalité durant toute cette période. En 2003, il s'est situé à 720%000 naissances vivantes avant de fléchir et d'afficher un niveau de 280 %000 au premier trimestre 2005. L'Est est la partie du pays qui affichent les proportions de décès maternels les plus faibles.

## UTILISATION DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

Selon les données de MICS2 (2001), seulement une femme mariée sur 25 recourait à la contraception moderne pour espacer, retarder ou limiter les naissances; près de la moitié des femmes mariées n'utilisaient même pas les moyens naturels de planification familiale. En 2007, des statistiques de l'EDS, il ressort que seulement 6,7 % des femmes utilisent une méthode contraceptive moderne, et 4 femmes sur 5 n'utilisent aucune méthode contraceptive c'est-à-dire n'utilisent ni une méthode moderne ni une traditionnelle. Le condom masculin, reste la méthode moderne la plus utilisée (21%) alors que la continence périodique est la méthode traditionnelle la plus utilisée (11%).



La comparaison par province montre que l'utilisation actuelle des méthodes contraceptives présente des disparités importantes. Par rapport à l'utilisation actuelle des méthodes modernes par les femmes en union, trois provinces seulement dépassent le taux de 10 %, à savoir Kinshasa (14%), le Nord-Kivu (13 %) et le Bas-Congo (10 %). C'est

la province du Kasai Oriental qui enregistre le niveau le plus faible, hormis pour l'utilisation du condom masculin (21%).

En effet, la faible utilisation des méthodes contraceptives, particulièrement des méthodes contraceptives modernes, est évoquée comme l'un des facteurs qui explique la forte fécondité constatée en RDC. En dépit de la légère baisse relevée par la récente enquête démographique et de santé, la RDC reste un pays à forte fécondité avec un indice synthétique de fécondité qui est passé de 7,1 en 2001 à 6,3 en 2007. C'est surtout en milieu rural que la fécondité demeure élevée avec une moyenne qui se maintient à 7 enfants par femme. En milieu urbain, une légère baisse a été enregistrée puisque l'ISF est passé de 6,3 en 2001 à 5,4 en 2007.

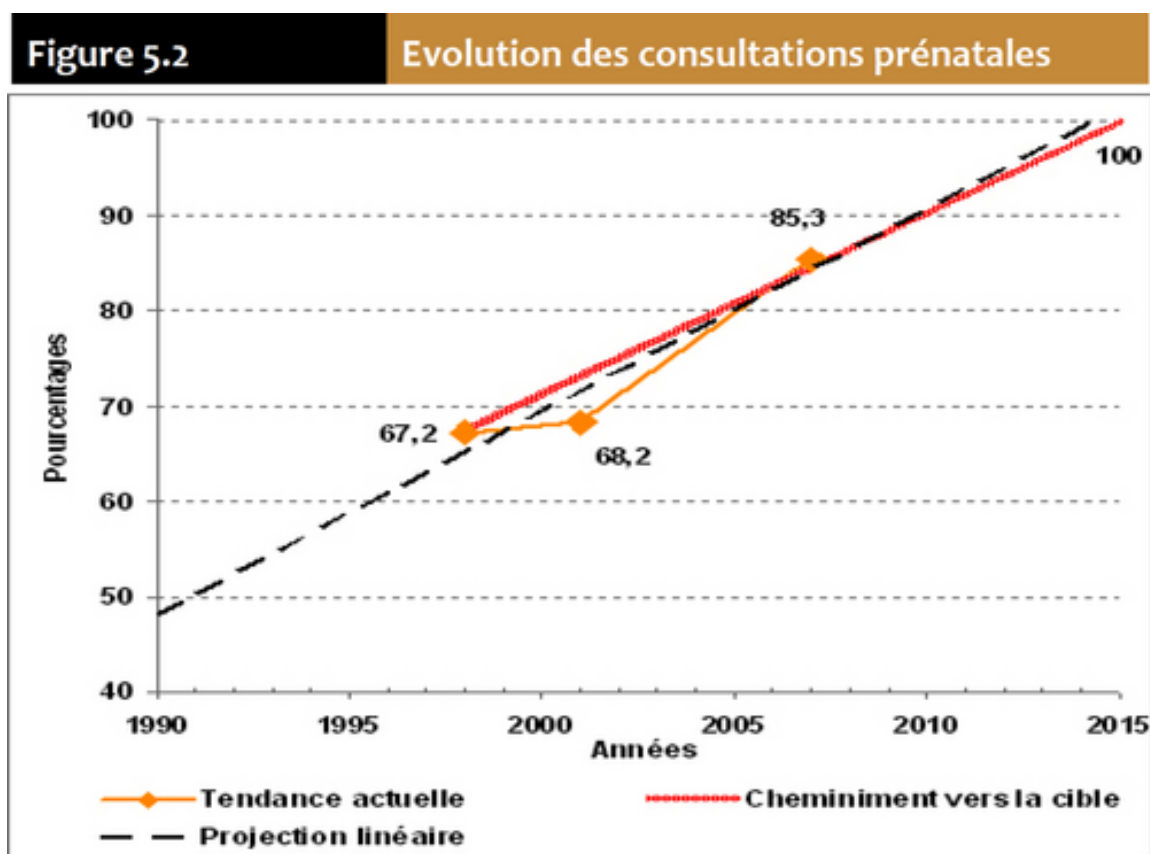
**Tableau 5.2 Evolution de la fécondité de 1995 à 2007 selon le milieu de résidence**

Années	Indice Synthétique de Fécondité (ISF)		
	Rural	Urbain	Ensemble
1995	7,2	7,4	7,3
2001	7,4	6,3	7,1
2007	7,0	5,4	6,3

Source : MICS1 (1995), MICS2 (2001), EDS (2007)

## CONSULTATION PRÉNATALE (CPN)

Depuis 1995, les statistiques des différentes enquêtes indiquent une amélioration du niveau de consultation prénatale. Il est successivement passé de 56% en 1995 (données récoltées au PNSR), à 67,20% en 1998 (ELS), à 68,2% en 2001 (MICS2) et enfin à 85,3% en 2007 (EDS). En fonction du milieu de résidence, l'écart qui était de 18% entre le milieu urbain et le milieu rural en 2001 (81% contre 63%) s'est réduit à 11% en 2007 (92% contre 81%). En milieu rural, la consultation prénatale est passée de 63% en 2001 à 81% en 2007, soit une hausse de 28%, et en milieu urbain, de 81% à 92%, soit une hausse de 11%.



Toutes les provinces ont enregistré des progrès dans la consultation prénatale (voir tableau 5.3). Si en 2001, elle variait entre 60 et 85%, en 2007, la Province Orientale affiche le taux le plus faible (75%). Les provinces de Kinshasa, du Bas-Congo et du Nord Kivu affichent les meilleurs taux se situant aux alentours de 95 %. Mais, les meilleures performances par rapport à 2001 sont enregistrées dans les provinces du Kasai Occidental, de l'Equateur, du Nord Kivu, du Katanga et du Sud Kivu.

Les données du SNIS indiquent des niveaux relativement faibles par rapport à ceux des grandes enquêtes nationales. Toutefois, il en ressort une amélioration continue des taux de consultation prénatale entre 2003 (42%) et 2006 (73%).

Tableau 5.3	Evolution de la consultation Prénatale			Evolution des accouchements assistés		
	1998	2001	2007	1998	2001	2007
<b>Caractéristique sociodémographique</b>						
<b>Milieu de résidence</b>						
Urbain	79,6	80,5	92,0	91,6	83,2	91,1
Rural	64,9	63,0	80,9	65,6	51,1	63,1
<b>Province</b>						
Kinshasa	87,9	85,0	95,7	92,3	89,3	96,9
Bas-Congo	77,0	85,1	95,5	93	84,9	92,8
Bandundu	75,2	78,0	85,4	80,4	70,4	70,3
Équateur	59,4	60,3	84,8	57,9	37,0	51,4
Province Orientale	60,1	61,7	74,8	73,2	59,0	68,4
Nord-Kivu	81,6	68,2	94,8	90,9	56,0	86,7
Sud-Kivu	72,8	63,6	86,5	57,5	56,1	84,6
Maniema	82,7	72,6	80,0	67,8	64,3	69,4
Katanga	54,4	56,7	78,7	53,0	47,2	70,0

Kasaï Oriental	72,4	73,0	83,1	67,7	67,4	75,6
Kasaï Occidental	61,0	60,4	89,6	66,4	51,0	78,3
<b>Ensemble</b>	<b>67,2</b>	<b>68,2</b>	<b>85,3</b>	<b>69,7</b>	<b>60,8</b>	<b>74,0</b>

Source : ELS (1998), MIC2 (2001) et EDS (2007)

## ACCOUCHEMENT ASSISTE PAR UN PERSONNEL QUALIFIE

Pour les accouchements assistés, les résultats révèlent une amélioration des indicateurs après la baisse enregistrée en 2001. En effet, les études menées indiquent que les taux sont passés de 68% en 1995 (ENSEF) à 70% en 1998 (ELS), 61% en 2001 (MICS2) et se situent à 74% en 2007 (EDS).

Les accouchements assistés sont relativement moins nombreux en milieu rural. En 2001, les taux se situaient à 51% en milieu rural et à 83% en milieu urbain, soit une différence de 32%. Les résultats de l'enquête EDS montrent que cet écart reste énorme, avec des taux évalués à 63% en milieu rural et à 91% en milieu urbain, soit un écart de 30%. Toutefois, entre 2001 et 2007, l'accouchement assisté, a légèrement augmenté, en passant de 51% à 63% en milieu rural, et de 83 à 91% en milieu urbain.

Par rapport aux provinces, les accouchements assistés sont plus nombreux dans la ville province de Kinshasa (97% en 2007) et la province du Bas-Congo (93% en 2007), suivies des provinces du Nord et du Sud Kivu avec un niveau respectivement de 87% et 85% en 2007. Ces deux dernières provinces (Nord et Sud Kivu) sont celles où le progrès a été le plus remarquable, car les taux y sont passés de 56% à 87% pour le Nord Kivu et 56% à 85% au Sud Kivu, soit un progrès de 29%. Au Kasaï Occidental, le taux est passé de 51 à 78% et au Katanga de 47 à 70%. L'accouchement assisté a pratiquement stagné dans la province du Bandundu où, il garde le niveau de 2001 soit 70% ; il reste faible dans la province de l'Equateur où il est passé de 37% à 51% en 2007.

La couverture des accouchements assistés reste étroitement liée au niveau de pauvreté de la population. Comme en 2001, elle reste faible dans la catégorie des familles pauvres et élevée dans les milieux riches. Toutefois, il a été observé une nette amélioration par rapport à la situation de 2001. Ce taux est passé de 43% à 62% dans les groupes pauvres, de 60% à 73% dans la classe moyenne. Quant aux riches, il est passé de 71% à 85%. La couverture est passée de 90 % en 2001 à 98% en 2007 chez les plus riches.

## CONSULTATION POSTNATALE

De toutes les grandes enquêtes, seule l'EDS a fourni des informations sur la consultation postnatale (voir tableau n°5.4). De cette étude, il résulte que très peu de femmes fréquentent les services de consultation postnatale après l'accouchement : 3% pour l'ensemble de la RDC, 1,2 % de femmes en milieu urbain et un peu plus en milieu rural (4,7%). C'est dans la province de l'Equateur et du Bandundu que les proportions de femmes (7,8 et 5,2%) qui se rendent aux consultations postnatales sont les plus élevées.



**Tableau 5.4 Consultation postnatale**

Caractéristiques sociodémographiques	Temps écoulé avant la première visite		Indéterminé	Pas de visite
	Moins d'un jour	1 à 41 jours		
<b>Milieu de résidence</b>				
Urbain	1,0	0,2	0,0	98,8
Rural	3,4	0,4	0,6	95,3
<b>Province</b>				
Kinshasa	1,1	0,0	0,0	98,9
Bas-Congo	1,1	0,0	0,0	98,9
Bandundu	3,6	1,8	0,0	94,8
Équateur	6,5	0,6	0,6	92,2
Province Orientale	2,4	0,0	0,1	97,5
Nord-Kivu	1,4	1,1	0,1	97,3
Sud-Kivu	0,5	1,5	0,0	98,0
Maniema	2,1	0,5	0,3	97,1
Katanga	1,6	0,0	0,0	98,3
Kasaï Oriental	1,0	0,1	0,3	98,6
Kasaï Occidental	1,2	0,4	2,2	96,3
<b>Ensemble</b>	<b>2,4</b>	<b>0,5</b>	<b>0,4</b>	<b>96,7</b>

Source : EDS 2007

[1] Trois grandes enquêtes donnent des indicateurs au niveau national sur la mortalité maternelle : l'état des lieux du secteur de la santé (ELS, 1998), l'enquête MICS2 en 2001 et l'enquête démographique et de la santé (EDS, 2007). Toutefois, les méthodologies utilisées par ces différentes enquêtes ne permettent pas la comparaison des indicateurs et l'interprétation des tendances. En effet, l'ELS a utilisé la méthode de calcul directe en se basant principalement sur les données recueillies en milieu hospitalier combinées avec les données des ménages ; l'enquête MICS2 a utilisé la méthode indirecte des soeurs dont l'inconvénient est qu'elle donne une estimation de la mortalité maternelle correspondant à une période antérieure de 12 ans environ par rapport à celle de l'enquête. La valeur du taux de mortalité maternelle est donc celle du début des années 90. Par contre, l'EDS a utilisé la méthode directe qui estime le niveau de mortalité entre 2002 et 2004. Afin de palier à ce problème et de suivre l'évolution dans le temps de la mortalité maternelle, un taux inter-agence de 1100 décès pour 100000 naissances vivantes pour l'année 2005 a été estimé par l'OMS, l'UNFPA, l'UNICEF et la Banque Mondiale en appliquant aux données de l'EDS la méthodologie de l'enquête MICS2 [Statistiques Sanitaires Mondiales (OMS, 2010)].

# Democratic Republic of the Congo:MDG Goal 6: Combat HIV/AIDS, TB, malaria and other diseases

*The English content will be available soon.*

## DISPOSITIONS INSTITUTIONNELLES

### Lutte contre le VIH/SIDA

Le Programme National Multisectoriel de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST (PNMLS) a été créé en 2004 par Décret Présidentiel. Ce programme est chargé de coordonner toutes les activités de lutte contre le VIH/SIDA dans tous les secteurs et sur toute l'étendue du pays. Placé sous la haute autorité du Président de la République, le PNMLS comprend des organes d'orientation et de décision (Conseil National Multisectoriel de lutte contre le SIDA, Conseils Provinciaux et Locaux Multisectoriels de lutte contre le VIH/SIDA) et des organes de coordination qui sont de véritables forums regroupant tous les acteurs de lutte contre le VIH/SIDA. Ils sont présidés au niveau provincial par le Gouverneur de province, et au niveau local par l'Administrateur du territoire. Ils jouent le rôle de régulation, d'approbation et de validation des plans d'action et des rapports, et ils constituent un cadre adéquat de concertation et d'harmonisation. Les activités courantes du PNMLS sont gérées par des organes d'exécution organisées en coordinations (une coordination nationale, des coordinations provinciales, et des coordinations locales).

### Lutte contre le paludisme et la tuberculose

En RDC, La lutte contre le paludisme est prise en charge par le Ministère de la Santé à travers son service spécialisé qui est le PNLP (Programme Nationale de Lutte contre le Paludisme). Cette institution lutte en collaboration avec plusieurs partenaires pour réduire la mortalité et la morbidité dues au paludisme, dans le cadre global de l'initiative mondiale «faire reculer le paludisme».

## SITUATION ET TENDANCE

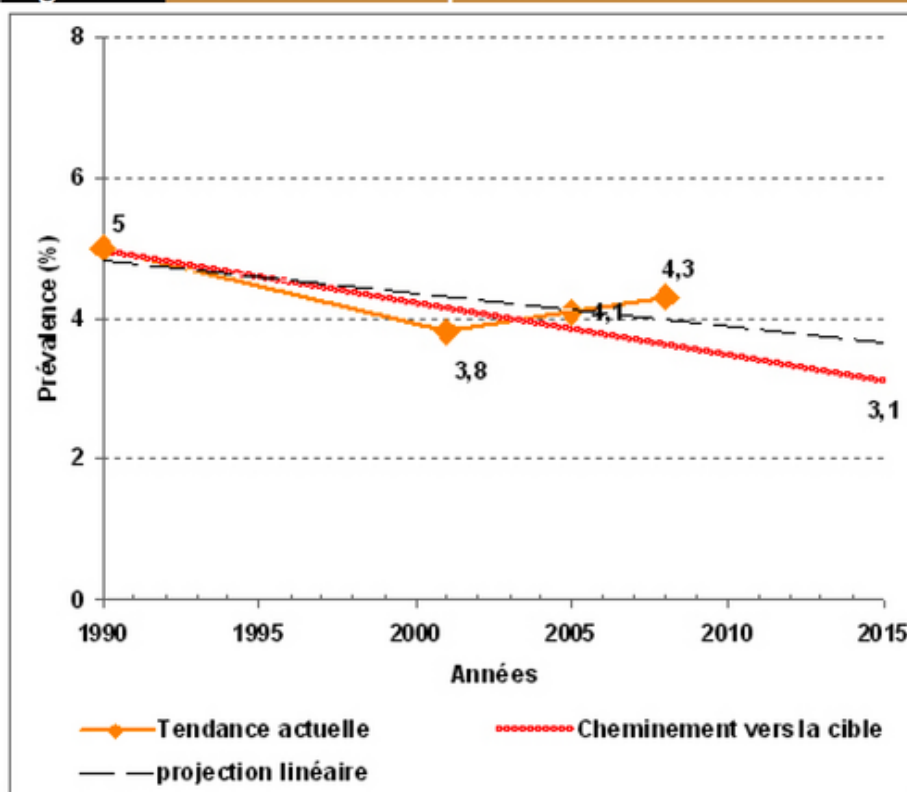
### Cible 6A D'ici à 2015 avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle

Indicateurs	Niveau de référence	Niveau actuel	Cible à atteindre en 2015
Taux de prévalence du VIH/SIDA chez les femmes enceintes	5 % (1990)	4,3 % (PNLS, 2008)	3.1
Connaissance du mode de transmission chez les femmes	9,9 % (MICS2, 2001)	15,3 % (EDS, 2007)	100 %
Proportion des femmes de 15-49 ans utilisant le préservatif	12,7 % (MICS2, 2001)	16,5 % (EDS, 2007)	--

Selon les normes et directives de surveillance épidémiologique du VIH élaboré par l'ONUSIDA, l'OMS, le CDC/Atlanta ainsi que les autres partenaires, il sévit en République Démocratique du Congo (RDC) une épidémie généralisée puisque la prévalence est supérieure à 1% (4,6% en 2005 ; 4,1% en 2006 ; 3,5% en 2007 et 4,3% en 2008). De manière globale, le milieu rural (4,6%) est plus touché que le milieu urbain (4,2%). Il existe une association entre l'âge et la prévalence du VIH chez la femme enceinte tant en milieu urbain que pour l'ensemble du

pays. En effet, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes augmente avec l'âge, passant de 3,5 à 4,8% respectivement pour femmes de 15-19 ans et celles 25-49 ans. Selon le rapport épidémiologique du PNLS (2008), il y a lieu de mentionner également une dépendance entre le niveau d'instruction et la prévalence du VIH en milieu rural. Les femmes qui ont terminé au moins les études primaires ont une prévalence plus élevée que celles moins instruites. Par contre, il n'y a pas de lien statistique entre la prévalence du VIH et l'occupation des femmes enceintes, l'état-civil, l'âge au premier rapport sexuel et la transfusion sanguine.

**Figure 6.1** Prévalence du VIH parmi les femmes enceintes



**Tableau 6.1** Taux de prévalence du VIH/SIDA chez les femmes enceintes en 2008

Tranches d'âge (années)	Capitale	Milieu urbain	Milieu rural	Ensemble
	%	%	%	%
15 – 19	2,3	2,8	4,2	3,5
20 – 24	3,3	4,1	4,7	4,3
25 – 49	4,2	4,9	4,7	4,8
<b>Total</b>	3,7	4,2	4,6	4,3

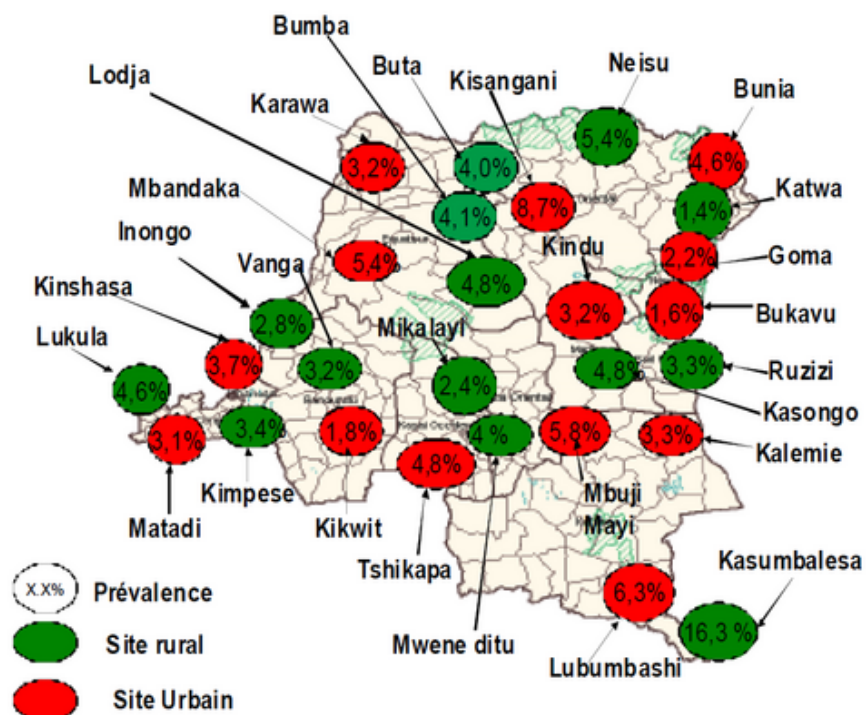
Source : PNLS, 2008

Selon les provinces, (figure 6.2) les niveaux de prévalence les plus élevés sont observés dans la Province Orientale (Kisangani ; 8,7%) et au Katanga (Kasumalesa, 16,3%) alors que les niveaux de prévalence les plus bas sont observées à Kwata (1,4%) dans la Province Orientale, et à Kikwit (1,8%) dans le Bandundu.

Le niveau de prévalence du VIH/SIDA ainsi observé est expliqué par la mauvaise connaissance du VIH/SIDA, le niveau élevé des comportements à risque. En effet, en 2007, au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, 19 % des femmes de 15 à 49 ans ont eu des rapports sexuels avec au moins un partenaire occasionnel, alors qu'en 2001 la proportion était de 11%. De plus, la plupart des rapports sexuels occasionnels ne sont pas protégés. En 2007, 83% des femmes n'ont pas utilisé de préservatif au cours du dernier rapport sexuel occasionnel. En 2001, elles étaient

estimées à 87%.

**Figure 6.2** Prévalence du VIH dans les sites sentinelles de la RDC en 2008



Source : PNLIS, 2008

il est toutefois utile de signaler qu'en 2007, l'enquête démographique et de santé a évalué la prévalence du VIH SIDA dans les ménages à 1,3% pour l'ensemble du pays. Bien qu'apparemment faible, pris de manière absolue dans un pays où la population avoisine 60 millions d'habitants, cette prévalence équivaudrait à environ 900 000 individus infectés.

**Tableau 6.2 Evolution de la connaissance du SIDA par les femmes**

	2001 (MICS2)	2007 (EDS)
<b>Milieu de résidence</b>		
Urbain	12,8	20,9
Rural	8,5	10,6
<b>Province</b>		
Kinshasa	13,3	25,1
Bas-Congo	11,2	16,3
Bandundu	9,7	17,8
Équateur	11,4	15,5
Province Orientale	6,5	10,8
Nord-Kivu	15,3	16,2
Sud-Kivu	8,4	16,6
Maniema	13,0	11,1
Katanga	8,1	15,4

Kasaï Oriental	9,0	8,6
Kasaï Occidental	7,3	7,2
<b>Ensemble 15-49 ans</b>	<b>9,9</b>	<b>15,3</b>

**Source : Enquête MICS2 2001 et EDS 2007**

En ce qui concerne la connaissance du SIDA, il apparaît que celle-ci reste faible. En 2001, une femme sur 10 connaissait le VIH/Sida et ses modes de transmission mais en 2007 il y a eu une légère amélioration avec environ une femme sur 7. La différence est considérable selon le milieu de résidence. En milieu urbain, bien que le niveau demeure faible, le taux est passé de 12,8% à 21%, alors qu'en milieu rural, il est évalué à 11%. Le niveau le plus élevé est observé dans la ville province de Kinshasa où une femme sur 5 a une bonne connaissance sur le mode de transmission du VIH/SIDA. Dans les provinces du Maniema, et dans les deux Kasaï, une baisse du pourcentage des femmes qui ont une bonne connaissance sur le VIH/SIDA est constatée.

**Tableau 6.3 Estimations en rapport avec l'infection du VIH/SIDA pour 2008 et 2009**

	2008			2009		
	Enfants de 0-14 ans	15 ans et plus	Total	Enfants de 0-14 ans	15 ans et plus	Total
Nombre de personnes vivant avec le VIH	106347	958625	1064972	109250	1034086	1143336
Nombre de cas de nouvelles infections VIH	30046	99379	129425	30521	102681	133202
Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH	-	99491	99491	-	101543	101543
Nombre de décès dus au SIDA	20289	60581	80870	20856	61934	82790
Total d'orphelins dus au SIDA	-	-	1008658	-	-	1025551
Nombre d'enfants ayant besoin d'une prophylaxie en Cotrimoxazole	222497	-		227542	-	-
Besoins en traitement ARV	40783	232010	272793	41603	241452	283055
Prévalence du VIH chez les adultes (%)	-	-	3,24	-	-	3,25

Source : PNMLS, Rapport UNGASS 2010

L'estimation des effectifs des personnes atteintes du VIH/SIDA en RDC montre que malgré la stabilisation du taux de prévalence d'un peu plus de 3% dans la population générale et 4% parmi les femmes enceintes, le nombre de patients ne cesse de s'accroître au fil des années. Ainsi, plus d'un million de personnes vivaient avec le VIH en 2008 et 2009. Les femmes enceintes constituent près de 8% de l'effectif total des personnes atteintes.

**Cible 6C D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle**

Indicateurs	Niveau de 1990	Niveau de 2007	Cible à atteindre en 2015
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui dorment sous des moustiquaires imprégnées d'insecticides	0,7 %	3,4 %	15%

En RDC, le paludisme demeure l'endémie majeure et la première cause de morbidité. Il compte également parmi les trois premières causes de mortalité dans les groupes les plus vulnérables, à savoir les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. En effet, la prévalence de la fièvre chez les enfants de moins de 5 ans a été estimée à 31 % par l'enquête EDS et à 37 % en 2006. En 2001, l'enquête MICS2 a fait état d'une proportion de 41,1% d'enfants de moins de 5 ans qui ont fait de la fièvre les jours précédant l'enquête, dont 52 % ont été traités par un antipaludéen.

Par ailleurs, selon d'autres enquêtes menées à Kinshasa par le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), il est signalé que 86 % des cas reçus à la salle d'urgence pédiatrique de l'Hôpital Général de Référence de Kinshasa étaient dus au paludisme.

**Tableau 6.4 Evolution de la morbidité et de la mortalité due au paludisme en RDC de 1999 à 2008 dans les sites sentinelles de surveillance épidémiologique**

Année	Nombre de nouveaux cas de Paludisme	Nombre de décès	% du Nombre des malades (létalité)
1999	393.489	2.702	0,28
2000	964.623	3.856	0,18
2001	2.199.247	11.597	0,44
2002	2.640.168	7.553	0,17
2003	4.386.638	16.498	0,41
2004	4.028.950	12.999	0,19
2005	6.697.778	17.103	0,26
2008	5.387.870	12.498	0,23

Source : Ministère de la Santé : *Annuaire des données sanitaires 2005, Mai 2007*

**Tableau 6.5 Répartition par province des décès par paludisme déclarés par les centres de santé pilotes en 2008**

Code	Province	Cas	Décès	Taux de létalité (%)
1	Kinshasa	812680	1895	0.2
2	Bas-Congo	493741	923	0.2
3	Bandundu	324049	1458	0.4
4	Equateur	233677	890	0.4
5	Province Orientale	667295	1774	0.3
6	Sud Kivu	501673	372	0.1
7	Maniema	148861	338	0.2
8	Nord Kivu	578007	316	0.1
9	Katanga	770501	1524	0.2
10	Kasaï Occidental	461045	1835	0.4
11	Kasaï Oriental	396341	1173	0.3
	<b>RDC</b>	<b>5387870</b>	<b>12498</b>	<b>0.2</b>

Source : Ministère de la santé (RDC) : *4ème Direction, janvier 2010*

Concernant le paludisme chez les enfants, les enquêtes menées par le PNLN ont également montré que 3 lits sur 10 dans les hôpitaux sont occupés par les malades du paludisme et que 25 à 30 % des décès en pédiatrie sont dus au paludisme<sup>[1]</sup>. Dans les ménages, le paludisme constitue la première cause de dépenses de santé et il est un fardeau socioéconomique ; car un enfant de moins de 5 ans souffre en moyenne de 10 épisodes de fièvre paludéenne par an.

Une évaluation de l'intervention du Fonds Mondial de lutte contre le paludisme, menée en 2006, dans 15 zones de santé en RDC a montré que la malaria était responsable de : (1) 67% des motifs de consultations externes chez les enfants de moins de 5 ans ; (2) 47% de décès survenus chez les enfants de moins de 5 ans en hospitalisation et (3)

18% de létalité hospitalière du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans.

**Tableau 6.6 Possession de moustiquaires en 2007**

Caractéristique sociodémographique	N'importe quel type de moustiquaire			Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII)		
	Pourcentage des ménages ayant au moins une moustiquaire	Pourcentage des ménages ayant plus d'une moustiquaire	Nombre moyen de moustiquaire par ménage	Pourcentage des ménages ayant au moins une moustiquaire	Pourcentage des ménages ayant plus d'une moustiquaire	Nombre moyen de moustiquaire par ménage
<b>Milieu de résidence</b>						
Urbain	37,8	14,2	0,6	12,4	3,3	0,2
Rural	21,5	5,3	0,3	7,1	0,9	0,1
<b>Province</b>						
Kinshasa	42,2	16,9	0,7	15,9	5,5	0,2
Bas-Congo	55,6	22,0	0,8	34,6	6,7	0,4
Bandundu	28,2	6,4	0,4	12,0	1,2	0,1
Équateur	31,1	10,3	0,4	3,9	0,4	0,0
Province Orientale	13,1	4,8	0,2	3,2	0,8	0,0
Nord-Kivu	13,3	2,8	0,2	4,2	0,4	0,0
Sud-Kivu	39,5	12,9	0,6	6,0	2,0	0,1
Maniema	32,4	10,2	0,5	13,0	2,8	0,2
Katanga	34,9	12,2	0,5	8,4	2,0	0,1
Kasaï Oriental	14,2	2,3	0,2	5,9	1,0	0,1
Kasaï Occidental	21,3	4,0	0,3	6,6	0,8	0,1
<b>Ensemble</b>	<b>28,0</b>	<b>8,8</b>	<b>0,4</b>	<b>9,2</b>	<b>1,9</b>	<b>0,1</b>

Source : EDS, 2007

En dépit de l'initiative visant à « faire reculer le paludisme » et des stratégies élaborées pour lutter contre le paludisme (le PNL), sur le terrain, la maladie est loin de reculer. Le nombre de cas de paludisme enregistrés dans les formations sanitaires de la RDC est toujours croissant, passant de 393.489 cas en 1999 à 5.387.870 cas en 2008 (Ministère de la santé 2009). De même, le nombre de décès dus au paludisme ne fait qu'augmenter malgré la diversité des médicaments sur le marché.

Le taux de morbidité palustre augmente presque chaque année (tableau 6.4, p. 84) et le nombre de décès est important d'une année à l'autre. Ce chiffre serait encore plus important si l'on prenait en compte les cas de malaria non soignés dans les formations sanitaires, car beaucoup de personnes recourent à l'automédication. Selon les provinces, la situation de 2008 indique que le taux de létalité est élevé dans le Bandundu et à l'Equateur. Il est par contre faible au Nord et au Sud Kivu.

Outre l'assainissement du milieu, la lutte contre le paludisme passe aussi par l'utilisation de la moustiquaire. En RDC, 28% des ménages disposent d'au moins une moustiquaire<sup>[2]</sup>. Quant aux moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), 9,2% des ménages en ont au moins une. Concernant l'utilisation des MII par les enfants, les actions menées commencent à donner des résultats positifs sur l'ensemble du pays avec une augmentation sensible du taux d'utilisation chez les enfants de moins de cinq ans. Ces derniers sont particulièrement vulnérables puisque 40% des cas de fièvre chez les enfants sont causés par le paludisme. Ils peuvent développer 6 à 10 épisodes de maladie par an (Banque Mondiale, 2005). En effet le taux d'utilisation des MII chez les enfants de cette tranche d'âge est passé de 0,7% (MICS2, 2001) à 5,8% (EDS, 2007). Le taux est plus élevé lorsqu'on considère n'importe quel

type de moustiquaire : soit 19,0% (tableau 6.6).

**Tableau 6.7 Utilisation des moustiquaires par les enfants**

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage des enfants ayant dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête	Pourcentage des enfants ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée la nuit précédant l'enquête	Pourcentage ayant dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête
<b>Âge en mois</b>			
<1	24,5	14,4	8,0
1	22,3	12,7	6,2
2	17,9	10,3	5,4
3	16,2	10,3	5,8
4	13,5	6,5	3,4
<b>Milieu de résidence</b>			
Urbain	26,0	15,5	7,9
Rural	14,3	7,8	4,4
<b>Province</b>			
Kinshasa	34,3	20,2	12,6
Bas-Congo	52,5	39,6	30,6
Bandundu	18,6	14,3	6,1
Équateur	20,5	4,0	2,4
Orientale	6,3	3,1	1,1
Nord-Kivu	8,1	5,1	2,0
Sud-Kivu	25,9	12,3	3,4
Maniema	22,9	16,2	9,2
Katanga	28,6	14,1	6,1
Kasaï Oriental	6,9	4,8	3,0
Kasaï Occidental	11,2	8,1	3,8
<b>Ensemble</b>	<b>19,0</b>	<b>10,9</b>	<b>5,8</b>

Source : EDS, 2007.

Dans la lutte contre la tuberculose, la RDC s'est fixée comme objectif, en matière de détection, 70% et 85% pour le succès thérapeutique sous DOTS. L'analyse de l'évolution de ces indicateurs depuis 2006 révèle que la RDC a presque atteint ses objectifs.



**Tableau 6.8 Evolution de la détection et du succès de traitement dans la lutte contre la tuberculose**

Année	Taux de détection	Taux de succès thérapeutique au DOTS
2006	67%	83%
2007	68%	84%
2008	69%	86%

Source : Ministère de la santé, 4ème Direction

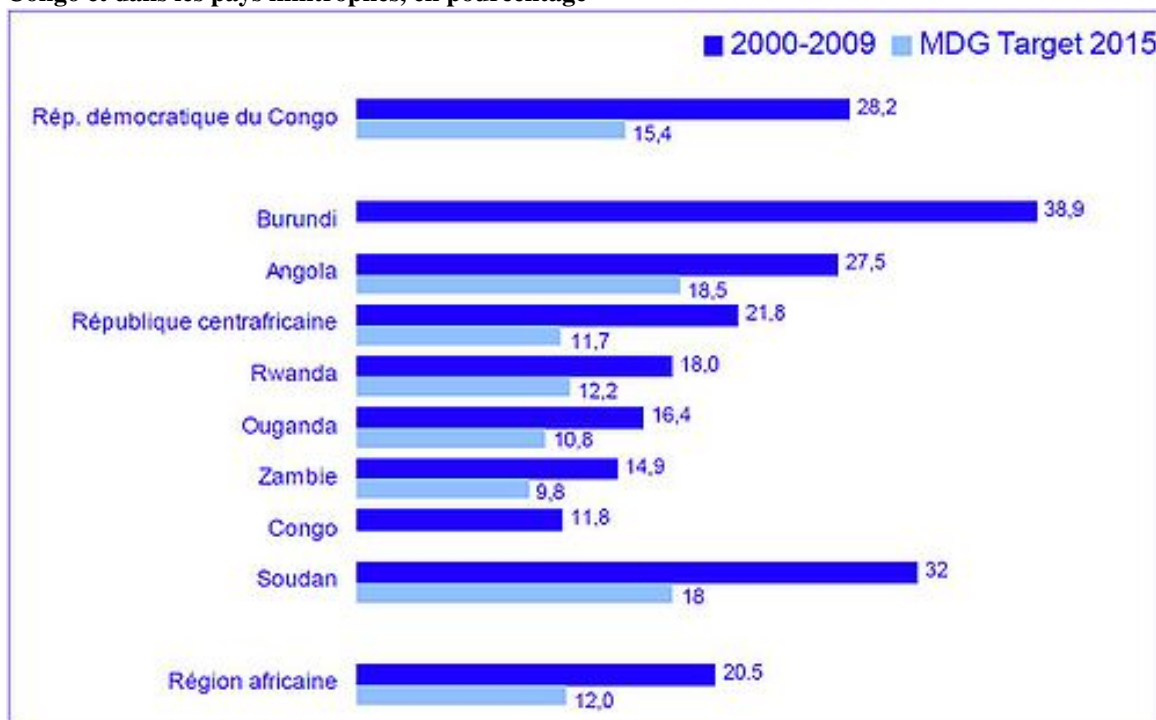
[1] Données des zones de santé appuyées dans la lutte contre le paludisme par le Fonds Mondial (Enquête ESP)

[2] Une moustiquaire imprégnée est celle qui, initialement traitée ou non, a été imprégnée d'insecticide par la suite, à n'importe quel moment. Une moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) est, soit 1) une moustiquaire imprégnée industriellement qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire, soit 2) une moustiquaire pré-imprégnée obtenue dans les 12 derniers mois, soit 3) une moustiquaire qui a été trempée dans un insecticide dans les 12 derniers mois.

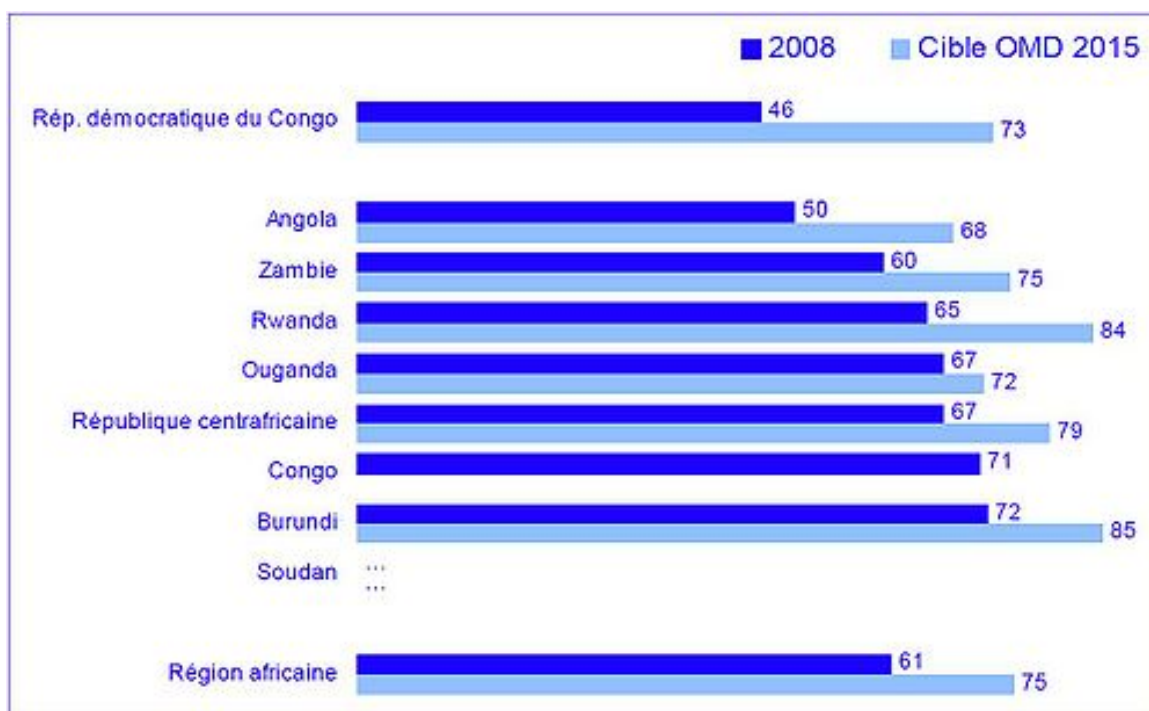
## Democratic Republic of the Congo:Health-related MDGs

The English content will be available soon.

**Enfants de moins de 5 ans présentant un déficit pondéral en 2000-2009, comparé à la cible OMD en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, en pourcentage**



**Population utilisant des sources d'eau potable en 2008, comparé à la cible OMD, en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, en pourcentage**



## Democratic Republic of the Congo:Analytical summary - Health-related MDGs

*The English content will be available soon.*

Comme souligné précédemment, la majorité de la population congolaise est pauvre et cette pauvreté s'observe à travers plusieurs facettes à savoir : faible revenu, insatisfaction des besoins alimentaires, incapacité d'accéder aux soins de santé et à la scolarisation, incapacité de se loger décentement, etc. Dans le cadre de l'objectif 1, l'accent sera mis sur la faiblesse du revenu, l'état nutritionnel des enfants et l'insécurité alimentaire.

# Democratic Republic of the Congo:MDG Goal 1: Eradicate extreme poverty and hunger - Health-related MDGs

*The English content will be available soon.*

## Cible 1C Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim

Indicateurs	Niveau de 1995	Niveau de 2010	Cible à atteindre en 2015
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale modérée (-2 Ecart type)	24,2 %	24 %	14 %
Niveau minimal d'apport calorique (cal/personne/jour)	2190 <sup>[1]</sup>	1500 <sup>[2]</sup>	2500

[1] 1989-1991 (FAO, 2005)

[2] 2001-2005 (FAO, 2009)

### POURCENTAGE D'ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS PRESENTANT UNE INSSUFFISANCE PONDERALE MODEREE (-2 ECART TYPE)

La malnutrition apparaît comme un des principaux problèmes de santé et de bien-être qui affecte surtout les enfants et les mères. La malnutrition chronique durant l'enfance peut également avoir pour conséquence une réduction de la productivité à l'âge adulte. En outre, la malnutrition peut avoir des effets néfastes sur l'issue des grossesses. Pour apprécier l'état nutritionnel des enfants, l'indicateur le plus simple est l'insuffisance pondérale (indice poids/âge) qui reflète à la fois les effets combinés de l'émaciation et du retard de croissance.

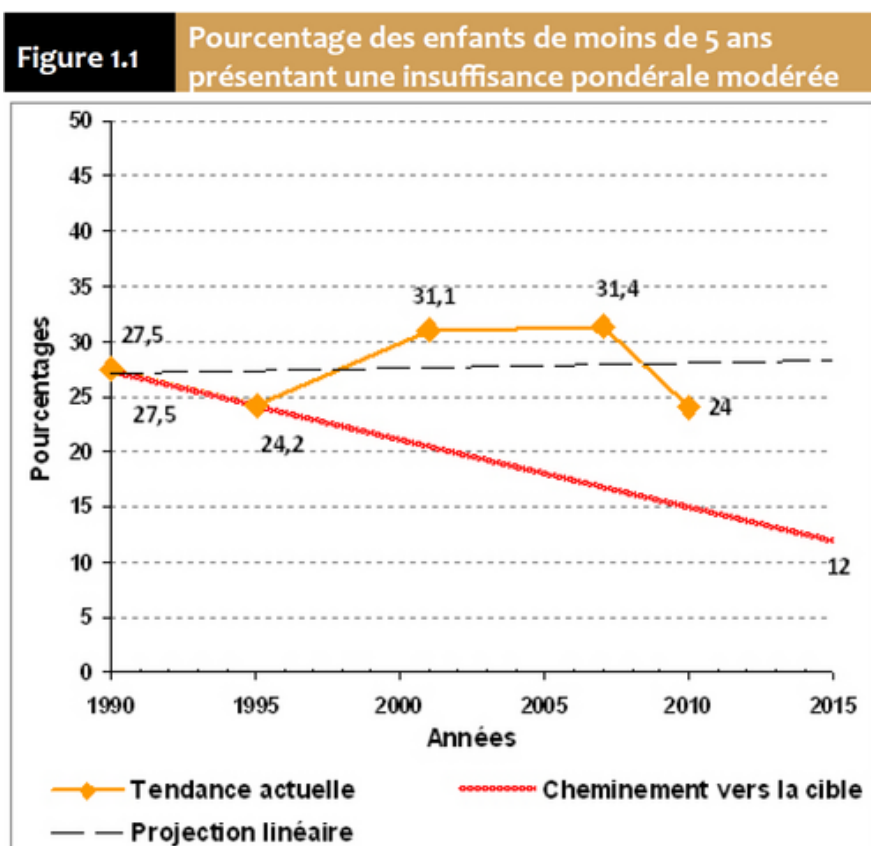
En 2010, près d'un enfant sur quatre souffrait de l'insuffisance pondérale et cette moyenne cache des disparités tant au niveau du milieu de résidence que des provinces. En effet, l'insuffisance pondérale frappe davantage le milieu rural (27 %) que le milieu urbain (17 %). Au niveau des provinces, Kinshasa, l'Equateur, le Maniema et le Katanga sont celles où le niveau de malnutrition est inférieur à la moyenne nationale : 13 % (Kinshasa et Equateur) et 20 % (Maniema et Katanga) contre le Bandundu, le Bas-Congo, la Province Orientale, les deux Kivu et les deux Kasai, provinces à niveau de malnutrition élevé (supérieur à 25 %).

L'analyse de la tendance révèle qu'entre 1995 et 2010, le niveau de malnutrition a évolué en trois phases. D'abord, une détérioration de l'état nutritionnel des enfants entre 1995 et 2001, avec respectivement 24,2 et 31,1 % d'enfants souffrant de l'insuffisance pondérale. Puis une stabilisation de la proportion d'enfants souffrant d'insuffisance pondérale autour de 31 % entre 2001 et 2007. Enfin, une amélioration de l'état nutritionnel des enfants entre 2007 et 2010, avec une régression de la proportion d'enfants souffrant de l'insuffisance pondérale à 24 %. En considérant le milieu de résidence et le sexe, on observe la même tendance, sauf en 1995 où la prévalence de la malnutrition est la même pour les deux sexes (24,2 %). En 2001, l'état nutritionnel des garçons s'est davantage détérioré (32,9 %) que celui des filles (29,2 %), et cette situation a persisté en 2007 avec une légère détérioration de l'état nutritionnel des filles. Dans les provinces, l'état nutritionnel s'est amélioré sur l'ensemble du territoire sauf au Bas Congo, au Nord Kivu, dans la Province Orientale et au Kasai Occidental.

**Tableau 1.5 Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale modérée (-2 Ecart type)**

	1995	2001	2007	2010
<b>Sexe</b>				
Féminin	24,2	29,2	30,0	-
Masculin	24,2	32,9	32,8	-
<b>Milieu de résidence</b>				
Urbain	17,2	22	23,9	17
Rural	26,7	35,5	36,4	27
<b>Province</b>				
Kinshasa		18,2	20,4	13
Bas-Congo		35,3	30,7	29
Bandundu		34,4	35,4	26
Equateur		31,1	38,7	13
Province Orientale		26,3	29,6	29
Nord Kivu		33,6	25,4	26
Maniema		37,5	23,3	20
Sud Kivu		35,1	34,9	27
Katanga		32,9	26,3	21
Kasaï Oriental		29,9	32,7	27
Kasaï Occidental		33,7	36,7	34
<b>Ensemble</b>	<b>24,2</b>	<b>31,1</b>	<b>31,4</b>	<b>24</b>

Source : MICS1 (1995), MICS2 (2001), EDS (2007), MICS4 (2010)



## PROPORTION DE LA POPULATION N'ATTEIGNANT PAS LE NIVEAU MINIMAL D'APPORT CALORIQUE

La couverture des besoins nutritionnels des ménages est très faible car l'apport calorique est inférieur à 1800 Kcal par jour et par personne (besoins caloriques minimum estimés par la FAO pour un Congolais moyen). La ration calorique moyenne par jour et par personne était estimée à 1500 Kcal en 2005. Ce faible niveau s'explique par la pauvreté du régime alimentaire, car il est essentiellement végétarien. Une grande proportion de calories provient des céréales, des tubercules, de l'huile de palme et de légumineuses. La viande et le poisson ne représentent qu'une faible proportion de l'apport calorique de 3 à 4%, étant donné la faiblesse de leur consommation.

**Tableau 1.6 Apport en calorie, en protéine et en lipide de la population en RDC**

	1989-1991	1999-2001	2003-2005
Apport Calorique (cal/personne/jour)	2190	1592	1500
Apport en protéine (g/personne/jour)	33	24	23
Apport en glucide (g/personne/jour)	35	25	23

Source : FAO, *Annuaire Statistique*, 2009

L'étude menée par le PAM en 2008 sur l'«Analyse globale de la sécurité alimentaire et de la vulnérabilité en RDC» a démontré que le nombre de repas par jour des enfants est de 1,91 ; 2,25 et 2,6 respectivement pour les ménages de consommation alimentaire pauvre, limite et acceptable. Quant au nombre de repas par jour pour les adultes, il varie de 1,64 à 2,1 pour les deux catégories extrêmes. En 2001, l'enquête MICS2 a révélé que la majorité des ménages (88 %) prennent moins de 3 repas par jour et que 2,4 % des ménages ne mangeaient pas chaque jour. Par ailleurs, la consommation alimentaire est meilleure dans les ménages dirigés par les hommes comparativement à ceux dirigés par les femmes. En effet, 65 % des ménages ayant une consommation acceptable sont dirigés par les hommes, contre 54% pour ceux dirigés par les femmes. Par contre, les ménages ayant une consommation alimentaire pauvre sont

d'avantage dirigés par les femmes (10%) contre 6% chez les hommes.

**Tableau 1.7 Nombre moyen de repas par ménage par jour en 2008**

	Consommation alimentaire pauvre	Consommation alimentaire limite	Consommation alimentaire acceptable	Consommation alimentaire moyenne
Nombre moyen de repas/jour enfant	1,91	2,25	2,6	2,25
Nombre moyen de repas/jour adulte	1,64	1,98	2,1	1,9

*Source : PAM, Analyse globale de la sécurité alimentaire et de la vulnérabilité, 2008*

## Democratic Republic of the Congo:MDG Goal 7: Ensure environmental sustainability - Health-related MDGs

*The English content will be available soon.*

### **Cible 7C. Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau de boisson salubre et à des services d'assainissement de base**

Indicateurs	Niveau de 1995	Niveau de 2010	Cible à atteindre en 2015
Proportion de la population ayant accès à de l'eau potable	42 %	47 %	71 %
Proportion de la population ayant accès à un meilleur système d'assainissement	10 %	-	55 %

La RDC dispose d'un important potentiel en ressources d'eau douce (3,5% de la superficie totale du pays) qui constitue une grande réserve d'eau douce du continent (plus de 50%) et une source potentielle d'énergie hydroélectrique. Malgré ces atouts, seulement 47 % des ménages ont accès à de l'eau que l'on peut considérer comme potable<sup>[1]</sup> (MICS4, 2010). Cette proportion cache néanmoins de fortes disparités, avec 83 % des ménages urbains contre 31 % des ménages ruraux. Selon l'enquête MICS4, c'est dans la ville province de Kinshasa que l'on retrouve le taux le plus élevé : 89 % des ménages. Dans le reste des provinces, l'accès reste faible dans le Nord Kivu, le Sud Kivu, le Katanga, le Bas-Congo et le Kasai Oriental. La situation reste très préoccupante dans les provinces de l'Equateur (12%), du Bandundu (19%) et du Kasai Occidental (12%) où l'on compte moins d'un ménage sur cinq ayant accès à l'eau potable.

**Tableau 7.1 Proportion des ménages ayant accès à une source d'eau relativement salubre**

	1995	2001	2005	2007	2010
<b>Milieu de résidence</b>					
Urbain	89	84	82	79,5	83
Rural	26	29	31	24,1	31
<b>Province</b>					
Kinshasa		89	94,1		89
Bas-Congo		48	55,4		54
Bandundu		28,4	23		19
Equateur		23,7	19,2		12
Province Orientale		40,7	33,2		46
Nord Kivu		44,5	67,7	77	
Maniema		32,9	15,2		39
Sud Kivu		47,4	57,2		61
Katanga		53,8	55,1		48
Kasaï Oriental		52,3	51		43
Kasaï Occidental		31,6	23,4		12
<b>Ensemble</b>	<b>42</b>	<b>46</b>	<b>47,4</b>	<b>46,2</b>	<b>47</b>

Source : MICS1 (1995), MICS2 (2001), Enquête 1-2-3 (2005), EDS (2007), MICS4 (2010)

En RDC, 50 % des ménages utilisent, l'eau «naturelle» c'est-à-dire l'eau de source non traitée (31,2%) et celle des cours d'eau (19%). C'est surtout en milieu rural que les ménages boivent cette eau sans aucun effort pour la rendre potable.

Les sources aménagées approvisionnent 18,2 % des ménages en eau de boisson, principalement en milieu rural (21,4 % contre 10 % en milieu urbain dont 16,3 % dans les cités et 7,6 % dans les villes). Seulement un ménage sur six (16,6 %) boit l'eau de robinet. Parmi eux, 6,7 % la puisent dans une parcelle autre que la leur. L'eau de robinet est surtout bue par les ménages urbains (56,1 %).

Le système d'assainissement est lui aussi dérisoire et précaire. Selon l'enquête 1-2-3 (2005), 22,7% seulement des ménages congolais utilisent des toilettes hygiéniques (avec chasse d'eau ou aménagée). Le trou dans la parcelle, ou «fosse arabe», est le moyen d'aisance le plus utilisé par les ménages de la RDC (64,4 %), tant en milieu rural (68,5 %) qu'en milieu urbain (53,8 %), notamment dans les cités (73,6 %) et dans les villes (46,3 %). Hormis le Sud Kivu (30,7 %) et Kinshasa (44 %), dans toutes les provinces, la majorité des ménages utilisent ce type de toilette et la proportion varie de 59,7 % au Bas-Congo à 90,5 % à l'Equateur. Les latrines aménagées privées viennent en deuxième position ; elles sont utilisées par 13,6 % des ménages congolais tant en milieu rural (13 %) qu'en milieu urbain (15,1 %). C'est dans le Sud Kivu (54,5 %) et le Nord Kivu (33,7 %) suivi de loin par le Bas-Congo (19,8 %) et la province Orientale (15,2 %), que les ménages utilisent surtout les latrines aménagées privées. Les latrines avec chasse d'eau sont très peu utilisées dans toutes les autres provinces sauf à Kinshasa où 40% des ménages les utilisent. Il convient de noter que 12,1 % des ménages (soit plus ou moins 1 ménage sur 8) n'ont pas de toilette. Le problème se pose avec acuité en milieu rural et au Kasaï Occidental (27,5%).

Quant au mode d'évacuation des ordures ménagères, la plupart des ménages congolais recourent à un service public ou privé de gestion des ordures ménagères, par incinération ou enfouissement, par rejet sur la voie publique, dans un cours d'eau, dans un dépotoir sauvage ou en les transformant en compost ou fumier. Le service organisé, l'incinération, l'enfouissement et le compost/fumier sont considérés comme des moyens sanitaires d'évacuation des

ordures ménagères.

**Tableau 7.2 Répartition des ménages selon le mode de gestion des ordures ménagères**

Mode de gestion des déchets	2001			2005		
	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble
Service public ou privé	10,9	0,0	3,3	8	0,1	2,3
Incinération	8,6	4,8	5,9	11,7	5,5	7,2
<b>Enfouissement</b>	21,9	12,9	15,6	29,4	15,9	19,7
Voie publique	8,7	1,6	3,7	6,8	2,1	3,4
Cours d'eau	2,4	2,0	2,1	3,7	0,6	1,4
Dépotoir sauvage	30,8	52,5	46,0	28,6	62,2	52,9
Compost ou fumier	12,2	19,6	17,4	8,3	12,2	11,1
Autre	4,4	6,7	6,0	3,4	1,4	1,9
Total	100	100	100	100	100	100

En 2001 et 2005, près de 60% des ménages ne recourent pas aux moyens hygiéniques pour se débarrasser des ordures ménagères. La proportion de ménages qui jette simplement celles-ci dans des dépotoirs sauvages est passée de 46% à 52,9 % entre 2001 et 2005. Par contre, celle des ménages qui rejette les ordures sur la voie publique n'a presque pas évolué entre 2001 et 2007. Cette pratique contribue à la pollution du cadre de vie des ménages. La proportion des ménages n'utilisant pas de moyens hygiéniques d'évacuation des ordures était en 2001 de 46% en milieu urbain contre 63% en milieu rural. En 2005, par contre, cette proportion se situe à 42,5% en milieu urbain contre 66,3 en milieu rural.

[1] Source d'eau relativement salubre, celle provenant des robinets, des sources aménagées, des puits protégés, des forages et des bornes fontaines



---

# Progress on the Ouagadougou and Algiers Declarations

---

## Democratic Republic of the Congo: Progress on the Ouagadougou and Algiers Declarations

---

The Ouagadougou Declaration on Primary Health Care and Health Systems in Africa: Achieving Better Health for Africa in the New Millennium was adopted during the International Conference on Primary Health Care and Health Systems in Africa, held in Ouagadougou, Burkina Faso, from 28 to 30 April 2008. The objective of the Conference was to review past experiences on Primary Health Care (PHC) and redefine strategic directions for scaling up essential health interventions to achieve health-related MDGs using the PHC approach for strengthening health systems through renewed commitment of all countries in the African Region.

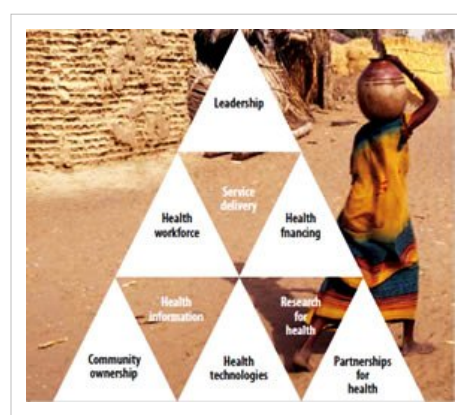
The conference adopted the “Ouagadougou Declaration <sup>[1]</sup> on Primary Health Care and Health Systems in Africa: Achieving Better Health for Africa in the New Millennium,” which has been signed by all the African Region Member States. During its fifty-eighth session, held in Yaounde, Cameroon in September 2008, the Regional Committee endorsed the Ouagadougou Declaration through its Resolution AFR/RC58/R3.

The Algiers Declaration <sup>[2]</sup> to Strengthen Research for Health was also adopted during the Ministerial Conference on Research for Health in the African Region, held in Algiers, Algeria from 23 to 26 June 2008. The Conference, which brought together Ministers from the African Region together with researchers, nongovernmental organizations, donors, and the private sector renewed commitments to narrow the knowledge gap in order to improve health development and health equity in the Region.

Assessment of progress on the 2008 Ouagadougou and 2008 Algiers Declarations will be conducted at the end of 2013 – five years after they came into effect. Please visit this page then for the results of the assessment.

Since the Alma-Ata Conference on Primary Health Care, progress has been made by countries in the African Region with regard to the eradication of smallpox, control of measles, eradication of poliomyelitis and guineaworm disease, and elimination of leprosy and river blindness. However, accelerated progress in strengthening health systems using the PHC approach is needed in a number of countries in the African Region in order to achieve nationally and internationally agreed health goals, including the MDGs. In this context, countries are encouraged to focus on the following priority areas, as outlined in the Ouagadougou Declaration:

- 7.1 Leadership and governance
- 7.2 Community ownership and participation
- 7.3 Partnerships for health development
- 7.4 Health financing
- 7.5 Health workforce
- 7.6 Medical products, equipment and infrastructure
- 7.7 Service delivery
- 7.8 Health information, evidence, and knowledge
- 7.9 Research



## References

- [1] [http://www.afro.who.int/en/downloads/doc\\_download/601-ouagadougou-declaration.html](http://www.afro.who.int/en/downloads/doc_download/601-ouagadougou-declaration.html)  
[2] [http://www.afro.who.int/en/downloads/doc\\_download/546-algiers-declaration.html](http://www.afro.who.int/en/downloads/doc_download/546-algiers-declaration.html)

# Democratic Republic of the Congo: Leadership and governance - Progress on the Ouagadougou and Algiers Declarations

---

*The English content will be available soon.*

Governance for health is a function of government that requires vision, influence and knowledge management, primarily by the Ministry of Health which must oversee and guide the development and implementation of the nation's health-related activities on the government's behalf. Governance includes the formulation of the national health policy and health strategic plans (including defining a vision and direction) that address governance for health and health equity; exerting influence through regulation and advocacy; collecting and using information; and accountability for equitable health outcomes.

Provision of oversight through collaboration and coordination mechanisms across sectors within and outside government, including the civil society, is essential to influencing action on key health determinants and access to health services, while ensuring accountability. Improving leadership at national and sub-national levels and building capacity will facilitate effective engagement with the private sector to ensure universal coverage.

The Ouagadougou Declaration calls on Member States to update their national health policies and plans according to the Primary Health Care approach, with a view to strengthening health systems in order to achieve the Millennium Development Goals, specifically those related to communicable and noncommunicable diseases, including HIV/AIDS, tuberculosis and malaria; child health; maternal health; trauma; and the emerging burden of chronic diseases.

In relation to leadership and governance, countries are encouraged to consider the following recommendations for implementing the Ouagadougou Declaration:

- (a). Implement key recommendations of the WHO Commission on Social Determinants of Health relating to health governance and health equity.<sup>11</sup>
- (b). Develop and adopt comprehensive national health policy (NHP) that is integrated into the country's overall development strategy through a broad-based, country driven, inclusive and participatory decision making process.<sup>12</sup>
- (c). Develop and implement a comprehensive and costed national health strategic plan (NHSP) that is consistent with the NHP, taking into account multiple sources of funding within a realistic resource package.
- (d). Develop and implement subsequent operational plans at the local (district) level of health systems, as planned for in the NHSP.
- (e). Ensure the functionality of the Ministry of Health's organizational structures to facilitate the implementation of the NHP and NHSP.
- (f). Update and enforce public health laws in line with the NHP to facilitate the implementation of the Ouagadougou Declaration and other health-related strategies, and
- (g). Reinforce the oversight of health development across sectors in consultation with civil society, professional organizations and other stakeholders; and ensure transparency and accountability through regular audits.

Assessment of progress on the 2008 Ouagadougou and 2008 Algiers Declarations will be conducted at the end of 2013 – five years after they came into effect. Please visit this page then for the results of the assessment.

## **Democratic Republic of the Congo: Community ownership and participation - Progress on the Ouagadougou and Algiers Declarations**

---

Community ownership in the context of health development refers to a representative mechanism that allows communities to influence the policy, planning, operation, use and enjoyment of the benefits arising from health services delivery. This results in increased responsiveness to the health needs of the community. It also refers to the community taking ownership of its health and taking actions and adopting behaviours that promote and preserve health. Community organizations, NGOs as well as intersectoral interaction play an important role in facilitating creation of enabling environment for communities to accept their roles.

In general, community-based activities have been left largely to community based and nongovernmental organizations, often without appropriate policy on community participation in health development or coordination, guidance and support by public-sector institutions. There exists a proliferation of externally driven processes that do not promote community ownership. In addition, health services have tended to use vertical approaches rather than building on what already exists in the communities from other sectors, including local authority structures and functions.

In order to improve community ownership and participation, the following recommendations are proposed for Member States' consideration:

- (a). Develop a policy and provide guidelines to strengthen community participation, including adolescents, in health development.
- (b). Promote health awareness and foster the adoption of healthier lifestyles.
- (c). Consolidate and expand the use of health promotion to address determinants of health.
- (d). Strengthen community management structures; link consumer activities to the health services delivery system; and enhance the community's participation in decision-making, priority setting and planning.
- (e). Provide appropriate technical backup to community healthcare providers through on-the-job training, mentoring and support supervision, and provide appropriate tools and supplies as required for their duties.
- (f). Empower communities and ensure their involvement in the governance of health services through appropriate capacity-building.
- (g). Establish and strengthen community and health service interaction to enhance needs-based and demand-driven provision of health services, including reorienting the health service delivery system to reach out and support communities, and
- (h). Strengthen coordination and collaboration with civil society organizations, particularly CBOs and NGOs, in community health development.

Assessment of progress on the 2008 Ouagadougou and 2008 Algiers Declarations will be conducted at the end of 2013 – five years after they came into effect. Please visit this page then for the results of the assessment.

---

# Democratic Republic of the Congo: Partnerships for health development - Progress on the Ouagadougou and Algiers Declarations

---

Partnerships for health are relationships between two or more organizations that jointly carry out interventions for health development. Each partner is expected to make financial, technical and material contributions. An effective partnership requires government stewardship and mutual respect between partners, as well as accountability to ensure coordinated action aimed at strengthening health systems. Intersectoral action for health among health and non-health sectors is a key strategy to achieve policy coherence and for addressing, more generally, the social determinants of health and health equity.

Global momentum towards the attainment of internationally determined health goals has led to a growing number of high profile initiatives. These include the GFATM, GAVI, Stop TB, Roll Back Malaria, PEPFAR, and the Catalytic Initiative, among others.

In order to strengthen partnership for health development, the following recommendations are proposed for Member States' consideration:

- (a). Use mechanisms such as the International Health Partnership Plus (IHP+) and Harmonization for Health in Africa initiatives to promote harmonization and alignment with the PHC approach.
- (b). Increase the development and use of mechanisms such as sector-wide approaches, multidonor budget support and the development of national health compacts (agreements between governments and partners to fund and implement a single national health plan in a harmonized and aligned manner) to strengthen health systems.
- (c). Adopt intersectoral collaboration, public-private partnerships and civil society participation in policy formulation and service delivery.
- (d). Explore south-south cooperation within the African Region, and
- (e). Ensure community awareness and involvement in global initiatives to increase transparency and promote global accountability mechanisms in order to improve health development

Assessment of progress on the 2008 Ouagadougou and 2008 Algiers Declarations will be conducted at the end of 2013 – five years after they came into effect. Please visit this page then for the results of the assessment.

# Democratic Republic of the Congo:Health financing

---

Health financing refers to the collection of funds from various sources (e.g. government, households, businesses and donors) and pooling them to pay for services from public and private health-care providers, thus sharing financial risks across larger population groups. The objectives of health financing are to make funding available, ensure rational selection and purchase of cost effective interventions, give appropriate financial incentives to providers, and ensure that all individuals have access to effective health services.

In relation to health financing, the following recommendations are proposed for consideration by Member States:

- (a). Elaborate comprehensive health financing policies and plans consistent with the National Health Policy and National Health Strategic Plan. The health financing policy should be incorporated into national development frameworks such as PRSPs and MTEFs.
- (b). Institutionalize national and district health accounts within health management information systems for better tracking of health expenditures.
- (c). Increase the efficiency of the public and private health-care sectors through efficiency analysis, capacity strengthening, rational priority setting, needs-based resource allocation, and health system organizational and management reforms to curb wastage of resources, among others.<sup>17,18</sup>
- (d). Fulfil the Heads of State pledge to allocate at least 15% of the national budget to health development, as well as adequate funds to the operational plans at the local level, which include the implementation of PHC and health promotion.
- (e). Advocate with the Ministry of Finance and partners to target the US\$ 34–40 per capita required to provide the essential package of health services.<sup>19</sup>
- (f). Strengthen financial management skills, including competencies in budgeting, planning, accounting, auditing, monitoring and evaluation at district/local levels, and then implement financial decentralization in order to promote transparency and accountability.
- (g). Develop and implement social protection mechanisms, including social health insurance and tax-funded systems, to cushion households from catastrophic (impoverishing) out-of-pocket expenditures on health services.
- (h). Improve coordination of the various financing mechanisms (including donor assistance) that reinforce efforts to implement national health policies and strategic plans, and
- (i). Advocate with health development partners to fully implement the Paris Declaration on Aid Effectiveness and its Action Plan.

Assessment of progress on the 2008 Ouagadougou and 2008 Algiers Declarations will be conducted at the end of 2013 – five years after they came into effect. Please visit this page then for the results of the assessment.

---

# Democratic Republic of the Congo:Health workforce - Progress on the Ouagadougou and Algiers Declarations

---

Human resources for health (HRH), or the health workforce, refer to all persons primarily engaged in actions intended to enhance health. Health service providers are the core of every health system and are central to advancing health. Their numbers, quality and distribution correlate with positive outcomes of health service delivery.<sup>15</sup> The objective of HRH management is therefore to ensure that the required health workforce is available and functional (effectively planned for, managed and utilized) to deliver effective health services.<sup>16</sup> In relation to human resources for health, the Ouagadougou Declaration calls for strengthening

The capacity of training institutions, management, and staff motivation and retention in order to enhance the coverage and quality of care in countries.

The following recommendations are proposed for Member States' consideration:

- (a). Develop comprehensive policies and plans for health workforce development within the context of national health policies and plans.
- (b). Advocate for the creation of fiscal (budgetary) space for improved production, retention and performance of the health workforce, including negotiating for a percentage of development funding.
- (c). Strengthen the capacity of training institutions to scale up their production of health managers, decision makers and health workers, including a critical mass of multipurpose and mid-level health workers who can deliver promotive, preventive, curative and rehabilitative health care based on best available evidence.
- (d). Improve systems for the management and stewardship of the health workforce to improve recruitment, utilization, taskshifting and performance, including at the community level.
- (e). Develop and implement health workforce motivation and retention strategies, including management of migration through the development and implementation of bilateral and multilateral agreements to reverse and contain the health worker migration crisis.
- (f). Generate and use evidence through strengthened human resource information subsystems, observatories and research to inform policy and planning implementation, and.
- (g). Foster partnerships and networks of stakeholders to harness the contribution of all in advancing the health workforce agenda.

Assessment of progress on the 2008 Ouagadougou and 2008 Algiers Declarations will be conducted at the end of 2013 – five years after they came into effect. Please visit this page then for the results of the assessment.

---

# Democratic Republic of the Congo: Medical products, equipment and infrastructure

---

Health technologies includes the application of organized technologies and skills in the form of devices, medicines, vaccines, biological equipment, procedures and systems developed to solve a health problem and improve quality of life. E-health applications (including electronic medical records and tele-medicine applications) and traditional medicines are included within the scope of health technologies.

Health technologies are essential when they are evidence-based, cost-effective and meet essential public health needs. In relation to health technologies, the following recommendations are proposed for Member States' consideration:

- (a). Elaborate national policies and plans for health technologies within the context of overall national health policies and plans.
- (b). Increase access to appropriate health technologies, including essential medicines, traditional medicine, vaccines, equipment, devices, eHealth applications, procedures and systems.
- (c). Carry out an inventory and take into account maintenance of medical equipment based on national equipment development and maintenance plans.
- (d). Promote appropriate prescribing and dispensing practices, and educate consumers on safe and optimal use of medicines.
- (e). Ensure enhanced availability and affordability of traditional medicine through measures designed to protect and preserve traditional medical knowledge and national resources for their sustainable use.
- (f). Establish or strengthen national pharmacovigilance systems for health technologies, including herbal medicines.
- (g). Undertake appropriate studies with laboratory support for monitoring the emergence of antimicrobial drug resistance and for combating production, distribution and use of substandard and counterfeit medicines.
- (h). Ensure availability and access to reliable and affordable laboratory and diagnostic services.
- (i). Develop norms and standards and strengthen country capacities to ensure the quality, safety, selection and management of appropriate health technologies based on needs and national infrastructural plans.
- (j). Package medicines and diagnostics such that they are user-friendly in the field.
- (k). Develop national medicine formularies.
- (l). Enforce national policies and regulations to ensure safety and quality of appropriate health technologies.
- (m). Build sustainable capacity in pharmaceutical management as a fundamental component of functional and reliable health systems.
- (n). Establish a mechanism to determine national requirements and forecast needs for essential medicines, commodities, essential technologies and infrastructure.
- (o). Put in place, review or strengthen transparent and accountable procurement, supply management and distributions systems to ensure availability of quality, safe and affordable health technologies, and
- (p). Undertaker national assessments of availability and use of information and communications technology in health technologies.

Assessment of progress on the 2008 Ouagadougou and 2008 Algiers Declarations will be conducted at the end of 2013 – five years after they came into effect. Please visit this page then for the results of the assessment.

---

# Democratic Republic of the Congo:Service delivery - Progress on the Ouagadougou and Algiers Declarations

---

The ultimate goal of the health system is to improve people's health by providing comprehensive, integrated, equitable, quality and responsive essential health services. A functional health system ensures the enjoyment of health as a right by those who need it, especially vulnerable populations, when and where they need it as well as the attainment of universal coverage.

Health services delivery needs to be organized and managed in a way that allows effective and affordable health interventions that are people-centred and reach their beneficiary populations regardless of their ethnicity, geographical location, level of education and economic status. It is important to emphasize that consistent community actions towards health promotion and disease prevention are the most efficient and sustainable ways of ensuring better and equitable health outcomes.

The following recommendations for improving the performance of health service delivery are proposed for countries' consideration:

- (a). Review essential health packages taking into consideration high priority conditions and high impact interventions to achieve universal coverage.
- (b). Develop integrated service delivery models at all levels, taking into account the referral system regardless of the organization and nature of the services (promotive, preventive, curative and rehabilitative) so as to improve the economic efficiency and equity of health services delivery.
- (c). Design health systems that provide comprehensive and integrated health care, ensure patient safety and improve accessibility, affordability and equity in service utilization.
- (d). Institutionalize health services at community level using appropriate mechanisms that are fully described in the NHP and NHSP.
- (e). Develop mechanisms to involve all private health providers to ensure a continuum of care among all citizens, regardless of their economic status.
- (f). Ensure the availability of appropriate, relevant and functional health infrastructure, and
- (g). Design service delivery models utilizing the priority health interventions as an entry point and taking into account the need to ensure universal coverage.

Assessment of progress on the 2008 Ouagadougou and 2008 Algiers Declarations will be conducted at the end of 2013 – five years after they came into effect. Please visit this page then for the results of the assessment.

---



# Democratic Republic of the Congo: Health information, evidence, and knowledge

---

The Algiers Declaration was adopted by the 59th Session of the WHO Regional Committee (September 2009). The Algiers Declaration and the Framework for its implementation include a list of recommendations to countries, which, if implemented, could reinforce the availability, quality and use of knowledge to improve their people's health.

1. Establish broad multidisciplinary national working group composed of information scientists, statisticians, researchers, policy-makers and decision makers from the health, education, science and technology, and other relevant sectors, tasked with initiating the process of implementation of the Algiers Declaration.
2. Establish or strengthen national and multisectoral structures or mechanisms such as national coordination committee to oversee the development and implementation of policies and plans.
3. Conduct a national situation analysis to develop evidence base on the current state of national health information and research systems, and knowledge management, and ensure that the situation analysis is repeated at regular intervals.
4. Establish or strengthen a health research, information and knowledge management unit within the ministry of health to ensure coordination of efforts and to serve as a secretariat to the multidisciplinary national working group.
5. Develop a comprehensive evidence-informed national policy and strategic plan for narrowing the knowledge gap integrating health information, research and knowledge management systems.
6. Ensure that the health information, evidence, and research agenda includes broad and multi-dimensional determinants of health and that all efforts in these areas are linked to national health needs and policy priorities.
7. Adopt policies that promote access to global health information, evidence and knowledge by examining and adopting the application of intellectual property rights and by supporting North-South and public-private research partnerships within the context of the global strategy and plan of actions on public health, innovation and intellectual property.
8. Establish appropriate national policies and mechanisms for scientific and ethical oversight in the collection of data and generation of health information and evidence, including regulation of clinical trials; and for sensitization of people to their role, rights, and obligations when participating in studies
9. Establish or strengthen appropriate mechanisms of cooperation including public private, South-South and North-South cooperation, and technology transfer, and create regional centres of excellence to promote research and generate evidence for better decisions, particularly as regards disease surveillance, public health laboratories, and quality control of food and medicines.
10. Ensure that adequate financial, material and human resources are mobilized and available at each stage of the policy formulation and implementation process, and at all levels.

Countries will also need to consider the following in order to improved the availability and quality of health information and evidence:

11. Identify and integrate all existing sources of reliable information, including information from the private sector.
  12. Institute procedures to ensure the generation and availability of information that meet international norms and standards and to clearly define relations between various components of the health information system
  13. Ensure the availability of relevant and timely health information by increasing the frequency of national demographic and health surveys; completing the 2010 census round; strengthening birth and death registration;
-

carrying out surveillance and gathering service statistics; and enhancing monitoring of health systems strengthening.

14. Improve the management of health information through better analysis and interpretation of data; presentation of information using the proper format to ensure use for decision making; and sharing and reapplying information and experiential knowledge.

15. Promote innovative research directed towards discoveries in basic knowledge and its transformation into new tools such as medicines, vaccines and diagnostics.

16. Ensure the availability of relevant and timely evidence by reorienting the institutional research agenda to pressing local problems such as health systems research.

17. Promote the use of systematic reviews in the production of evidence.

18. Ensure appropriate and adequate generation of evidence by strengthening institutional mechanisms for adequate ethical and scientific review of research from inception to publication and use of results.

19. Promote open access to primary data, samples and published findings of research results.

Better dissemination and sharing of information, evidence and knowledge would require countries to:

20. Support the establishment of health libraries and information centres at local and national levels; link them to regional and international networks; and ensure that they have the necessary infrastructures, systems and human resources.

21. Ensure availability of printed and electronic materials in appropriate formats and languages.

22. Develop and strengthen the evidence base for health systems by consolidating and publishing existing evidence and facilitating knowledge generation in priority areas.

23. Establish mechanisms and procedures for documenting experiential knowledge and best practices in implementing health programmes.

24. Ensure that all local publications (in all formats and languages) are included on the relevant international indexes.

In order to improve the use of information, evidence and knowledge countries should also consider to:

25. Ensure that policy-makers and decision-makers articulate their need for evidence and that they are part of the agenda setting process.

26. Improve the capacity of decision and policy makers to access and apply evidence.

27. Improve the sharing and application of information, evidence and experiential knowledge by, for example, supporting the establishment of Communities of Practice .

28. Support the translation of research results into policy and action by creating appropriate mechanisms and structures including promoting regional and country networks of researchers, decision makers, and policy-makers for evidence-informed public health action.

29. Promote translational and operational research to assess how discoveries might be optimally utilized and strategically implemented to enhance access.

Better access to existing global health information, evidence and knowledge is the foundation to any efforts to narrow the knowledge gap. Countries should:

30. Promote wider use of indexes including those that enable access to local, non-English, and unpublished (i.e., 'gray literature') materials.

31. Improve use of expertise locators and social networks to better access and utilize experiential knowledge.

32. Promote open-access journals and institutional access to copyrighted publications (e.g. through HINARI).

Wider access to information and communication technologies for health is also essential. Within the framework of national ICT development policies and plans, countries would also need to:

33. Develop/strengthen webbased applications and databases.

34. Strengthen the management of databases, information, evidence and knowledge, particularly at district levels.

Countries are also expected to establish or strengthen monitoring and evaluation mechanisms to track the implementation of the Algiers Declaration by identifying relevant input, process, output, and outcome. It is also important to develop or strengthen existing mechanisms in order to institutionalize monitoring and evaluation of all aspects of the implementation of the Declaration.

Assessment of progress on the 2008 Ouagadougou and 2008 Algiers Declarations will be conducted at the end of 2013 – five years after they came into effect. Please visit this page then for the results of the assessment.

## **Democratic Republic of the Congo: Research - Progress on the Ouagadougou and Algiers Declarations**

---

The Algiers Declaration was adopted by the 59th Session of the WHO Regional Committee (September 2009). The Algiers Declaration and the Framework for its implementation include a list of recommendations to countries, which, if implemented, could reinforce the availability, quality and use of knowledge to improve their people's health.

1. Establish broad multidisciplinary national working group composed of information scientists, statisticians, researchers, policy-makers and decision makers from the health, education, science and technology, and other relevant sectors, tasked with initiating the process of implementation of the Algiers Declaration.
  2. Establish or strengthen national and multisectoral structures or mechanisms such as national coordination committee to oversee the development and implementation of policies and plans.
  3. Conduct a national situation analysis to develop evidence base on the current state of national health information and research systems, and knowledge management, and ensure that the situation analysis is repeated at regular intervals.
  4. Establish or strengthen a health research, information and knowledge management unit within the ministry of health to ensure coordination of efforts and to serve as a secretariat to the multidisciplinary national working group.
  5. Develop a comprehensive evidence-informed national policy and strategic plan for narrowing the knowledge gap integrating health information, research and knowledge management systems.
  6. Ensure that the health information, evidence, and research agenda includes broad and multi-dimensional determinants of health and that all efforts in these areas are linked to national health needs and policy priorities.
  7. Adopt policies that promote access to global health information, evidence and knowledge by examining and adopting the application of intellectual property rights and by supporting North-South and public-private research partnerships within the context of the global strategy and plan of actions on public health, innovation and intellectual property.
  8. Establish appropriate national policies and mechanisms for scientific and ethical oversight in the collection of data and generation of health information and evidence, including regulation of clinical trials; and for sensitization of people to their role, rights, and obligations when participating in studies
  9. Establish or strengthen appropriate mechanisms of cooperation including public private, South-South and North-South cooperation, and technology transfer, and create regional centres of excellence to promote
-

research and generate evidence for better decisions, particularly as regards disease surveillance, public health laboratories, and quality control of food and medicines.

10. Ensure that adequate financial, material and human resources are mobilized and available at each stage of the policy formulation and implementation process, and at all levels.

Countries will also need to consider the following in order to improved the availability and quality of health information and evidence:

11. Identify and integrate all existing sources of reliable information, including information from the private sector.

12. Institute procedures to ensure the generation and availability of information that meet international norms and standards and to clearly define relations between various components of the health information system

13. Ensure the availability of relevant and timely health information by increasing the frequency of national demographic and health surveys; completing the 2010 census round; strengthening birth and death registration; carrying out surveillance and gathering service statistics; and enhancing monitoring of health systems strengthening.

14. Improve the management of health information through better analysis and interpretation of data; presentation of information using the proper format to ensure use for decision making; and sharing and reapplying information and experiential knowledge.

15. Promote innovative research directed towards discoveries in basic knowledge and its transformation into new tools such as medicines, vaccines and diagnostics.

16. Ensure the availability of relevant and timely evidence by reorienting the institutional research agenda to pressing local problems such as health systems research.

17. Promote the use of systematic reviews in the production of evidence.

18. Ensure appropriate and adequate generation of evidence by strengthening institutional mechanisms for adequate ethical and scientific review of research from inception to publication and use of results.

19. Promote open access to primary data, samples and published findings of research results.

Better dissemination and sharing of information, evidence and knowledge would require countries to:

20. Support the establishment of health libraries and information centres at local and national levels; link them to regional and international networks; and ensure that they have the necessary infrastructures, systems and human resources.

21. Ensure availability of printed and electronic materials in appropriate formats and languages.

22. Develop and strengthen the evidence base for health systems by consolidating and publishing existing evidence and facilitating knowledge generation in priority areas.

23. Establish mechanisms and procedures for documenting experiential knowledge and best practices in implementing health programmes.

24. Ensure that all local publications (in all formats and languages) are included on the relevant international indexes.

In order to improve the use of information, evidence and knowledge countries should also consider to:

25. Ensure that policy-makers and decision-makers articulate their need for evidence and that they are part of the agenda setting process.

26. Improve the capacity of decision and policy makers to access and apply evidence.

27. Improve the sharing and application of information, evidence and experiential knowledge by, for example, supporting the establishment of Communities of Practice .

28. Support the translation of research results into policy and action by creating appropriate mechanisms and structures including promoting regional and country networks of researchers, decision makers, and policy-makers for evidence-informed public health action.

29. Promote translational and operational research to assess how discoveries might be optimally utilized and strategically implemented to enhance access.

Better access to existing global health information, evidence and knowledge is the foundation to any efforts to narrow the knowledge gap. Countries should:

30. Promote wider use of indexes including those that enable access to local, non-English, and unpublished (i.e., 'gray literature') materials.

31. Improve use of expertise locators and social networks to better access and utilize experiential knowledge.

32. Promote open-access journals and institutional access to copyrighted publications (e.g. through HINARI).

Wider access to information and communication technologies for health is also essential. Within the framework of national ICT development policies and plans, countries would also need to:

33. Develop/strengthen webbased applications and databases.

34. Strengthen the management of databases, information, evidence and knowledge, particularly at district levels.

Countries are also expected to establish or strengthen monitoring and evaluation mechanisms to track the implementation of the Algiers Declaration by identifying relevant input, process, output, and outcome. It is also important to develop or strengthen existing mechanisms in order to institutionalize monitoring and evaluation of all aspects of the implementation of the Declaration.

Assessment of progress on the 2008 Ouagadougou and 2008 Algiers Declarations will be conducted at the end of 2013 – five years after they came into effect. Please visit this page then for the results of the assessment.

---

# Progress on the Libreville Declaration

---

## Democratic Republic of the Congo: Progress on the Libreville Declaration

---

The environment is one of the primary determinants of individual and community health, and exposure to physical, chemical and biological risk factors in the environment can harm human health in various ways. Africa continues to face the “traditional” challenges of poor access to safe drinking water, hygiene and sanitation; absent or poorly designed irrigation and water management systems; and inadequate and poorly constructed road infrastructure, housing and waste management systems. Yet the continent must now also deal with new and emerging challenges, including the effects on health of climate change, accelerated urbanization and indoor and outdoor air pollution.

Increasingly, African governments are becoming motivated to improve environmental conditions in order to protect the health and well-being of their populations. However, in order to tackle the interlinked health and environmental challenges, there was a need for creation of an enhanced awareness among ministries of health and environment of the mutual relevance and benefits of each others’ policies, strategies and programmes.

In an effort to catalyse these linkages, the World Health Organization (WHO) and the United Nations Environment Programme (UNEP) in partnership with the Government of Gabon, organized the first-ever Interministerial Conference for Health and Environment in Africa in Libreville, Gabon, from 26–29 August 2008.

The general objective of the conference was to secure political commitment for catalysing the policy, institutional and investment changes required to reduce environmental threats to health, in support of sustainable development. The specific objectives of the conference were:

- a). To demonstrate the importance of recognizing the interlinkages between the environment and health to achieving sustainable development;
- b). To promote an integrated approach to policy-making in the health and environment sectors that values the services that ecosystems provide to human health;
- c). To agree on specific actions required to leverage the needed changes in institutional arrangements and investment frameworks for mitigating environmental threats to human health.

A two-and-a-half-day scientific and technical meeting took place at la Cité de la Démocratie from 26 to 28 August 2008 to discuss the scientific evidence and programmatic issues. This meeting was followed by the one-and-a-half-day ministerial summit.

The ministers of health and ministers and environment of 52 African countries adopted the Libreville Declaration on Health and Environment in Africa. They declared the following: “We African countries commit ourselves to: 1. Establishing a health and environment strategic alliance, as the basis for plans of joint action;

2. Developing or updating our national, subregional and regional frameworks in order to address more effectively the issue of environmental impacts on health, through integration of these links in policies, strategies, regulations and national development plans;

3. Ensuring integration of agreed objectives in the areas of health and environment in national poverty-reduction strategies by implementing priority intersectoral programmes at all levels, aimed at accelerating achievement of the Millennium Development Goals;

4. Building national, subregional and regional capacities to better prevent environment-related health problems, through the establishment or strengthening of health and environment institutions;

---

5. Supporting knowledge acquisition and management on health and environment, particularly through applied research at local, subregional and regional levels, while ensuring coordination of scientific and technical publications so as to identify knowledge gaps and research priorities and to support education and training at all levels;
6. Establishing or strengthening systems for health and environment surveillance to allow measurement of interlinked health and environment impacts and to identify emerging risks, in order to manage them better;
7. Implementing effectively national, subregional and regional mechanisms for enforcing compliance with international conventions and national regulations to protect populations from health threats related to the environment, including accession to and implementation of the Bamako Convention by those countries that have not done so;
8. Setting up national monitoring and evaluation mechanisms to assess performance in implementing priority programmes and peer review mechanisms to learn from each other's experience;
9. Instituting the practice of systematic assessment of health and environment risks, in particular through the development of procedures to assess impacts on health, and to produce national environment outlook reports;
10. Developing partnerships for targeted and specific advocacy on health and environment issues towards institutions and communities including the youth, parliamentarians, local government, education ministries, civil society and the private sector;
11. Achieving a balance in the allocation of national budgetary resources for intersectoral health and environment programmes."

They called upon WHO and UNEP to:

- support, along with other partners and donors, including the African development banks and African subregional economic communities, the implementation of this Declaration, and to increase their efforts in advocacy, in resource mobilization and in obtaining new and additional investments in order to strengthen the strategic alliance between health and environment;
- help African countries in sharing experiences, developing capacity and establishing a mechanism to monitor progress towards the fulfillment of the commitments made at this conference, through peer review, and to organize a second Interministerial Conference on Health and Environment in Africa before the end of 2010, and;
- support the implementation of health and environment conventions and agreements and the establishment of an African network for surveillance of communicable and noncommunicable diseases, in particular those with environment determinants.

Assessment of progress on the 2008 Libreville Declaration will be conducted in 2013 – five years after it came into effect. Please visit this page then for the result of the assessment.

For your information, the full text of the frameworks for the implementation of the Declaration is reproduced in this section.

This section of the profile on the progress on the Libreville Declaration is structured as follows:

- 8.1 Vector-borne disease
- 8.2 The urban environment
- 8.3 Indoor air pollution and household energy
- 8.4 Water, sanitation, and ecosystems
- 8.5 Climate change
- 8.6 Toxic substances

# Article Sources and Contributors

- Democratic Republic of the Congo:Foreword** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=107926](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=107926) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Introduction to Country Context** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=144571](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=144571) *Contributors:* Mandimbaj, Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Health Status and Trends** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=115616](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=115616) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Analytical summary - Health Status and Trends** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=144591](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=144591) *Contributors:* Mandimbaj, Saboug
- Democratic Republic of the Congo:The Health System** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=51696](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=51696) *Contributors:* Mandimbaj
- Democratic Republic of the Congo:Health system outcomes** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=118641](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=118641) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Leadership and governance - The Health System** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=118956](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=118956) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Community ownership and participation - The Health System** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=119396](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=119396) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Partnerships for health development - The Health System** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=119871](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=119871) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Health information, research, evidence and knowledge** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=119956](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=119956) *Contributors:* Mandimbaj, Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Analytical summary - Health information, research, evidence and knowledge** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=171741](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=171741) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Availability of IT solutions** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=172381](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=172381) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Health financing system** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=120641](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=120641) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Analytical summary - Health financing system** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=172511](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=172511) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Service delivery - The Health System** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=120771](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=120771) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Health workforce - The Health System** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=121226](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=121226) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Analytical summary - Health workforce** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=172586](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=172586) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Medical products, vaccines, infrastructures and equipment** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=121681](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=121681) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Analytical summary - Medical products, vaccines, infrastructures and equipment** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=172821](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=172821) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:General country health policies** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=121796](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=121796) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Universal coverage** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=122386](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=122386) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Specific Programmes and Services** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=122511](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=122511) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:HIV/AIDS** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=123051](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=123051) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Analytical summary - HIV/AIDS** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=173071](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=173071) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Tuberculosis** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=123166](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=123166) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Analytical summary - Tuberculosis** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=173206](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=173206) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Malaria** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=123741](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=123741) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Analytical summary - Malaria** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=173321](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=173321) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Immunization and vaccines development** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=123856](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=123856) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Analytical summary - Immunization and vaccines development** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=173381](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=173381) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Child and adolescent health** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=124431](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=124431) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Maternal and newborn health** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=124546](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=124546) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Gender and women's health** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=125186](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=125186) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Epidemic and pandemic-prone diseases** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=125316](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=125316) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Neglected tropical diseases** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=126076](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=126076) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Non-communicable diseases and conditions** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=126166](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=126166) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Key Determinants** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=126881](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=126881) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Risk factors for health** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=127001](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=127001) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:The physical environment** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=127766](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=127766) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Food safety and nutrition** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=127916](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=127916) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Social determinants** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=128661](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=128661) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Progress on the Health-Related MDGs** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=128806](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=128806) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Analytical summary - Progress on the Health-Related MDGs** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=165796](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=165796) *Contributors:* Saboug



- Democratic Republic of the Congo:Introduction and methods** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=165851](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=165851) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Analytical summary - Health MDGs** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=165876](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=165876) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:MDG Goal 4: Reduce child mortality** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=167666](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=167666) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:MDG Goal 5: Improve maternal health** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=167721](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=167721) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:MDG Goal 6: Combat HIV/AIDS, TB, malaria and other diseases** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=169461](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=169461) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Health-related MDGs** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=170201](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=170201) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Analytical summary - Health-related MDGs** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=170231](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=170231) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:MDG Goal 1: Eradicate extreme poverty and hunger - Health-related MDGs** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=170256](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=170256) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:MDG Goal 7: Ensure environmental sustainability - Health-related MDGs** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=170276](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=170276) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Progress on the Ouagadougou and Algiers Declarations** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=115451](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=115451) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Leadership and governance - Progress on the Ouagadougou and Algiers Declarations** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=162611](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=162611) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Community ownership and participation - Progress on the Ouagadougou and Algiers Declarations** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=162731](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=162731) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Partnerships for health development - Progress on the Ouagadougou and Algiers Declarations** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=162851](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=162851) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Health financing** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=162886](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=162886) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Health workforce - Progress on the Ouagadougou and Algiers Declarations** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=162971](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=162971) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Medical products, equipment and infrastructure** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=163061](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=163061) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Service delivery - Progress on the Ouagadougou and Algiers Declarations** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=163151](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=163151) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Health information, evidence, and knowledge** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=163241](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=163241) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Research - Progress on the Ouagadougou and Algiers Declarations** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=163331](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=163331) *Contributors:* Saboug
- Democratic Republic of the Congo:Progress on the Libreville Declaration** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?oldid=115101](http://www.who.int/profiles_information/index.php?oldid=115101) *Contributors:* Saboug

# Image Sources, Licenses and Contributors

**File:Taille de la population en milliers, en République Démocratique du Congo et dans les pays limitrophes, 2008.JPG** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Taille\\_de\\_la\\_population\\_en\\_milliers\\_en\\_République\\_Démocratique\\_du\\_Congo\\_et\\_dans\\_les\\_pays\\_limitrophes\\_2008.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Taille_de_la_population_en_milliers_en_République_Démocratique_du_Congo_et_dans_les_pays_limitrophes_2008.JPG)

*License:* unknown *Contributors:* Saboug

**File:Espérance de vie à la naissance en années en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2008 et 1990.JPG** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Espérance\\_de\\_vie\\_à\\_la\\_naissance\\_en\\_années\\_en\\_R.\\_D.\\_Congo\\_et\\_dans\\_les\\_pays\\_limitrophes\\_2008\\_et\\_1990.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Espérance_de_vie_à_la_naissance_en_années_en_R._D._Congo_et_dans_les_pays_limitrophes_2008_et_1990.JPG)

*License:* unknown *Contributors:* Saboug

**File:Espérance de vie à la naissance en années en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, par sexe, 2008.JPG** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Espérance\\_de\\_vie\\_à\\_la\\_naissance\\_en\\_années\\_en\\_R.\\_D.\\_Congo\\_et\\_dans\\_les\\_pays\\_limitrophes\\_par\\_sexe\\_2008.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Espérance_de_vie_à_la_naissance_en_années_en_R._D._Congo_et_dans_les_pays_limitrophes_par_sexe_2008.JPG)

*License:* unknown *Contributors:* Saboug

**File:Espérance de vie en bonne santé HALE à la naissance en années en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, par sexe, 2007.JPG** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Espérance\\_de\\_vie\\_en\\_bonne\\_santé\\_HALE\\_à\\_la\\_naissance\\_en\\_années\\_en\\_R.\\_D.\\_Congo\\_et\\_dans\\_les\\_pays\\_limitrophes\\_par\\_sexe\\_2007.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Espérance_de_vie_en_bonne_santé_HALE_à_la_naissance_en_années_en_R._D._Congo_et_dans_les_pays_limitrophes_par_sexe_2007.JPG)

*License:* unknown *Contributors:* Saboug

**File:The health systems access framework.jpg** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:The\\_health\\_systems\\_access\\_framework.jpg](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:The_health_systems_access_framework.jpg) *License:* unknown

*Contributors:* Mandimbaj

**File:Leadership and governance.jpg** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Leadership\\_and\\_governance.jpg](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Leadership_and_governance.jpg) *License:* unknown *Contributors:*

Mandimbaj

**File:Community ownership and participation.jpg** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Community\\_ownership\\_and\\_participation.jpg](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Community_ownership_and_participation.jpg) *License:*

unknown *Contributors:* Mandimbaj

**File:Five mutually reinforcing principles of the Paris Declaration on AIDS Effectiveness 2005.jpg** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Five\\_mutually\\_reinforcing\\_principles\\_of\\_the\\_Paris\\_Declaration\\_on\\_AIDS\\_Effectiveness\\_2005.jpg](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Five_mutually_reinforcing_principles_of_the_Paris_Declaration_on_AIDS_Effectiveness_2005.jpg) *License:* unknown

*Contributors:* Mandimbaj

**File:The health information system.jpg** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:The\\_health\\_information\\_system.jpg](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:The_health_information_system.jpg) *License:* unknown *Contributors:*

Mandimbaj

**File:Couverture des enregistrements des faits d'état civil naissances en RDCongo et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2000-2008.JPG** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Couverture\\_des\\_enregistrements\\_des\\_faits\\_d'état\\_civil\\_naissances\\_en\\_RDCongo\\_et\\_dans\\_les\\_pays\\_limitrophes\\_en\\_pourcentage\\_2000-2008.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Couverture_des_enregistrements_des_faits_d'état_civil_naissances_en_RDCongo_et_dans_les_pays_limitrophes_en_pourcentage_2000-2008.JPG)

*License:* unknown *Contributors:* Saboug

**File:Couverture des enregistrements des faits d'état civil décès en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2000-2008.JPG** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Couverture\\_des\\_enregistrements\\_des\\_faits\\_d'état\\_civil\\_décès\\_en\\_R.\\_D.\\_Congo\\_et\\_dans\\_les\\_pays\\_limitrophes\\_en\\_pourcentage\\_2000-2008.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Couverture_des_enregistrements_des_faits_d'état_civil_décès_en_R._D._Congo_et_dans_les_pays_limitrophes_en_pourcentage_2000-2008.JPG)

*License:* unknown *Contributors:* Saboug

**File:Health system inputs-from financial resources to health interventions.jpg** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Health\\_system\\_inputs-from\\_financial\\_resources\\_to\\_health\\_interventions.jpg](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Health_system_inputs-from_financial_resources_to_health_interventions.jpg) *License:* unknown *Contributors:* Mandimbaj

**File:Dépenses publiques de santé par habitant PPA int. dollar en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2007 et 2000.JPG** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Dépenses\\_publicques\\_de\\_santé\\_par\\_habitant\\_PPA\\_int.\\_dollar\\_en\\_R.\\_D.\\_Congo\\_et\\_dans\\_les\\_pays\\_limitrophes\\_2007\\_et\\_2000.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Dépenses_publicques_de_santé_par_habitant_PPA_int._dollar_en_R._D._Congo_et_dans_les_pays_limitrophes_2007_et_2000.JPG)

*License:* unknown *Contributors:* Saboug

**File:Total des dépenses de santé en pourcentage du PIB en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2007 et 2000.JPG** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Total\\_des\\_dépenses\\_de\\_santé\\_en\\_pourcentage\\_du\\_PIB\\_en\\_R.\\_D.\\_Congo\\_et\\_dans\\_les\\_pays\\_limitrophes\\_2007\\_et\\_2000.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Total_des_dépenses_de_santé_en_pourcentage_du_PIB_en_R._D._Congo_et_dans_les_pays_limitrophes_2007_et_2000.JPG)

*License:* unknown *Contributors:* Saboug

**File:Dépenses publiques de santé en pourcentage du total des dépenses de santé en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2007 et 2000.JPG** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Dépenses\\_publicques\\_de\\_santé\\_en\\_pourcentage\\_du\\_total\\_des\\_dépenses\\_de\\_santé\\_en\\_R.\\_D.\\_Congo\\_et\\_dans\\_les\\_pays\\_limitrophes\\_2007\\_et\\_2000.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Dépenses_publicques_de_santé_en_pourcentage_du_total_des_dépenses_de_santé_en_R._D._Congo_et_dans_les_pays_limitrophes_2007_et_2000.JPG)

*License:* unknown *Contributors:* Saboug

**File:Dépenses publiques de santé en pourcentage du total des dépenses publiques de santé en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2007 et 2000.JPG** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Dépenses\\_publicques\\_de\\_santé\\_en\\_pourcentage\\_du\\_total\\_des\\_dépenses\\_publicques\\_de\\_santé\\_en\\_R.\\_D.\\_Congo\\_et\\_dans\\_les\\_pays\\_limitrophes\\_2007\\_et\\_2000.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Dépenses_publicques_de_santé_en_pourcentage_du_total_des_dépenses_publicques_de_santé_en_R._D._Congo_et_dans_les_pays_limitrophes_2007_et_2000.JPG)

*License:* unknown *Contributors:* Saboug

**File:Ressources extérieures en pourcentage du total des dépenses de santé en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2007 et 2000.JPG** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Ressources\\_extérieures\\_en\\_pourcentage\\_du\\_total\\_des\\_dépenses\\_de\\_santé\\_en\\_R.\\_D.\\_Congo\\_et\\_dans\\_les\\_pays\\_limitrophes\\_2007\\_et\\_2000.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Ressources_extérieures_en_pourcentage_du_total_des_dépenses_de_santé_en_R._D._Congo_et_dans_les_pays_limitrophes_2007_et_2000.JPG)

*License:* unknown *Contributors:* Saboug

**File:Dépenses privées de santé en pourcentage du total des dépenses de santé en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2007 et 2000.JPG** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Dépenses\\_privées\\_de\\_santé\\_en\\_pourcentage\\_du\\_total\\_des\\_dépenses\\_de\\_santé\\_en\\_R.\\_D.\\_Congo\\_et\\_dans\\_les\\_pays\\_limitrophes\\_2007\\_et\\_2000.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Dépenses_privées_de_santé_en_pourcentage_du_total_des_dépenses_de_santé_en_R._D._Congo_et_dans_les_pays_limitrophes_2007_et_2000.JPG)

*License:* unknown *Contributors:* Saboug

**File:Paiements directs en pourcentage des dépenses privées de santé en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2007 et 2000.JPG** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Paiements\\_directs\\_en\\_pourcentage\\_des\\_dépenses\\_privées\\_de\\_santé\\_en\\_R.\\_D.\\_Congo\\_et\\_dans\\_les\\_pays\\_limitrophes\\_2007\\_et\\_2000.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Paiements_directs_en_pourcentage_des_dépenses_privées_de_santé_en_R._D._Congo_et_dans_les_pays_limitrophes_2007_et_2000.JPG)

*License:* unknown *Contributors:* Saboug

**File:Total des dépenses de santé par habitant PPA Dollar int. en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2007 et 2000.JPG** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Total\\_des\\_dépenses\\_de\\_santé\\_par\\_habitant\\_PPA\\_Dollar\\_int.\\_en\\_R.\\_D.\\_Congo\\_et\\_dans\\_les\\_pays\\_limitrophes\\_2007\\_et\\_2000.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Total_des_dépenses_de_santé_par_habitant_PPA_Dollar_int._en_R._D._Congo_et_dans_les_pays_limitrophes_2007_et_2000.JPG)

*License:* unknown *Contributors:* Saboug

**File:Primary care as a hub of coordination-networking within the community served and with outside partners.jpg** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Primary\\_care\\_as\\_a\\_hub\\_of\\_coordination-networking\\_within\\_the\\_community\\_served\\_and\\_with\\_outside\\_partners.jpg](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Primary_care_as_a_hub_of_coordination-networking_within_the_community_served_and_with_outside_partners.jpg)

*License:* unknown *Contributors:* Mandimbaj

**File:Forces driving the workforce.jpg** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Forces\\_driving\\_the\\_workforce.jpg](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Forces_driving_the_workforce.jpg) *License:* unknown *Contributors:*

Mandimbaj

**File:Nombre de médecin pour 10.000 habitants en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2000-2009.JPG** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Nombre\\_de\\_médecin\\_pour\\_10.000\\_habitants\\_en\\_R.\\_D.\\_Congo\\_et\\_dans\\_les\\_pays\\_limitrophes\\_2000-2009.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Nombre_de_médecin_pour_10.000_habitants_en_R._D._Congo_et_dans_les_pays_limitrophes_2000-2009.JPG) *License:*

unknown *Contributors:* Saboug

**File:Nombre d'infirmier et sage-femme pour 10.000 habitants en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2000-2009.JPG** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Nombre\\_d'infirmier\\_et\\_sage-femme\\_pour\\_10.000\\_habitants\\_en\\_R.\\_D.\\_Congo\\_et\\_dans\\_les\\_pays\\_limitrophes\\_2000-2009.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Nombre_d'infirmier_et_sage-femme_pour_10.000_habitants_en_R._D._Congo_et_dans_les_pays_limitrophes_2000-2009.JPG)

*License:* unknown *Contributors:* Saboug

**File:Major components of the medicines market.jpg** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Major\\_components\\_of\\_the\\_medicines\\_market.jpg](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Major_components_of_the_medicines_market.jpg)

*License:* unknown *Contributors:* Mandimbaj

**File:Disponibilité médiane d'une sélection de médicaments génériques dans un échantillon de structures de santé en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2001-2008.JPG** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Disponibilité\\_médiane\\_d'une\\_sélection\\_de\\_médicaments\\_génériques\\_dans\\_un\\_échantillon\\_de\\_structures\\_de\\_santé\\_en\\_R.\\_D.\\_Congo\\_et\\_dans\\_les\\_pays\\_limitrophes\\_en\\_pourcentage\\_2001-2008.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Disponibilité_médiane_d'une_sélection_de_médicaments_génériques_dans_un_échantillon_de_structures_de_santé_en_R._D._Congo_et_dans_les_pays_limitrophes_en_pourcentage_2001-2008.JPG)

*License:* unknown *Contributors:* Saboug

**File:Ratio du prix médian pour le consommateur d'une sélection de médicaments génériques ratio du prix median local par rapport à un prix de référence internationale en RDC et pays limitrophes, 2001 - 2008.JPG** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Ratio\\_du\\_prix\\_médian\\_pour\\_le\\_consommateur\\_d'une\\_sélection\\_de\\_médicaments\\_génériques\\_ratio\\_du\\_prix\\_median\\_local\\_par\\_rapport\\_à\\_un\\_prix\\_de\\_référence\\_internationale\\_en\\_RDC\\_et\\_pays\\_limitrophes\\_2001\\_-\\_2008.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Ratio_du_prix_médian_pour_le_consommateur_d'une_sélection_de_médicaments_génériques_ratio_du_prix_median_local_par_rapport_à_un_prix_de_référence_internationale_en_RDC_et_pays_limitrophes_2001_-_2008.JPG)

*License:* unknown *Contributors:* Saboug

**File:Lits d'hôpitaux pour 10.000 habitants en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2000-2009.JPG** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Lits\\_d'hopitaux\\_pour\\_10.000\\_habitants\\_en\\_R.\\_D.\\_Congo\\_et\\_dans\\_les\\_pays\\_limitrophes\\_2000-2009.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Lits_d'hopitaux_pour_10.000_habitants_en_R._D._Congo_et_dans_les_pays_limitrophes_2000-2009.JPG) *License:*

unknown *Contributors:* Saboug

**File: The PHC reforms necessary to refocus health systems towards health for all.jpg** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:The\\_PHC\\_reforms\\_necessary\\_to\\_refocus\\_health\\_systems\\_towards\\_health\\_for\\_all.jpg](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:The_PHC_reforms_necessary_to_refocus_health_systems_towards_health_for_all.jpg) *License:* unknown *Contributors:* Mandimbaj

**File: Three ways of moving towards universal coverage.jpg** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Three\\_ways\\_of\\_moving\\_towards\\_universal\\_coverage.jpg](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Three_ways_of_moving_towards_universal_coverage.jpg) *License:* unknown *Contributors:* Mandimbaj

**File: Taux de mortalité due au VIH SIDA pour 100.000 habitants en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2007.JPG** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Taux\\_de\\_mortalité\\_due\\_au\\_VIH\\_SIDA\\_pour\\_100.000\\_habitants\\_en\\_R.\\_D.\\_Congo\\_et\\_dans\\_les\\_pays\\_limitrophes\\_2007.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Taux_de_mortalité_due_au_VIH_SIDA_pour_100.000_habitants_en_R._D._Congo_et_dans_les_pays_limitrophes_2007.JPG) *License:* unknown *Contributors:* Saboug

**File: Personnes vivant avec le VIH SIDA recevant un traitement antirétroviral en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2009 et 2007.JPG** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Personnes\\_vivant\\_avec\\_le\\_VIH\\_SIDA\\_recevant\\_un\\_traitement\\_antirétroviral\\_en\\_R.\\_D.\\_Congo\\_et\\_dans\\_les\\_pays\\_limitrophes\\_en\\_pourcentage\\_2009\\_et\\_2007.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Personnes_vivant_avec_le_VIH_SIDA_recevant_un_traitement_antirétroviral_en_R._D._Congo_et_dans_les_pays_limitrophes_en_pourcentage_2009_et_2007.JPG) *License:* unknown *Contributors:* Saboug

**File: Personnes âgées de 15-49 ans vivant avec le VIH en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2007 et 2001.JPG** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Personnes\\_âgées\\_de\\_15\\_à\\_49\\_ans\\_vivant\\_avec\\_le\\_VIH\\_en\\_R.\\_D.\\_Congo\\_et\\_dans\\_les\\_pays\\_limitrophes\\_en\\_pourcentage\\_2007\\_et\\_2001.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Personnes_âgées_de_15_à_49_ans_vivant_avec_le_VIH_en_R._D._Congo_et_dans_les_pays_limitrophes_en_pourcentage_2007_et_2001.JPG) *License:* unknown *Contributors:* Saboug

**File: Hommes de 15 à 24 ans utilisant un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque, en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2002-2006.JPG** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Hommes\\_de\\_15\\_à\\_24\\_ans\\_utilisant\\_un\\_préservatif\\_lors\\_du\\_dernier\\_rapport\\_sexuel\\_à\\_haut\\_risque\\_en\\_R.\\_D.\\_Congo\\_et\\_dans\\_les\\_pays\\_limitrophes\\_en\\_pourcentage\\_2002-2006.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Hommes_de_15_à_24_ans_utilisant_un_préservatif_lors_du_dernier_rapport_sexuel_à_haut_risque_en_R._D._Congo_et_dans_les_pays_limitrophes_en_pourcentage_2002-2006.JPG) *License:* unknown *Contributors:* Saboug

**File: Femmes de 15 à 24 ans utilisant un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque, en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2002-2006.JPG** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Femmes\\_de\\_15\\_à\\_24\\_ans\\_utilisant\\_un\\_préservatif\\_lors\\_du\\_dernier\\_rapport\\_sexuel\\_à\\_haut\\_risque\\_en\\_R.\\_D.\\_Congo\\_et\\_dans\\_les\\_pays\\_limitrophes\\_en\\_pourcentage\\_2002-2006.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Femmes_de_15_à_24_ans_utilisant_un_préservatif_lors_du_dernier_rapport_sexuel_à_haut_risque_en_R._D._Congo_et_dans_les_pays_limitrophes_en_pourcentage_2002-2006.JPG) *License:* unknown *Contributors:* Saboug

**File: Proportion des hommes âgés de 15 à 24 ans ayant une connaissance générale et correcte du VIH SIDA en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2000-2007.JPG** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Proportion\\_des\\_hommes\\_âgés\\_de\\_15\\_à\\_24\\_ans\\_ayant\\_une\\_connaissance\\_générale\\_et\\_correcte\\_du\\_VIH\\_SIDA\\_en\\_R.\\_D.\\_Congo\\_et\\_dans\\_les\\_pays\\_limitrophes\\_2000-2007.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Proportion_des_hommes_âgés_de_15_à_24_ans_ayant_une_connaissance_générale_et_correcte_du_VIH_SIDA_en_R._D._Congo_et_dans_les_pays_limitrophes_2000-2007.JPG) *License:* unknown *Contributors:* Saboug

**File: Proportion des femmes âgées de 15 à 24 ans ayant une connaissance générale et correcte du VIH SIDA en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2000-2007.JPG** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Proportion\\_des\\_femmes\\_âgées\\_de\\_15\\_à\\_24\\_ans\\_ayant\\_une\\_connaissance\\_générale\\_et\\_correcte\\_du\\_VIH\\_SIDA\\_en\\_R.\\_D.\\_Congo\\_et\\_dans\\_les\\_pays\\_limitrophes\\_2000-2007.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Proportion_des_femmes_âgées_de_15_à_24_ans_ayant_une_connaissance_générale_et_correcte_du_VIH_SIDA_en_R._D._Congo_et_dans_les_pays_limitrophes_2000-2007.JPG) *License:* unknown *Contributors:* Saboug

**File: Ratio de scolarisation des orphelins par rapport aux non-orphelins en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2000-2006 et 1991-1999.JPG** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Ratio\\_de\\_scolarisation\\_des\\_orphelins\\_par\\_rapport\\_aux\\_non-orphelins\\_en\\_R.\\_D.\\_Congo\\_et\\_dans\\_les\\_pays\\_limitrophes\\_2000-2006\\_et\\_1991-1999.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Ratio_de_scolarisation_des_orphelins_par_rapport_aux_non-orphelins_en_R._D._Congo_et_dans_les_pays_limitrophes_2000-2006_et_1991-1999.JPG) *License:* unknown *Contributors:* Saboug

**File: Taux d'incidence de la tuberculose pour 100.000 habitants par année en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2008 et 2000.JPG** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Taux\\_d'incidence\\_de\\_la\\_tuberculose\\_pour\\_100.000\\_habitants\\_par\\_année\\_en\\_R.\\_D.\\_Congo\\_et\\_dans\\_les\\_pays\\_limitrophes\\_2008\\_et\\_2000.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Taux_d'incidence_de_la_tuberculose_pour_100.000_habitants_par_année_en_R._D._Congo_et_dans_les_pays_limitrophes_2008_et_2000.JPG) *License:* unknown *Contributors:* Saboug

**File: Prévalence de la tuberculose pour 100.000 habitants par année en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2008 et 2000.JPG** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Prévalence\\_de\\_la\\_tuberculose\\_pour\\_100.000\\_habitants\\_par\\_année\\_en\\_R.\\_D.\\_Congo\\_et\\_dans\\_les\\_pays\\_limitrophes\\_2008\\_et\\_2000.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Prévalence_de_la_tuberculose_pour_100.000_habitants_par_année_en_R._D._Congo_et_dans_les_pays_limitrophes_2008_et_2000.JPG) *License:* unknown *Contributors:* Saboug

**File: Taux de mortalité due à la tuberculose pour 100.000 habitants par année en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2007 et 2000.JPG** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Taux\\_de\\_mortalité\\_due\\_à\\_la\\_tuberculose\\_pour\\_100.000\\_habitants\\_par\\_année\\_en\\_R.\\_D.\\_Congo\\_et\\_dans\\_les\\_pays\\_limitrophes\\_2007\\_et\\_2000.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Taux_de_mortalité_due_à_la_tuberculose_pour_100.000_habitants_par_année_en_R._D._Congo_et_dans_les_pays_limitrophes_2007_et_2000.JPG) *License:* unknown *Contributors:* Saboug

**File: Taux de détection de la tuberculose sous stratégie DOTS en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2007 et 2000.JPG** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Taux\\_de\\_détection\\_de\\_la\\_tuberculose\\_sous\\_stratégie\\_DOTs\\_en\\_R.\\_D.\\_Congo\\_et\\_dans\\_les\\_pays\\_limitrophes\\_en\\_pourcentage\\_2007\\_et\\_2000.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Taux_de_détection_de_la_tuberculose_sous_stratégie_DOTs_en_R._D._Congo_et_dans_les_pays_limitrophes_en_pourcentage_2007_et_2000.JPG) *License:* unknown *Contributors:* Saboug

**File: Cas de paludisme notifiés en millions en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2008.JPG** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Cas\\_de\\_paludisme\\_notifiés\\_en\\_millions\\_en\\_R.\\_D.\\_Congo\\_et\\_dans\\_les\\_pays\\_limitrophes\\_2008.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Cas_de_paludisme_notifiés_en_millions_en_R._D._Congo_et_dans_les_pays_limitrophes_2008.JPG) *License:* unknown *Contributors:* Saboug

**File: Enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2009-2005 et 2004-2000.JPG** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Enfants\\_de\\_moins\\_de\\_5\\_ans\\_dormant\\_sous\\_une\\_moustiquaire\\_imprégnée\\_d'insecticide\\_en\\_R.\\_D.\\_Congo\\_et\\_dans\\_les\\_pays\\_limitrophes\\_en\\_pourcentage\\_2009-2005\\_et\\_2004-2000.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Enfants_de_moins_de_5_ans_dormant_sous_une_moustiquaire_imprégnée_d'insecticide_en_R._D._Congo_et_dans_les_pays_limitrophes_en_pourcentage_2009-2005_et_2004-2000.JPG) *License:* unknown *Contributors:* Saboug

**File: Proportion d'enfants de moins de 5 ans fiévreux et ayant reçu un traitement antipaludique quelconque en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, 2000-2008.JPG** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Proportion\\_d'enfants\\_de\\_moins\\_de\\_5\\_ans\\_fiévreux\\_et\\_ayant\\_reçu\\_un\\_traitement\\_antipaludique\\_quelconque\\_en\\_R.\\_D.\\_Congo\\_et\\_dans\\_les\\_pays\\_limitrophes\\_2000-2008.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Proportion_d'enfants_de_moins_de_5_ans_fiévreux_et_ayant_reçu_un_traitement_antipaludique_quelconque_en_R._D._Congo_et_dans_les_pays_limitrophes_2000-2008.JPG) *License:* unknown *Contributors:* Saboug

**File: Nouveau-nés protégés à la naissance contre le tétanos néonatal en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2008 et 1990.JPG** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Nouveau-nés\\_protégés\\_à\\_la\\_naissance\\_contre\\_le\\_tétanos\\_néonatal\\_en\\_R.\\_D.\\_Congo\\_et\\_dans\\_les\\_pays\\_limitrophes\\_en\\_pourcentage\\_2008\\_et\\_1990.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Nouveau-nés_protégés_à_la_naissance_contre_le_tétanos_néonatal_en_R._D._Congo_et_dans_les_pays_limitrophes_en_pourcentage_2008_et_1990.JPG) *License:* unknown *Contributors:* Saboug

**File: Couverture vaccinale DTC3 chez les enfants âgés d'un an en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2008 et 1990.JPG** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Couverture\\_vaccinale\\_DTC3\\_chez\\_les\\_enfants\\_âgés\\_d'un\\_an\\_en\\_R.\\_D.\\_Congo\\_et\\_dans\\_les\\_pays\\_limitrophes\\_en\\_pourcentage\\_2008\\_et\\_1990.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Couverture_vaccinale_DTC3_chez_les_enfants_âgés_d'un_an_en_R._D._Congo_et_dans_les_pays_limitrophes_en_pourcentage_2008_et_1990.JPG) *License:* unknown *Contributors:* Saboug

**File: Couverture vaccinale HepB3 chez les enfants âgés d'un an en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, en pourcentage, 2008.JPG** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Couverture\\_vaccinale\\_HepB3\\_chez\\_les\\_enfants\\_âgés\\_d'un\\_an\\_en\\_R.\\_D.\\_Congo\\_et\\_dans\\_les\\_pays\\_limitrophes\\_en\\_pourcentage\\_2008.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Couverture_vaccinale_HepB3_chez_les_enfants_âgés_d'un_an_en_R._D._Congo_et_dans_les_pays_limitrophes_en_pourcentage_2008.JPG) *License:* unknown *Contributors:* Saboug

**File: OBJECTIF 1 – Réduction de l'extrême pauvreté et de la faim-DRC.png** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:OBJECTIF\\_1\\_–\\_Réduction\\_de\\_l'extrême\\_pauvreté\\_et\\_de\\_la\\_faim-DRC.png](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:OBJECTIF_1_–_Réduction_de_l'extrême_pauvreté_et_de_la_faim-DRC.png) *License:* unknown *Contributors:* Mandimbaj

**File: OBJECTIF 2 – Assurer l'éducation primaire pour tous-DRC.png** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:OBJECTIF\\_2\\_–\\_Assurer\\_l'éducation\\_primaire\\_pour\\_tous-DRC.png](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:OBJECTIF_2_–_Assurer_l'éducation_primaire_pour_tous-DRC.png) *License:* unknown *Contributors:* Mandimbaj

**File: OBJECTIF 3 – Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes-DRC.png** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:OBJECTIF\\_3\\_–\\_Promouvoir\\_l'égalité\\_des\\_sexes\\_et\\_l'autonomisation\\_des\\_femmes-DRC.png](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:OBJECTIF_3_–_Promouvoir_l'égalité_des_sexes_et_l'autonomisation_des_femmes-DRC.png) *License:* unknown *Contributors:* Mandimbaj

**File: OBJECTIF 4 – Réduire la mortalité infantile-DRC.png** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:OBJECTIF\\_4\\_–\\_Réduire\\_la\\_mortalité\\_infantile-DRC.png](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:OBJECTIF_4_–_Réduire_la_mortalité_infantile-DRC.png) *License:* unknown *Contributors:* Mandimbaj

**File: OBJECTIF 5 - Améliorer la santé maternelle-DRC.png** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:OBJECTIF\\_5\\_–\\_Améliorer\\_la\\_santé\\_maternelle-DRC.png](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:OBJECTIF_5_–_Améliorer_la_santé_maternelle-DRC.png) *License:* unknown *Contributors:* Mandimbaj

**File: OBJECTIF 6 – Combattre le VIH-sida le paludisme et d'autres maladies-DRC.png** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:OBJECTIF\\_6\\_–\\_Combattre\\_le\\_VIH-sida\\_le\\_paludisme\\_et\\_d'autres\\_maladies-DRC.png](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:OBJECTIF_6_–_Combattre_le_VIH-sida_le_paludisme_et_d'autres_maladies-DRC.png) *License:* unknown *Contributors:* Mandimbaj

**File: OBJECTIF 7 – Assurer un environnement durable-DRC.png** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:OBJECTIF\\_7\\_–\\_Assurer\\_un\\_environment\\_durable-DRC.png](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:OBJECTIF_7_–_Assurer_un_environment_durable-DRC.png) *License:* unknown *Contributors:* Mandimbaj

**File: OBJECTIF 8 – Mettre en place un partenariat mondial pour le développement-DRC.png** *Source:*

[http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:OBJECTIF\\_8\\_–\\_Mettre\\_en\\_place\\_un\\_partenariat\\_mondial\\_pour\\_le\\_développement-DRC.png](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:OBJECTIF_8_–_Mettre_en_place_un_partenariat_mondial_pour_le_développement-DRC.png) *License:* unknown *Contributors:* Mandimbaj

**File: OMD1-DRC.png** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:OMD1-DRC.png](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:OMD1-DRC.png) *License:* unknown *Contributors:* Mandimbaj

**File: OMD2-DRC.png** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:OMD2-DRC.png](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:OMD2-DRC.png) *License:* unknown *Contributors:* Mandimbaj

**File:OMD3-DRC.png** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:OMD3-DRC.png](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:OMD3-DRC.png) *License:* unknown *Contributors:* Mandimbaj

**File:OMD4-DRC.png** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:OMD4-DRC.png](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:OMD4-DRC.png) *License:* unknown *Contributors:* Mandimbaj

**File:OMD5-DRC.png** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:OMD5-DRC.png](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:OMD5-DRC.png) *License:* unknown *Contributors:* Mandimbaj

**File:OMD6-DRC.png** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:OMD6-DRC.png](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:OMD6-DRC.png) *License:* unknown *Contributors:* Mandimbaj

**File:OMD7-DRC.png** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:OMD7-DRC.png](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:OMD7-DRC.png) *License:* unknown *Contributors:* Mandimbaj

**File:OMD8-DRC.png** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:OMD8-DRC.png](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:OMD8-DRC.png) *License:* unknown *Contributors:* Mandimbaj

**File:Map-DRC.png** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Map-DRC.png](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Map-DRC.png) *License:* unknown *Contributors:* Mandimbaj

**File:Figure 4.1 Evolution tendancielle de la mortalité infantile-DRC.png** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Figure\\_4.1\\_Evolution\\_tendancielle\\_de\\_la\\_mortalité\\_infantile-DRC.png](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Figure_4.1_Evolution_tendancielle_de_la_mortalité_infantile-DRC.png) *License:* unknown *Contributors:* Mandimbaj

**File:Figure 4.2 Evolution de la mortalité infanto-juvénile-DRC.png** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Figure\\_4.2\\_Evolution\\_de\\_la\\_mortalité\\_infanto-juvénile-DRC.png](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Figure_4.2_Evolution_de_la_mortalité_infanto-juvénile-DRC.png) *License:* unknown *Contributors:* Mandimbaj

**File:Figure 5.1 Evolution de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes-DRC.png** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Figure\\_5.1\\_Evolution\\_de\\_l'utilisation\\_des\\_méthodes\\_contraceptives\\_modernes-DRC.png](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Figure_5.1_Evolution_de_l'utilisation_des_méthodes_contraceptives_modernes-DRC.png) *License:* unknown *Contributors:* Mandimbaj

**File:Figure 5.2 Evolution des consultations prénatales-DRC.png** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Figure\\_5.2\\_Evolution\\_des\\_consultations\\_prénatales-DRC.png](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Figure_5.2_Evolution_des_consultations_prénatales-DRC.png) *License:* unknown *Contributors:* Mandimbaj

**File:Figure 6.1 Prévalence du VIH parmi les femmes enceintes-DRC.png** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Figure\\_6.1\\_Prévalence\\_du\\_VIH\\_parmi\\_les\\_femmes\\_enceintes-DRC.png](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Figure_6.1_Prévalence_du_VIH_parmi_les_femmes_enceintes-DRC.png) *License:* unknown *Contributors:* Mandimbaj

**File:Figure 6.2 Prévalence du VIH dans les sites sentinelles de la RDC-DRC.png** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Figure\\_6.2\\_Prévalence\\_du\\_VIH\\_dans\\_les\\_sites\\_sentinelles\\_de\\_la\\_RDC-DRC.png](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Figure_6.2_Prévalence_du_VIH_dans_les_sites_sentinelles_de_la_RDC-DRC.png) *License:* unknown *Contributors:* Mandimbaj

**File:Enfants de moins de 5 ans présentant un déficit pondéral en 2000-2009, comparé à la cible OMD en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, en pourcentage.JPG** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Enfants\\_de\\_moins\\_de\\_5\\_ans\\_présentant\\_un\\_déficit\\_pondéral\\_en\\_2000-2009\\_comparé\\_à\\_la\\_cible\\_OMD\\_en\\_R.\\_D.\\_Congo\\_et\\_dans\\_les\\_pays\\_limitrophes\\_en\\_pourcentage.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Enfants_de_moins_de_5_ans_présentant_un_déficit_pondéral_en_2000-2009_comparé_à_la_cible_OMD_en_R._D._Congo_et_dans_les_pays_limitrophes_en_pourcentage.JPG) *License:* unknown *Contributors:* Saboug

**File:Population utilisant des sources d'eau potable en 2008, comparé à la cible OMD, en R. D. Congo et dans les pays limitrophes, en pourcentage.JPG** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Population\\_utilisant\\_des\\_sources\\_d'eau\\_potable\\_en\\_2008\\_comparé\\_à\\_la\\_cible\\_OMD\\_en\\_R.\\_D.\\_Congo\\_et\\_dans\\_les\\_pays\\_limitrophes\\_en\\_pourcentage.JPG](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Population_utilisant_des_sources_d'eau_potable_en_2008_comparé_à_la_cible_OMD_en_R._D._Congo_et_dans_les_pays_limitrophes_en_pourcentage.JPG) *License:* unknown *Contributors:* Saboug

**File:Pourcentage des enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale modérée-DRC.png** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Pourcentage\\_des\\_enfants\\_de\\_moins\\_de\\_5\\_ans\\_présentant\\_une\\_insuffisance\\_pondérale\\_modérée-DRC.png](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Pourcentage_des_enfants_de_moins_de_5_ans_présentant_une_insuffisance_pondérale_modérée-DRC.png) *License:* unknown *Contributors:* Mandimbaj

**File:Ouagadougou and alger declarations.jpg** *Source:* [http://www.who.int/profiles\\_information/index.php?title=File:Ouagadougou\\_and\\_alger\\_declarations.jpg](http://www.who.int/profiles_information/index.php?title=File:Ouagadougou_and_alger_declarations.jpg) *License:* unknown *Contributors:* Mandimbaj