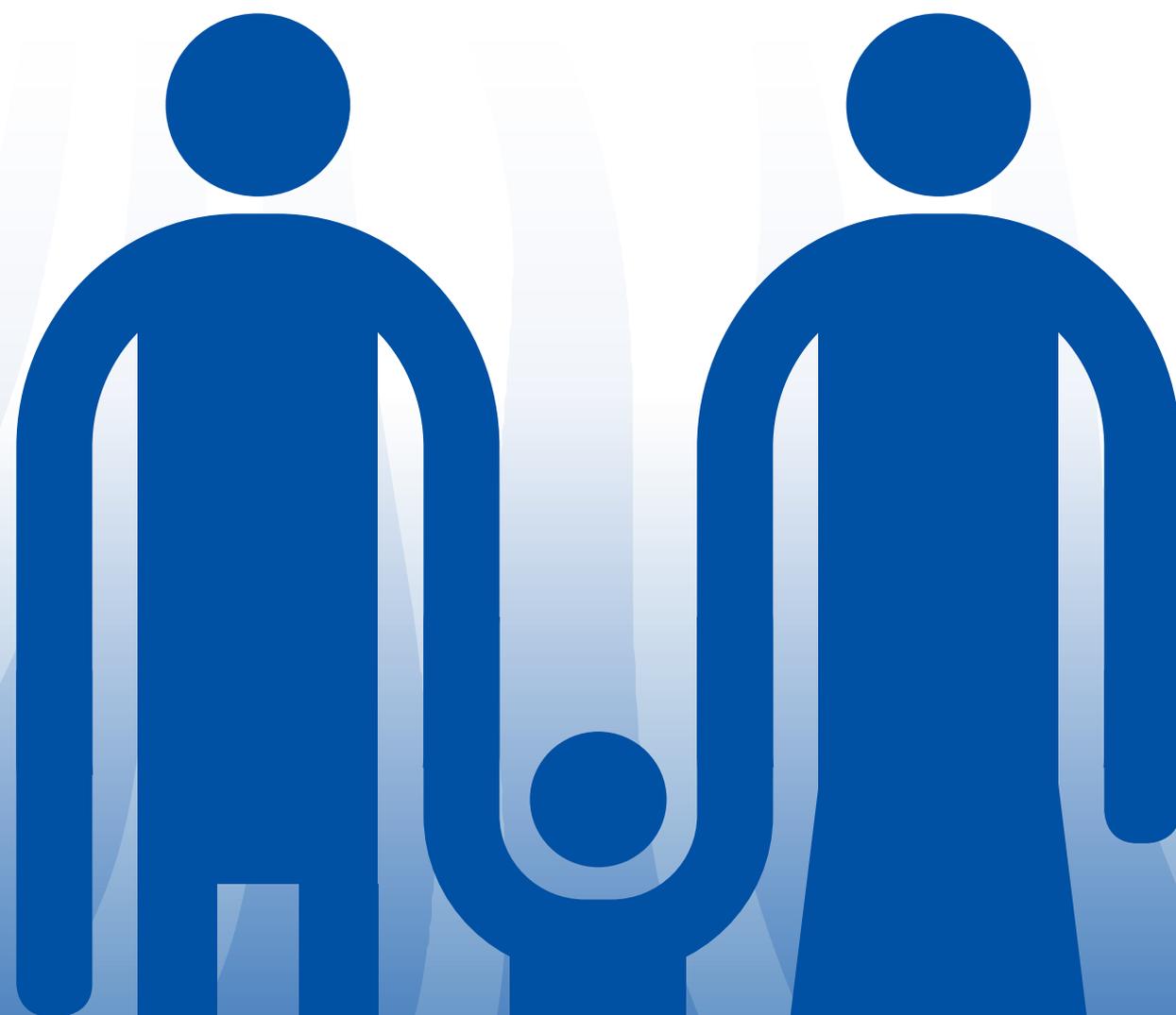




RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE,  
HYGIÈNE ET PRÉVENTION  
SECRETARIAT GÉNÉRAL



**PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL  
A VISION MULTISECTORIELLE DE LA**

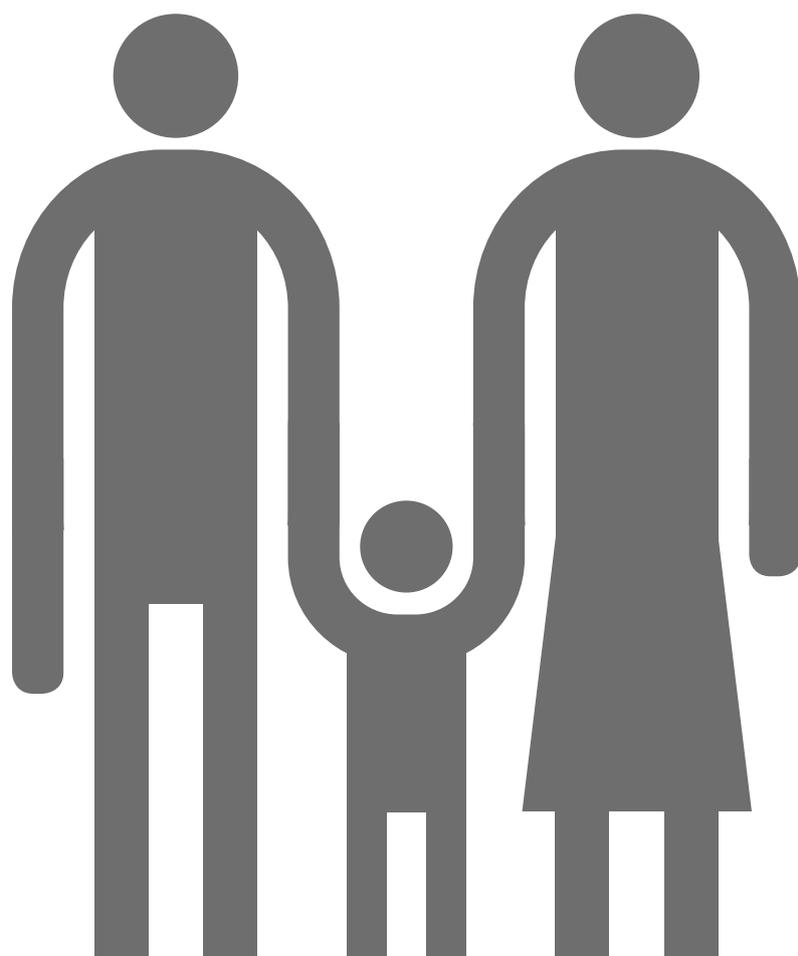
# **PLANIFICATION FAMILIALE**

**2021-2025 AVEC REGARD SUR 2030**





RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE,  
HYGIÈNE ET PRÉVENTION  
SECRETARIAT GÉNÉRAL



**PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL  
A VISION MULTISECTORIELLE DE LA  
PLANIFICATION  
FAMILIALE  
2021-2025 AVEC REGARD SUR 2030**

## REMERCIEMENTS

*Dr. Body ILONGA BOMPOKO  
Secrétaire Général ai à la Santé*



La République Démocratique du Congo vient d'achever l'élaboration de son deuxième Plan stratégique National Multisectoriel de Planification Familiale (PSNM-PF) pour la période 2021-2025. Le premier plan stratégique PF allait de 2014 à 2020. L'actuel plan comprend quelques particularités, notamment les thématiques relatives à la Couverture Santé Universelle et à la COVID-19. C'est un plan stratégique à vision multisectorielle qui a connu pour sa rédaction et sa finalisation la participation de plusieurs autres structures et personnes travaillant dans divers domaines et ayant, tous, le même objectif de soutenir la cause de la planification familiale en RDC.

J'exprime ma profonde gratitude à son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé Publique, Hygiène et Prévention ainsi qu'à Madame la Vice-Ministre de la Santé Publique, Hygiène et Prévention qui ont cru en la nécessité de ce document et en ont permis la matérialisation.

Mes remerciements s'adressent particulièrement au leadership du PNSR pour avoir conduit tous les travaux avec efficacité jusqu'au résultat final sans oublier les cadres et experts du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention qui ont travaillé, sans relâche dans un climat parfois difficile, mais convivial.

J'exprime ma reconnaissance au Consultant principal pour la rédaction de ce document, le professeur Ngo Bebe qui malgré ses nombreuses occupations n'a pas failli à sa mission. Il en est de même pour le Professeur Guégant pour son assistance technique. Son accompagnement distanciel et sa contribution ont permis de réelles avancées au comité de pilotage mis en place pendant la rédaction du document.

Je ne pourrais terminer cette page de remerciements, sans adresser ma gratitude à tous nos partenaires techniques et financiers impliqués dans la santé sexuelle et reproductive en général, plus particulièrement la planification familiale, pour leurs apports divers dans la rédaction de ce document. Je citerai, sans être exhaustif : OMS, USAID, UNFPA, ENGENDERHEALTH, TULANE UNIVERSITY, PROSANI-USAID, DKT INTERNATIONAL, FP CAPE, PATHFINDER, MSI, OPTIONS, ABEF, IPAS, EGPAF, ...

Un tout grand merci est adressé d'une part, à tous les membres du comité de pilotage (COPIL) et experts issus des différents Ministères (Santé Publique, Plan, Budget, Finances, Affaires Sociales, Genre et famille,...), et d'autre part aux ONG locales et de la société civile, qui, malgré leurs occupations, ont largement contribué à l'élaboration et à la finalisation de ce document.

Enfin, nous remercions tous ceux qui, de près ou de loin, dans des conditions parfois difficiles, ont donné le meilleur d'eux-mêmes pour la réussite de ce travail.

LE SECRETAIRE GENERAL a.i.

Dr. Body ILONGA BOMPOKO





*Dr. Jean-Jacques MBUNGANI MBANDA*  
*Ministre de la Santé Publique, Hygiène et Prévention*

La République Démocratique du Congo s'est inscrite sur la voie de l'évolution de la modernité à travers ses gouvernements successifs, avec la volonté affichée d'améliorer le bien-être des filles et des fils du pays et de tous ceux qui y résident. Le Ministère de la Santé, à travers son Plan National de Développement sanitaire révisé, le PNDS 2019-2022, a donné une place de choix à la Santé de la mère et de l'enfant à travers les actions à haut impact visant principalement la réduction de la mortalité maternelle et infantile, dont les indicateurs sont restés au rouge depuis de nombreuses années.

Plusieurs stratégies formulées aident à la réduction de la mortalité maternelle parmi lesquelles la Planification Familiale (PF). En plus, la Loi N° 18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la Santé Publique, aborde en son Titre III, la problématique de la Santé de la Reproduction (SR). Dans ses chapitres 2 et 3, la loi autorise la contraception pour toute personne en âge de procréer, dans la mesure où la personne bénéficie de toutes les informations nécessaires pour éclairer sa décision sur l'utilisation de la contraception à des fins de Planification Familiale. Ici, les personnes seules ou en couple ont le droit de discuter librement et avec discernement du nombre d'enfants qu'ils désirent avoir, de l'espacement des naissances en fonction de leurs besoins et moyens.

Le choix de la femme reste primordial selon la loi, car c'est sur elle que repose tout le poids d'éventuelles nombreuses grossesses et des accouchements rapprochés ainsi que leurs conséquences, dans un monde qui consacre la parité homme-femme. En outre, pour avoir souscrit aux ODD, la réduction de la mortalité maternelle et infantile en dessous du seuil de deux chiffres reste un des objectifs impératifs à atteindre pour notre pays.

Ainsi, le programme du gouvernement en matière de santé a inscrit à l'axe 49, la mise en œuvre de la couverture santé universelle afin que chaque fille et chaque fils du pays puissent accéder à des soins de santé de qualité sans que cela n'impacte négativement sur ses finances. Les services de planification familiale font partie du paquet minimum d'activités (PMA) offert à toute personne demandeur.

Ce nouveau Plan Stratégique de la Planification Familiale 2021-2025 s'aligne sur ces objectifs du gouvernement pour un épanouissement individuel et collectif de la population. Les études ont montré que la Planification Familiale, réduit à elle seule entre 20 et 30 % la morbi-mortalité maternelle due aux avortements clandestins qui surviennent sur au moins la moitié des grossesses non désirées, qui constituent un fléau chez les jeunes. Ce plan projette en général l'augmentation de la prévalence contraceptive dans tout le pays et la réduction sensible des besoins non satisfaits.

Les experts des différents Ministères impliqués dans le domaine de la Planification Familiale prennent chaque jour à cœur leur mission pour atteindre ces objectifs pour le quinquennat 2021-2025, en étroite collaboration avec les PTF dont l'apport n'est plus à démontrer. La réalisation de ce Plan Stratégique National Multisectoriel de la Planification Familiale va aussi aider tous les partenaires à l'atteinte d'autres objectifs, dont la diminution de la pauvreté, par une parenté responsable, la diminution de la morbi-mortalité maternelle et infantile, l'amélioration de l'état de santé général de la population et la participation de tous au développement, pour une émergence d'une RDC où les richesses nationales profiteront réellement à sa population.

Ministre de la Santé Publique, Hygiène et  
Prévention

Dr. Jean-Jacques MBUNGANI MBANDA



REMERCIEMENTS	1
PRÉFACE	2
TABLE DES MATIÈRES	3
ABRÉVIATIONS	5
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	7
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	8
<b>0. INTRODUCTION</b>	<b>10</b>
<b>1. PROFIL DU PAYS</b>	<b>11</b>
1.1. Situation politico-administrative	11
1.2. Situation géographique	11
1.3. Situation démographique	12
1.4. Situation socio-économique	13
1.5. Situation socio-culturelle	14
1.6. Organisation structurelle du système de santé	15
<b>2. ANALYSE DE LA SITUATION ET DE LA REPONSE</b>	<b>16</b>
2.1. Bref rappel historique sur la Planification Familiale en RDC	16
2.2. Prévalence contraceptive moderne et traditionnelle	17
2.2.1. Distribution des méthodes contraceptives	17
2.2.2. Distribution des provinces par rapport au TPCm	18
2.3. Situation de la demande en matière de contraception	19
2.4. Prestation des services de planification familiale	20
2.4.1. Couverture en services de planification familiale	20
2.4.2. Qualité des services de la PF	23
2.4.3. Facteurs influençant l'utilisation des services PF	25
2.5. Analyse de l'offre des services PF	27
2.5.1. Gouvernance et environnement politique et légal en faveur de la PF	27
2.5.2. Financement	28
2.5.3. Approvisionnement en commodités de la PF	29
2.5.4. Equipements et infrastructures	30
2.5.5. Information Sanitaire	31
2.5.6. Communication pour le changement de comportement	31
2.6. Synthèse des problèmes prioritaires	32



<b>3.</b>	<b>ORIENTATIONS STRATEGIQUES</b>	<b>34</b>
3.1.	Vision	34
3.2.	Objectif général	34
3.3.	Valeurs et principes directeurs	34
3.4.	Axes stratégiques	36
3.5.	Objectifs spécifiques et résultats attendus par axe stratégique	36
3.5.1.	Obtention de l'engagement effectif du gouvernement et des bailleurs en faveur de la Planification Familiale	36
3.5.2.	Accroissement de l'accès aux services de Planification Familiale	37
3.5.3.	Amélioration de la qualité des services de PF	37
3.5.4.	Création de la demande des services de Planification Familiale	38
3.5.5.	Amélioration du système logistique d'approvisionnement en contraceptifs	38
3.5.6.	Renforcement du système d'évaluation de progrès	38
<b>4.</b>	<b>MISE EN OEUVRE DU PLAN STRATEGIQUE</b>	<b>39</b>
4.1.	Conditions de la mise en œuvre	39
4.2.	Les opportunités d'investissement en PF	39
4.3.	Cadre conceptuel de la mise en œuvre du plan stratégique	40
4.4.	Coordination et modalités de mise en œuvre de ce plan	47
4.5.	Suivi et évaluation du plan stratégique	48
4.5.1.	Modalités de suivi et évaluation	48
4.5.2.	Indicateurs des résultats	48
4.5.3.	Quelques pistes de recherche en PF	52
4.6.	Budgétisation du plan	52
4.6.1.	Estimations des coûts d'achats des contraceptifs	52
4.6.2.	Autres coûts associés au plan et à l'atteinte de ses objectifs	53
4.6.3.	Budget synthèse	54
4.6.4.	Financement du plan	55
	<b>CONCLUSION</b>	<b>56</b>
	<b>ANNEXES</b>	<b>57</b>



1. TABLEAUX		
Tableau 1 :	Population totale, et nombre de femmes en âge de procréer projetées pour la RDC de 2020-2030	13
Tableau 2 :	Répartition par méthodes contraceptives (Mix Method) entre 2013 et 2018	17
Tableau 3 :	Formations sanitaires avec PF	20
Tableau 4 :	Aire de Santé avec Distribution Communautaire de la PF	21
Tableau 5 :	Rupture de stock par méthode les six derniers mois de 2020 (DHIS2)	24
Tableau 6 :	Évolution du budget alloué à l'achat des contraceptifs de 2016 à 2020	28
Tableau 7 :	Souscription pour achat des contraceptifs de 2016 à 2020 en RDC (présenté à la 17ème Assemblée Générale de RHSC*, SEATTLE 2016)	30
Tableau 8 :	Définition des interventions prioritaires, des responsables et orientations	40
Tableau 9 :	Cadre de suivi et évaluation du plan stratégique	48
Tableau 10 :	Estimations du coût d'achat des contraceptifs pour atteindre les objectifs de prévalence retenue (en \$)	53
Tableau 11 :	Budget synthèse des estimations des coûts par an et par rubrique budgétaire (\$ US)	54
2. FIGURES		
Figure 1 :	Carte géographique de la RDC	12
Figure 2 :	Classement de provinces sur la Courbe S de la prévalence contraceptive	18
Figure 3 :	Situation de la demande exprimée en matière de contraception en RDC (MICS 2018)	20
Figure 4 :	Consultations de renouvellement des produits de planning familial en 2018, 2019 et 2020	23
Figure 5 :	Présence d'au moins un prestataire formé en PF dans la FOSA avec PF (EPSS, 2017-2018)	24





## ABRÉVIATIONS

ABEF-ND	ASSOCIATION POUR LE BIEN-ÊTRE FAMILIAL- NAISSANCE DÉSIRABLE
ANIC	ASSOCIATION NATIONALE DES INFIRMIERS DU CONGO
AS	AIRE DE SANTÉ
ASD	ACTION SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT
ASF	ASSOCIATION SANTÉ FAMILIALE
AZBEF	ASSOCIATION ZAÏROISE DE BIEN ETRE FAMILIAL
CAO	CADRE D'ACCÉLÉRATION DES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT
CAFI	INITIATIVE POUR LES FORÊTS DE L'AFRIQUE CENTRALE
C-CHANGE	COMMUNICATION FOR CHANGE
CNND	COMITÉ NATIONAL DES NAISSANCES DÉSIRABLES
CNRPF	CONFÉRENCE NATIONALE POUR LE REPOSITIONNEMENT DE LA PLANIFICATION FAMILIALE
CPN	CONSULTATION PRÉNATALE
CPON	CONSULTATION POSTNATALE
CPP	COMITÉ POLITIQUE ET DE PLAIDOYER
CPS	CONSULTATION PRÉSCOLAIRE
CS	CENTRE DE SANTÉ
CTMP	COMITÉ TECHNIQUE MULTI SECTORIEL PERMANENT
CONAPO	COMITÉ NATIONAL DE LA POPULATION
DBC	DISTRIBUTION À BASE COMMUNAUTAIRE
DDSSP	DIRECTION DE DÉVELOPPEMENT DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES
DEP	DIRECTION D'ETUDES ET DE PLANIFICATION
DHS	DEMOGRAPHIC HEALTH SURVEY
DMPA-SC	ACÉTATE DE MÉDROXYPROGESTÉRONNE RETARD SOUS-CUTANÉ
DPS	DIVISION PROVINCIALE DE LA SANTÉ
DSCR II	DOCUMENT DE STRATÉGIE DE CROISSANCE ET DE RÉDUCTION DE LA PAUVRETÉ DE 2ÈME GÉNÉRATION
DSFGS	DIRECTION DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES GROUPES SPÉCIFIQUES
EDS	ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ
ELS	ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ
ESP	ÉCOLE DE SANTÉ PUBLIQUE
ESURS	ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, UNIVERSITAIRE ET DE RECHERCHES SCIENTIFIQUES
FCDO (DFID)	FOREIGN COMMONWEALTH AND DEVELOPMENT OFFICE / (DEPARTMENT FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT)
FOSA	FORMATION SANITAIRE
FPET	FAMILY PLANNING ESTIMATION TOOL (OUTIL D'ESTIMATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE)
GFAE	GENRE FAMILLE ET ENFANT
GIBS	GROUPE INTER BAILLEURS DE SANTÉ
HGR	HÔPITAL GÉNÉRAL DE RÉFÉRENCE
IMA	INTERCHURCH MEDICAL ASSISTANCE
INS	INSTITUT NATIONAL DES STATISTIQUES
IPPF	INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION



IRC	INTERNATIONAL RESCUE COMMITTEE
IRD	INSTITUT DE RECHERCHE POUR LE DÉVELOPPEMENT
MICS	MULTI INDICATOR CLUSTER SURVEY
MSH	MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH
MSI	MARIE STOPES INTERNATIONAL
MSP	MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
MSPHP	MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, HYGIÈNE ET PRÉVENTION
OMS	ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
ONG	ORGANISATION NON GOUVERNEMENTALE
PARSS	PROGRAMME D'APPUI À LA RÉHABILITATION DU SECTEUR DE LA SANTÉ
PCA	PAQUETS COMPLÉMENTAIRES D'ACTIVITÉS
PESS	PROJET D'ÉQUIPEMENT DES STRUCTURES SANITAIRES
PF	PLANIFICATION FAMILIALE
PFN	PLANIFICATION FAMILIALE NATURELLE
PIB	PRODUIT INTÉRIEUR BRUT
PMA	PAQUET MINIMUM D'ACTIVITÉS
PMA2020	PERFORMANCE MONITORING AND ACCOUNTABILITY 2020
PNAM	PROGRAMME NATIONAL D'APPROVISIONNEMENT EN MÉDICAMENTS
PNDS	PLAN NATIONAL DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE
PNSA	PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ DES ADOLESCENTS
PNSR	PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION
PPDS	PLAN PROVINCIAL DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE
PROSANI	PROJET DE SANTÉ INTÉGRÉ
PROVIC	PROJET DE VIH/SIDA INTÉGRÉ AU CONGO
PSI	POPULATION SERVICE INTERNATIONAL
PSND	PROJET DES SERVICES DES NAISSANCES DÉSIRABLES
PTF	PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS
PTME	PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIH
RDC	RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO
SCEV	SERVICES D'ÉDUCATION À LA VIE
SCOGO	SOCIÉTÉ CONGOLAISE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE
SCOSAF	SOCIÉTÉ CONGOLAISE DES SAGES FEMME
SNIS	SYSTÈME NATIONAL D'INFORMATION SANITAIRE
SR	SANTÉ DE LA REPRODUCTION
SSP	SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES
SPSR	SÉCURISATION DES PRODUITS DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION
UCPPF	UNION CONGOLAISE DES PRESTATAIRES EN PLANIFICATION FAMILIALE
UNAAC	UNION NATIONALE DES ACCOUCHEURS ET ACCOUCHEUSES DU CONGO
UND	UNITÉ DE NAISSANCES DÉSIRABLES
UNFPA	FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION (UNITED NATIONS POPULATION FUND)
USAID	AGENCE DES ÉTATS-UNIS POUR LE DÉVELOPPEMENT INTERNATIONAL
ZS	ZONE DE SANTÉ



Ce Plan stratégique est le deuxième plan à vision multisectorielle consacré à la planification familiale. Il se projette dans l'accélération de l'augmentation du taux de prévalence de la contraception moderne chez toutes les femmes en âge de procréer.

Dans la période allant de 2014 à 2020, des progrès ont été observés, mais les résultats obtenus ont été insuffisants au regard des principaux objectifs qui étaient fixés. Ces résultats mitigés sont notamment liés à un environnement socio-économique caractérisé par :

- Les réformes institutionnelles, dont la décentralisation politico-administrative qui a changé la configuration du pays en passant de 11 à 26 provinces ;
- La croissance démographique soutenue avec un taux de croissance annuelle de 3,2 % par an ; et donc une augmentation rapide du nombre de femmes en âge de procréer ;
- Une croissance économique qui est restée inférieure à la croissance démographique, d'où le maintien de l'état de pauvreté de la population, compromettant ainsi les investissements publics dans les secteurs sociaux, dont la santé ;
- Un impact négatif des urgences humanitaires, accentuées par la pandémie du COVID-19, qui ont fait reculer la perspective de bénéficier du dividende démographique ;
- Une persistance des pesanteurs socioculturelles qui empêchent les femmes et les jeunes de jouir librement de leurs droits à la santé sexuelle et reproductive sans discrimination ni stigmatisation.

L'organisation du système de santé du pays avec ses changements issus de la réforme des institutions de l'État n'a pas encore apporté un soutien conséquent et suffisant à la planification familiale. Ainsi, malgré les engagements pris au plus haut sommet de l'État, la planification familiale connaît toujours une situation de faiblesse caractérisée par plusieurs problèmes, entre autres :

- Un faible niveau d'exécution du budget de l'État alloué à la planification familiale, mais aussi une faible coordination des interventions et des intervenants ;
- Un taux de couverture en établissements des soins offrant les services de planification familiale qui ne dépasse pas les 60 % ;
- Une qualité insuffisante des services qui se traduit par un nombre limité de prestataires formés, ainsi que par de fréquentes ruptures de stock en contraceptifs ;
- Une quantité insuffisante des produits contraceptifs par rapport aux besoins du pays, ce qui entraîne une faible disponibilité des contraceptifs au point de prestation de services ;
- Une faible qualité des données générées par la plupart de formations sanitaires et des distributeurs à base communautaire ;
- Un financement insuffisant des interventions liées à la création de la demande à travers des activités de communication pour le changement social et de comportement.

Ces problèmes ne sont pas répartis de la même manière sur l'ensemble du territoire national. Par exemple, la majorité des provinces n'ont pas encore atteint un niveau de prévalence contraceptive moderne de plus de 15 % chez les femmes en âge de procréer.

Malgré la panoplie de problèmes identifiés, la vision du gouvernement en matière de planification familiale reste « Que tous les Congolais en âge de procréer aient un accès à des services de planification familiale de qualité à un coût abordable, quelles que soient leur classe sociale, leur situation géographique, leur appartenance politique ou religieuse ».



Cependant, l'ambition affichée pour la période de 2021 à 2025 est d'augmenter significativement la prévalence de la contraception moderne chez toutes les femmes en âge de procréer pour atteindre un taux de 23 % en 2025, ce qui correspond à une augmentation de 1,5 point de pourcentage par an. Cette ambition est en phase avec l'engagement du pays au niveau international qui vise une prévalence contraceptive de 30 %, à l'horizon 2030, avec 1,7 point de pourcentage par an entre 2025 et 2030. Cet objectif traduit également le fondement stratégique de ce plan qui est basé sur l'accélération de l'augmentation du taux de prévalence de la contraception moderne.

Pour atteindre l'objectif de 2025, six axes stratégiques ont été définis, avec des objectifs spécifiques, des résultats ainsi que des interventions prioritaires correspondantes. Les six axes stratégiques sont essentiellement représentatifs des principaux problèmes préalablement identifiés. Ces axes visent :

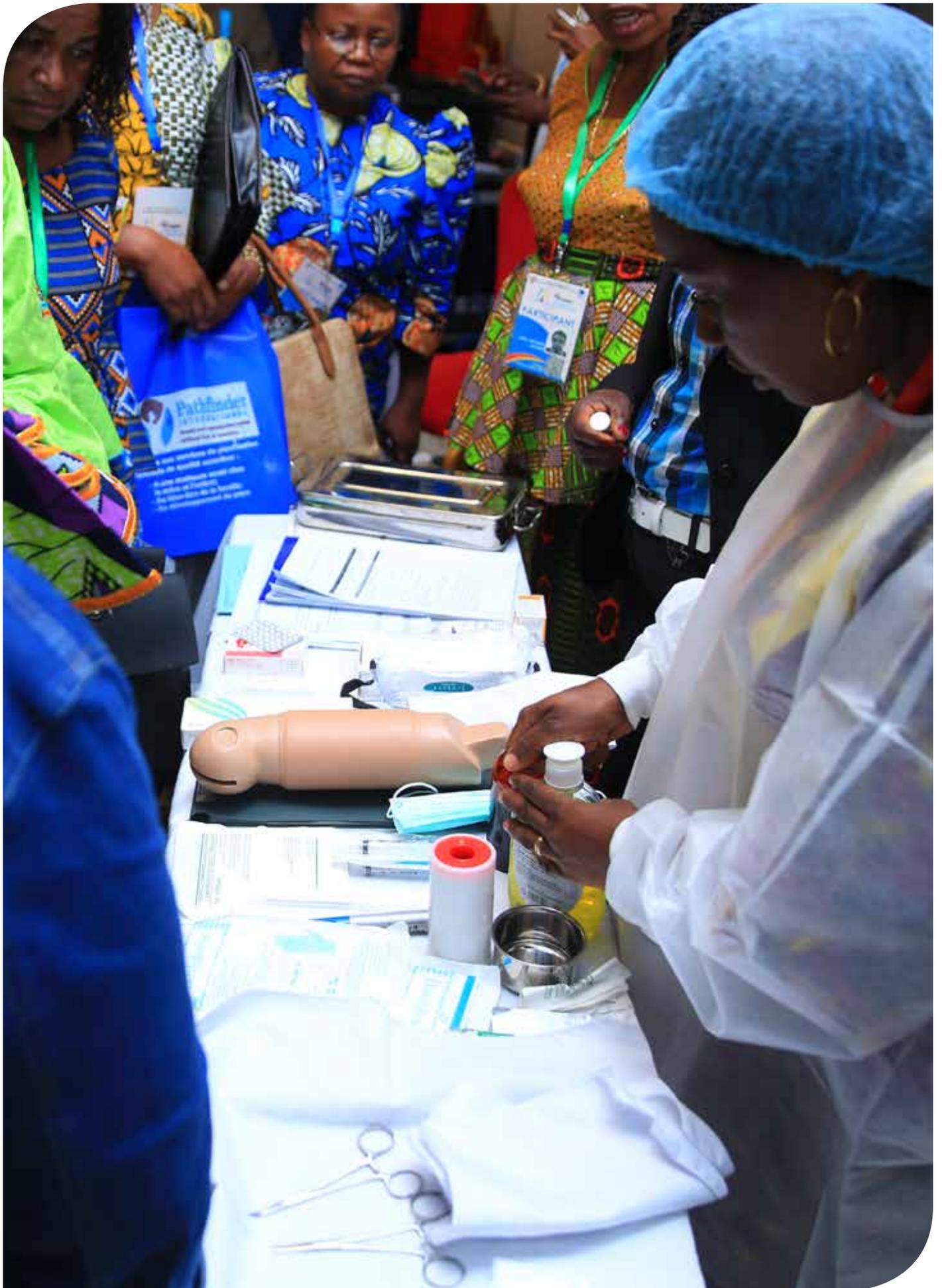
1. L'obtention de l'engagement effectif du gouvernement et des bailleurs en faveur de la Planification Familiale
2. L'accroissement de l'accès aux services de Planification Familiale
3. L'amélioration de la qualité des services de Planification Familiale
4. La création de la demande des services de Planification Familiale
5. L'amélioration du système logistique d'approvisionnement en contraceptifs
6. Le Renforcement du système d'évaluation de progrès.

Plusieurs conditions nécessaires pour la mise en œuvre du plan ont été proposées. De même, les opportunités d'investissements sont suggérées en fonction de la performance observée dans les différentes provinces. Le cadre de mise en œuvre reprend les interventions prioritaires positionnées par axe stratégique, avec les organisations de mise en œuvre à impliquer et les directives sur les activités à mener. Le cadre de suivi et évaluation reprend les principaux indicateurs des résultats, regroupés également par axes stratégiques, avec les valeurs cibles et de référence, ainsi que les sources probables des données.

La budgétisation du plan est élaborée sur la base des hypothèses de travail qui sous-tendent les estimations des coûts, aussi bien pour les coûts d'achat des contraceptifs que pour les coûts associés à la mise en œuvre du plan stratégique. Ainsi le budget total s'élève à près de 215 millions de \$ US sur les 5 ans du plan. Ce budget comprend deux parties essentielles, d'une part au moins 96 millions de \$ US pour l'achat des contraceptifs, soit 45 %, d'autre part près de 119 millions de \$ US pour les coûts associés qui représentent 55 % du budget. Ce budget sera financé par des ressources externes et internes, respectivement par les partenaires techniques et financiers et les organisations internationales de mise en œuvre comme par le budget de l'État, pour lequel il faudra mettre en place des mécanismes efficaces pour l'obtention du décaissement des fonds budgétés.

Pour tous les partenaires de la planification familiale en République Démocratique du Congo, ce plan stratégique est un outil d'orientation pour le déploiement de leurs interventions, mais aussi un outil de plaidoyer pour une plus grande mobilisation de ressources pour faire face aux besoins non satisfaits par rapport à l'offre des services de planification familiale.





Selon la volonté de toutes les parties prenantes qui travaillent dans le domaine de la planification familiale en République Démocratique du Congo, ce Plan Stratégique National Multisectoriel de la Planification Familiale pour la période de 2021 à 2025 s'inscrit dans la continuité du précédent et premier Plan Stratégique de la planification familiale 2014-2020. C'est dans cette perspective que la vision et les options stratégiques sont reconduites, actualisées et consolidées afin de renforcer l'efficacité et la continuité des interventions menées sur le terrain.

Pour la période allant de 2014 à 2020, des progrès ont été observés, mais les résultats obtenus ont été insuffisants au regard des principaux objectifs qui étaient fixés. Cependant, l'ambition affichée pour la période de 2021 à 2025 est d'obtenir une meilleure performance du programme de planification familiale en augmentant significativement la prévalence de la contraception moderne chez toutes les femmes en âge de procréer.

Ce plan stratégique est destiné à orienter les efforts de toutes les parties prenantes à la planification familiale en RDC pour atteindre l'objectif fixé en 2025. Pour ce faire, ce document traduit le plus large consensus possible de tous les acteurs de la planification familiale. Il constitue un outil de référence et de travail qui doit être suffisamment vulgarisé.

Le processus d'élaboration de ce plan a été largement inclusif, dans la mesure où il a fait appel à la participation des bailleurs de fonds et de toutes les organisations qui mettent en œuvre des activités de planification familiale à tous les niveaux du système de santé du pays, ainsi que celles des autres secteurs concernés. Ainsi, les principales catégories suivantes ont été représentées dans les différentes activités organisées : les cadres du PNSR, du PNSA, des Directions centrales et du Secrétariat général à la santé publique ; les représentants des autres Ministères partenaires de la PF ; les délégués provinciaux représentant les DPS et autres structures provinciales ; les délégués des PTF et des organisations nationales et internationales qui mettent en œuvre des activités de PF ; ainsi que les experts nationaux et internationaux sollicités pour leur expertise.

Plusieurs méthodes de travail ont été utilisées sur une période allant d'avril à décembre 2021 : les réunions et séances de travail en présentiel ou en mode virtuel ; le travail de production confié aux consultants ; les ateliers de production ou de validation des documents en présentiel ou en mode virtuel ; les revues individuelles des productions partagées, et autres.

Dans son contenu, le document est organisé en quatre parties essentielles. La première est consacrée au profil-pays qui reprend les principaux éléments du contexte général. La deuxième concerne l'analyse de la situation de la planification familiale et de la réponse pays. La troisième donne les orientations stratégiques pour guider le travail des acteurs en planification familiale. La quatrième et dernière partie décrit le processus de la matérialisation de la mise en œuvre du plan stratégique.





# 1



## PROFIL DU PAYS

### I.1. SITUATION POLITICO-ADMINISTRATIVE

Aux termes de la constitution de 2006, la République Démocratique du Congo est composée de 26 provinces, y compris la ville de Kinshasa, toutes dotées de la personnalité juridique conformément à l'article 2 de la Constitution de la 3ème République. Le pays compte 56 villes, 145 territoires, 471 secteurs, 261 chefferies, 337 communes urbaines, 267 communes rurales et 5 397 groupements.

Cette organisation repose sur la politique de la décentralisation qui guide l'action du Gouvernement dans les réformes institutionnelles, toujours en cours et organisées en trois paliers, qui consacrent une pluralité des centres de décisions autonomes, mais complémentaires : (i) la réorganisation ou le découpage du territoire national avec le nombre de provinces qui est passé de 11 à 26; (ii) une plus grande autonomie politique, administrative, financière et économique accordée à la province; (iii) et une décentralisation administrative effective qui confère le statut d'Entité Territoriale Décentralisée à la Ville, la Commune, le Secteur et la Chefferie.

Toutes ces réformes font partie des priorités des actions gouvernementales en vue d'accélérer l'amélioration des conditions sociales de la population par l'accès aux services sociaux de base de qualité comme l'eau, la santé, l'éducation, la sécurité alimentaire, l'environnement, et autres. Dans le secteur de la santé, le programme de planification familiale devrait ainsi également bénéficier de la multiplication des centres et niveaux de décisions qui responsabilisent encore plus les provinces et même les Entités Territoriales Décentralisées, en lieu et place d'un seul centre de décision basé au Gouvernement central à Kinshasa. Cependant, le processus des réformes administratives et politiques doit encore bénéficier d'une part du transfert partiel des pouvoirs, des compétences, des responsabilités, des ressources et des charges aux Provinces et aux Entités Territoriales Décentralisées, et d'autre part, de la participation effective de la population dans le processus de prise de décision sur les problèmes qui la concerne dans sa vie et son bien être au quotidien, dont la planification familiale.



## I.2. SITUATION GÉOGRAPHIQUE

La République démocratique du Congo se situe en Afrique centrale, à cheval sur l'équateur, avec une superficie de 2 345 409 km<sup>2</sup>. Elle partage 9,165 kilomètres de frontière avec neuf pays limitrophes. Elle est limitée au nord par la République Centrafricaine et le Soudan du Sud, à l'Ouest par la République du Congo et l'enclave angolaise de Kabinda, à l'Est par l'Ouganda, le Burundi, le Rwanda et la Tanzanie, et au Sud par la Zambie et l'Angola.

Figure I : Carte de la RDC



### I.3. SITUATION DÉMOGRAPHIQUE

Lors du recensement scientifique de 1984, la RDC abritait une population estimée à 29 millions contre 13,5 millions en 1958. Mi 2020, cette population était estimée à 101,9 millions par l'Institut National des Statistiques (INS) . De son côté, la Division de la population des Nations unies dans leurs projections publiées mi 2019 , a estimé la population de la RDC en 2020 à 89,6 millions, à partir de plusieurs sources détaillées . Mais alors que les résultats de l'EDS de 2013-2014 ont bien été pris en compte, ceux de l'enquête MICS 2017-2018 publiés en décembre 2019, ne l'ont pas été.

La prise en compte des résultats de la MICS 2017-2018 et de l'EDS de 2013-2014, dans une actualisation des projections 2019 des Nations unies à l'aide du logiciel SPECTRUM (version 6.08) a conduit à estimer la population de la RDC en 2020 à 90,2 millions, ce qui correspond à une densité moyenne de 40 habitants au km<sup>2</sup>, une fécondité de 6,0 enfants par femme en 2020 (contre 5,7 pour les Nations unies), et un taux de croissance annuel de 3,2 % par an (contre 3,1 % par an pour les Nations unies).

Les résultats pour la population totale et le nombre de femmes de 15-49 ans en âge de procréer jusqu'en 2030 des projections SPECTRUM réalisées dans le cadre de l'élaboration de ce Plan stratégique sont présentés dans le tableau n° 1.

<sup>1</sup>INS, Projections démographiques 2019 - 2025 (en milliers). Ces projections limitées à 2025 utilisent curieusement un taux de croissance annuel très élevé de 4,7 % par an (<http://ins.mkbcopro/Statistiques/Statistiques-D%C3%A9mographiques-et-Sociales/Publications-statistiques-d%C3%A9mographiques-et-sociales/id/46/publications-statistiques-demographiques-et-sociales>)  
United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Prospects  
Voir United Nations, World Population Prospects 2019, Data Source pour la RDC <https://population.un.org/wpp/DataSources/180>



ANNEE	POPULATION TOTALE (MILLIONS)	FEMMES DE 15-49 ANS (MILLIONS)	% DANS LA POPULATION
2020	90,2	20,1	22,3%
2021	93,2	20,8	22,3%
2022	96,3	21,6	22,4%
2023	99,4	22,4	22,5%
2024	102,5	23,2	22,6%
2025	105,7	24,0	22,7%
2030	122,5	28,6	23,4%
AUGMENTATION 2020-2025	17,2%	19,5%	-
AUGMENTATION 2020-2030	35,7%	42,5%	-

Sources : Projections SPECTRUM (version 6.08), novembre 2021

Ces résultats qui sont quasi identiques à ceux donnés par les projections 2019 des Nations unies mettent en évidence une augmentation rapide du nombre de femmes en âge de procréer au cours des prochaines années. Ils indiquent en effet qu'entre 2020 et 2025 la population des femmes de 15 à 49 ans devrait augmenter de près de 30 %, et de 43 % entre 2020 et 2030. Cependant, le pourcentage des femmes de 15 à 49 ans dans la population totale devrait rester autour de 22 % ou 23 % d'ici 2030.

#### I.4. SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE

Les performances économiques de la RDC restent très dépendantes de l'évolution erratique du prix des matières premières qu'elle exporte. La croissance économique est ainsi longtemps restée inférieure à sa croissance démographique, ce qui a entraîné une diminution de son PIB par habitant, et maintenu entre les deux tiers et les trois quarts de la population dans la pauvreté. Toutefois, à partir de 2003, un environnement économique et international plus favorable a permis une reprise de la croissance économique qui s'est établie à 5,9 % par an en moyenne, ce qui a permis une augmentation du PIB par tête d'habitant.

Cependant, le maintien d'une croissance démographique élevée de 3,3 % par an en moyenne au cours de cette période a absorbé plus de la moitié (56 %) de cette croissance, notamment pour la réalisation des investissements démographiques nécessaires à une population en forte croissance : construction de centres de santé, d'écoles, d'infrastructures, etc.

<sup>4</sup>Banque mondiale, Indicateurs du développement dans le monde (mise à jour du 16 décembre 2021). Les dernières données disponibles indiquent en effet qu'en 2012, 64 % de la population congolaise vivaient au-dessous du seuil de pauvreté national, et que 77 % disposaient de moins de 1,90 \$ par jour (dollars 2011 PPA-parité pouvoir d'achat)



Si en 2020, l'impact de l'épidémie du COVID s'est traduit par une croissance économique de seulement 1,7 % et un recul du PIB par tête d'habitant de - 1,4 %, la croissance anticipée pour 2021-2022 est de 5,4 % et 6,2 % respectivement, du fait d'une production minière plus élevée que prévu et d'un rebond de la croissance non extractive avec une inflation qui devrait rester autour de 5 % par an . Une telle croissance est remarquable au niveau mondial, mais à nouveau, environ la moitié de cette croissance continuera dans le futur proche d'être absorbée par la croissance démographique, réduisant d'autant les possibilités d'investissements publics dans l'économie, les créations d'emplois, et l'amélioration de la qualité du capital humain du pays. Selon la classification de la Banque Mondiale et du Fonds monétaire international (2016), la RDC est dans le groupe de pays dits « prédividende démographique », groupe qui comprend les 2/3 des pays d'Afrique subsaharienne. Par ailleurs, selon l'Observatoire de l'émergence en Afrique (OBEMA, 2018), la RDC est classée dans le groupe des pays dits « potentiellement émergents », qui ont donc des ressources et des capacités importantes, mais qui ne sont pas encore en mesure de les mobiliser pour atteindre l'émergence.

Avec une fécondité maîtrisée, on peut considérer que la RDC commencera à rentrer dans une fenêtre d'opportunité démographique dans les années 2030, avec l'hypothèse « accélération » de l'utilisation de la contraception, lorsque la fécondité de la RDC deviendra inférieure à 4 enfants par femme. Cependant, elle ne commencera à bénéficier pleinement du dividende démographique que dans les années 2040, lorsque les taux de dépendance démographique auront suffisamment diminué aux alentours de 60 pour 100 actifs potentiels de 15-64 ans. Ainsi, dans les conditions actuelles, les bénéfices du dividende démographique ne peuvent pas être envisagés pour ce plan stratégique 2020-2025. Néanmoins, les efforts pour l'accélération de l'utilisation de la contraception à la fois moderne et traditionnelle doivent se poursuivre pour aller vers les perspectives démographiques et économiques de 2030 et de 2040. De ce fait, une augmentation de 1,5 point de pourcentage par an à partir de la prévalence contraceptive pour les méthodes modernes estimées en 2020 à 15,5 % des femmes de 15-49 ans représenterait déjà cet effort recherché d'accélération.



## I.5. SITUATION SOCIO-CULTURELLE

La RDC se caractérise aussi par une grande diversité culturelle et linguistique. Du point de vue social, la position de la femme évolue rapidement en milieu urbain, avec l'accès au travail, l'autonomisation, la scolarisation jusqu'au niveau universitaire, entre autres, mais elle demeure préoccupante en milieu rural en raison de certaines pesanteurs socioculturelles, notamment les tabous, la tradition, et les us et coutumes qui continuent d'imposer à la femme un statut social inférieur à celui de l'homme. Cela a un impact négatif sur l'état de santé de la femme et de l'enfant en bas âge. Ces pesanteurs socioculturelles empêchent également les femmes et les jeunes de jouir librement de leurs droits à la santé sexuelle et reproductive sans discrimination ni stigmatisation. La faible implication de l'homme constitue aussi une limitation de l'utilisation par la femme des services de santé, de la reproduction en général et de la PF en particulier.



## I.6. ORGANISATION STRUCTURELLE DU SYSTÈME DE SANTÉ

La RDC a adopté la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP) en 1981 et la Planification Familiale est parmi les 11 composantes de SSP intégrées dans le Paquet Minimum d'Activités (PMA) des structures de santé de base et dans le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) des structures de santé de première référence définies par le Ministère de la Santé.

De façon globale, la politique nationale de la santé, adoptée en 2001, met ainsi l'accent sur les soins de santé primaires. L'unité opérationnelle de mise en œuvre de cette politique est la Zone de Santé (ZS), qui organise les Formations Sanitaires (FOSA), structures chargées de dispenser les soins de santé globaux, continus et intégrés. La pyramide sanitaire comporte trois niveaux, à savoir le niveau central, intermédiaire et opérationnel.

<sup>5</sup>Source : Fonds Monétaire International - Communiqué de presse N° 21/381, 16 décembre 2021.



- **LE NIVEAU CENTRAL** est constitué du Cabinet du Ministre, du Secrétariat Général et de l'Inspection Générale de la Santé. Le Secrétariat Général coordonne les Directions centrales et les Programmes spécialisés. À ces organes s'ajoutent aussi les hôpitaux et autres structures sanitaires à vocation nationale, qui offrent des prestations des soins de niveau tertiaire.

Le niveau central représente l'autorité de normalisation et de régulation en ce qu'il définit les politiques, les stratégies, les normes et les directives. De même, il assure la mobilisation et la redistribution des ressources, en même temps qu'un appui technique, le contrôle de conformité et le suivi de la mise en œuvre en provinces.

- **LE NIVEAU INTERMÉDIAIRE** est dirigé par le Ministre Provincial de la Santé, et il compte la Division Provinciale de la Santé (DPS) et l'Inspection Provinciale de la Santé (IPS). Ce niveau joue le rôle d'encadrement technique et assure le suivi et la traduction des directives, des stratégies et des politiques sous forme d'instructions, de fiches techniques et des plans pour faciliter la mise en œuvre des interventions au niveau des ZS. Il assure également la gestion et l'administration des services sanitaires provinciaux ainsi que l'inspection et le contrôle des établissements de soins, des structures pharmaceutiques et de sciences de la santé. Il a aussi la mission d'offrir les soins de santé de référence secondaire à travers l'hôpital provincial. Le pays compte actuellement 26 DPS et autant d'IPS.

La DPS est organisée en six Bureaux, dont le Bureau de l'Appui technique qui renferme les coordinations provinciales de la plupart des programmes nationaux spécialisés. C'est le cas du coordonnateur provincial du PNSR qui est le point focal de la PF et qui joue le rôle de courroie de transmission entre le niveau central et les zones de santé en matière de planification familiale.

- **LE NIVEAU OPÉRATIONNEL** est représenté par la Zone de santé qui est chargée de la mise en œuvre de la stratégie des Soins de Santé Primaires. Ce niveau est composé de 516 ZS. Pour toutes ces ZS, le pays compte 393 Hôpitaux Généraux de Référence (HGR) ou leurs équivalents et 8504 Aires de Santé (AS) en 2020 (PNDS recadré pour la période 2019-2022 : Vers la Couverture Sanitaire Universelle). Les ZS et les AS sont constituées des établissements des soins de santé qui sont : les Hôpitaux Généraux de Référence (HGR), les Centres de Santé (CS) et de façon facultative les autres Hôpitaux, les Centres de Santé de Référence (CSR) et les Postes de Santé (PS). Ces structures englobent aussi bien les formations sanitaires des secteurs public, privé et confessionnel. La répartition des responsabilités des soins est faite de sorte que les FOSA de première ligne que sont les CS offrent un paquet minimum d'activités (PMA), tandis que les FOSA de première référence que sont les HGR offrent un Paquet Complémentaire d'Activités (PCA).

Toute cette série de FOSA organise et offre les services de planification familiale qui sont intégrés aussi bien dans le PMA que dans le PCA. De manière spécifique, les services de PF intégrés dans le PMA comprennent la communication/sensibilisation sur la PF, le counseling et l'offre des méthodes contraceptives modernes réversibles, à courte durée et à longue durée ainsi que le suivi des clientes sous méthodes. À ceux-ci s'ajoutent les méthodes de PF permanentes pour le PCA au niveau des HGR.



Le niveau opérationnel comprend également les structures communautaires qui contribuent aux activités promotionnelles de santé, dont celles de la Planification Familiale. Le système communautaire comprend (i) les Distributeurs de contraceptifs à Base Communautaire (DBC), (ii) les Sites des Soins Communautaires (SSC) (iii) les Relais Communautaires (RECO) (iv) la Cellule d'Animation Communautaire (CAC) représentant l'ensemble des Organisations à Assise Communautaire (OAC) et qui inclue les RECO, et (v) le Comité de Développement de l'Aire de Santé (CODESA/CODEV) constitué par les délégués des CAC et qui représente aussi l'ensemble de RECO de l'Aire de Santé.

Les distributeurs à base communautaire de profil relais communautaire, les relais communautaires des sites de soins communautaires (SSC) ainsi que les RECO sont placés sous la supervision de l'Infirmier titulaire de l'AS et reliés aux activités du CS. Ils ont été créés afin de rapprocher davantage certains services de santé de première ligne auprès de la population.

Au niveau de la communauté, les services de planification familiale sont essentiellement offerts par les Distributeurs à base communautaire, le plus souvent à profil non médical, les Relais communautaires, mais aussi à profil médical comme les élèves des Instituts des Techniques Médicales (ITM). À ces deux catégories, il faut également ajouter la dispensation des contraceptifs qui se fait par les officines pharmaceutiques qui sont le plus souvent des petites initiatives commerciales privées.



# 2



## ANALYSE DE LA SITUATION ET DE LA REPONSE

Après un bref rappel historique, l'analyse de la situation de la planification familiale se penche d'abord sur l'utilisation des méthodes contraceptives comme objet principal du programme de PF. Ensuite cette analyse porte sur les éléments qui déterminent cette utilisation, notamment le niveau de la couverture en services de PF à travers le pays, le système d'approvisionnement en produits contraceptifs, la qualité des services offerts aux clients, la communication pour l'accroissement de la demande des services, le système d'information pour la génération des données pertinentes et le niveau d'engagement du Gouvernement et des partenaires.

### 2.1. BREF RAPPEL HISTORIQUE SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE EN RDC

La planification familiale de la RDC procède d'une option que le Président Mobutu exprima dans un discours à la nation en 1972. Cette option en faveur de la parenté responsable et des naissances désirables s'inscrit dans une optique du renforcement des capacités des couples et des individus (adolescents, jeunes et adultes) à contrôler leur fertilité, à prévenir les grossesses non désirées et à contribuer ainsi à la lutte contre les avortements clandestins, entre autres choses. Sur le plan légal, la RDC a hérité de sa colonisation de la loi de 1920, laquelle interdisait la vente, la publicité et l'administration des produits contraceptifs. En dépit de l'ouverture occasionnée par le Décret de 1972, la loi sur la SR/PF n'a été révisée qu'en décembre 2018 quand le parlement a voté la Loi sur la santé publique avec des dispositions favorables à la Planification Familiale. Cette loi est entrée en vigueur en mars 2019, après sa promulgation par le Président de la République, Mr Joseph Kabila Kabange.

Plus récemment, l'actuel Président de la République, Mr Félix Antoine Tshisekedi Tshilombo, dans un discours lu en son nom, a réaffirmé l'engagement de la RDC en faveur de la PF, lors de la 4ème Conférence Nationale pour le Repositionnement de la Planification Familiale, et s'est exprimé en ces termes : « Conscient que la Planification familiale offre une opportunité pour améliorer l'accès aux besoins sociaux de base tels que l'habitat, la santé, la nutrition, l'éducation, l'environnement; je relève entre autres qu'en investissant dans la planification familiale, le retour sur l'investissement est énorme. Il s'agit notamment de la diminution substantielle du coût de la gratuité de l'enseignement de base avec un impact positif sur la qualité de l'enseignement. ... À travers la mise en place de la couverture sanitaire universelle, je m'engage à rendre disponible et accessible le service de planification familiale dans le paquet des soins prioritaires ».



## 2.2. PRÉVALENCE CONTRACEPTIVE MODERNE ET TRADITIONNELLE

De façon générale, la prévalence contraceptive moderne était évaluée à 8,1 % pour toutes les femmes en âge de procréer en 2014 (EDS 2013-2014) et cette même prévalence a été estimée à 16,1 % en 2018 (MICS 2017-2018). Cependant, cette prévalence de MICS 2017-2018 a été fortement influencée par une grande proportion de la MAMA (33,5 %).

Les données de la FPET montrent que l'utilisation des méthodes traditionnelles diminue légèrement. La FPET estime qu'elle passera de 12 % en 2020 pour toutes les femmes à 11 % en 2025 et à 10 % en 2030. Selon Track20, l'analyse de l'utilisation des méthodes traditionnelles dans plusieurs pays montre que la RDC était le seul pays où les femmes les plus pauvres et les femmes rurales étaient plus susceptibles d'utiliser les méthodes traditionnelles que les méthodes modernes, alors que dans les autres pays ce sont les femmes les plus riches et les femmes urbaines qui sont plus susceptibles à utiliser les méthodes contraceptives traditionnelles.

Si la tendance actuelle à la baisse est maintenue ou accélérée, l'utilisation des méthodes traditionnelles sera inférieure à 10 % voire même à 8 % pour toutes les femmes en 2030, avec des efforts doublés pour la réduire.

### 2.2.1. DISTRIBUTION DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

En 2018, l'utilisation de préservatifs a baissé au profit des pilules, des implants et de DIU qui ont vu leur utilisation presque doublée. Les six dernières années des grandes quantités d'implants ont été distribuées pour répondre à la demande croissante de cette méthode.

Tableau 2 : Répartition par méthodes contraceptives (Mix Method) entre 2013 et 2018

MÉTHODE CONTRACEPTIVES	EDS	MICS 2018
PRÉSERVATIFS (M+F)	58%	29.5%
MAMA		23.5% (33.5%)
PILULE	9%	18.0%
IMPLANT	6%	12.3%
PRODUITS INJECTABLES	11%	11.7%
STÉRILISATION (F)	6%	2.4%
DIU	1%	1.9%
AUTRES MÉTHODES MODERNES	9%	0.6%
STÉRILISATION (M)	0%	0.3%
COLLIER DU CYCLE		

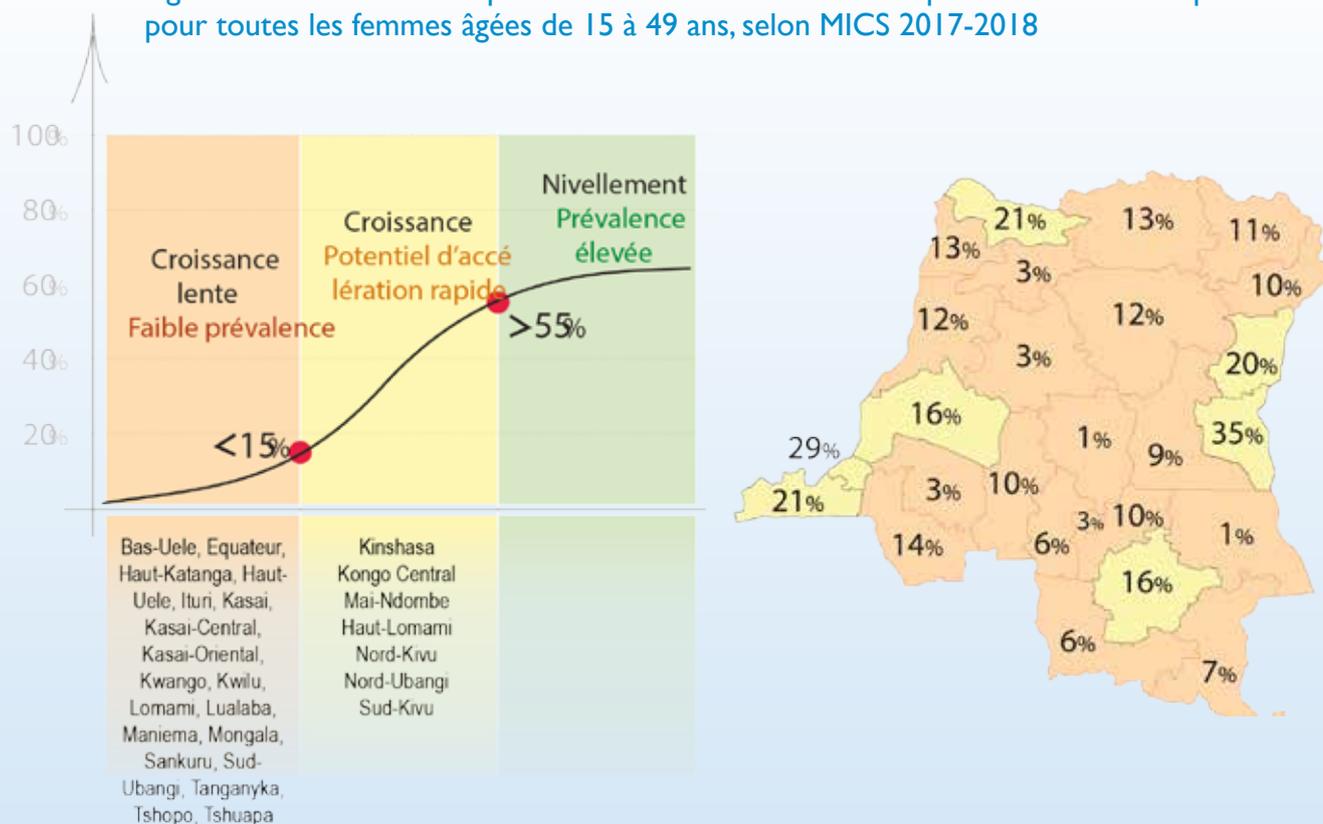


Les projections des Nations Unies et de FPET, qui prennent en compte les différentes données des enquêtes existantes, ont estimé en 2020 la prévalence contraceptive moderne de la RDC respectivement à 16 % et 15,5 %. Par consensus, le pays s'est résolu de considérer 15,5 % comme point de départ de TPCm pour toutes les femmes pour fixer la cible à l'horizon 2025 et 2030.

## 2.2.2. DISTRIBUTION DES PROVINCES PAR RAPPORT AU TPCm

L'analyse de résultat MICS 2018 de la RDC révèle de grandes disparités de niveau de prévalence contraceptive moderne pour toutes les femmes. La grande majorité de provinces a pour la plupart une prévalence contraceptive moderne inférieure à 10 % et très peu avec une prévalence contraceptive moderne de plus de 15 %. Les provinces avec prévalence contraceptive moderne inférieure à 10 % ont l'indice de fécondité supérieur à la moyenne nationale tandis que celles avec prévalence supérieure à 15 % ont l'indice synthétique inférieur à la moyenne nationale.

Figure 2 : Classement de provinces sur la Courbe S de la prévalence contraceptive pour toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans, selon MICS 2017-2018



Source : Données MICS-2017 - 2018



Source des données MICS 2017 - 2018

La répartition des provinces selon leurs taux de prévalence de la contraception moderne détermine certaines caractéristiques communes qui sont présentées ci-dessous :

#### A) LES PROVINCES DONT LE TPCM EST COMPRIS ENTRE 0 ET 4%

PROVINCE	CARACTÉRISTIQUES COMMUNES
1. TSHUAPA (3%) 2. KWILU (3%) 3. KASAÏ ORIENTAL (3%) 4. MONGALA (3%) 5. TANGANYIKA (1%) 6. SANKURU (1%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CES DIX PROVINCES ONT UN INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ SUPÉRIEUR À LA MOYENNE NATIONALE (6,2% SELON MICS 2018).</li> <li>• LA PLUPART D'ENTRE ELLES (TSHUAPA, TANGANYIKA ET KASAÏ ORIENTAL) ONT UNE FAIBLE COUVERTURE DE FORMATIONS SANITAIRES QUI OFFRENT LES SERVICES DE PF SOIT MOINS DE 60% (OBJECTIF PNDS 2019-2022).</li> <li>• ENTRE 2014 (EDS) ET 2018 (MICS) SEULE LA PROVINCE DE LA TSHUAPA A CONNU UN PROGRÈS DE TPCM DE 0,4%, LA PROVINCE DE LA MONGALA EST RESTÉE STATIONNAIRE ET LES AUTRES PROVINCES ONT RÉGRESSÉ DONT KWILU QUI EST PASSÉE DE 9,1% EN 2014 À 3% EN 2018</li> </ul>

#### B) LES PROVINCES DONT LE TPCM EST COMPRIS ENTRE 5 ET 9%

PROVINCE	CARACTÉRISTIQUES COMMUNES
1. MANIEMA (9%) 2. HAUT KATANGA (7%) 3. KASAÏ CENTRAL (6%) 4. LUALABA (6%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CES QUATRE PROVINCES ONT UNE BONNE COUVERTURE DE FORMATIONS SANITAIRES QUI OFFRENT LA PF SOIT AU-DELÀ DE 60%.</li> <li>• L'INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ EST SUPÉRIEUR À LA MOYENNE NATIONALE ESTIMÉ A 6,2 (MICS 2017-2018)</li> </ul>



## C) LES PROVINCES DONT LE TPCM EST COMPRIS ENTRE 10 ET 14%

PROVINCE	CARACTÉRISTIQUES COMMUNES
1. KWANGO (14%) 2. BAS UELE (13%) 3. SUD UBANGI (13%) 4. TSHOPO (12%) 5. EQUATEUR (12%) 6. HAUT UELE (11%) 7. KASAI (10%) 8. ITURI (10%) 9. LOMAMI (10%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CES PROVINCES ONT UNE BONNE COUVERTURE EN FORMATIONS SANITAIRES QUI OFFRENT LA PF AU-DELÀ DE 60% À L'EXCEPTION DE TSHOPO (53%), ITURI (49%), DE LOMAMI (41%) ET BAS-UELE (13%).</li> <li>• L'INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ EST SUPÉRIEUR À LA MOYENNE NATIONALE DE 6,2 EXCEPTIONS FAITES AUX PROVINCES DE HAUT UELE (4,9) ET DE ITURI (6,2).</li> <li>• LA DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL FORMÉ EN PF DANS LES FOSA EST EN-DESSOUS DE LA MOYENNE (73% SELON L'ENQUÊTE EPSS) SAUF POUR LES PROVINCES DE BAS UELE (100%), KASAI (90%) ET TSHOPO (84%)</li> </ul>

## D) DESCRIPTION DES PROVINCES DONT LE TPCM EST COMPRIS ENTRE 15% ET MOINS DE 55%

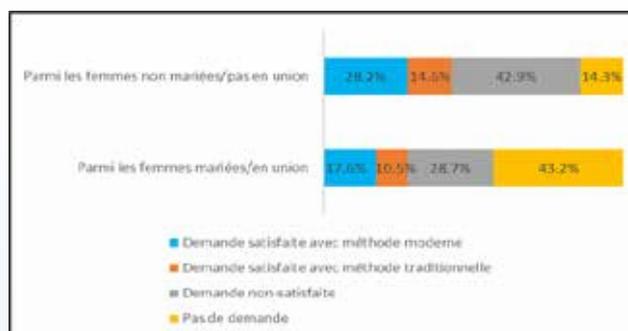
PROVINCE	CARACTÉRISTIQUES COMMUNES
1. SUD KIVU (35%) 2. KINSHASA (29%) 3. NORD UBANGI (21%) 4. KONGO CENTRAL (21%) 5. NORD KIVU (20%) 6. HAUT LOMAMI (16%) 7. MAINDOMBE (16%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A L'EXCEPTION DE KINSHASA (58%) ET DE MAINDOMBE (50%), LE RESTE DE CES PROVINCES ONT UNE COUVERTURE EN FOSA OFFRANT LA PF SUPÉRIEURE A 60%</li> <li>• L'INDICE SYNTHÉTIQUE DE FÉCONDITÉ EST EN-DESSOUS DE LA MOYENNE NATIONALE ESTIMÉE A 6,2 SAUF DANS LES PROVINCES DE HAUT LOMAMI (7,8), DE SUD KIVU (7,6) ET DE NORD UBANGI (6,7).</li> </ul>



## 2.3. SITUATION DE LA DEMANDE EN MATIÈRE DE CONTRACEPTION

Selon le MICS 2018, près d'une femme mariée ou en union (28,7 %) a exprimé un besoin de PF non satisfait, soit pour espacer les naissances (19,4 %), soit pour ne plus avoir d'enfants (9,3 %). Les besoins de PF non satisfaits chez les adolescentes de 15-19 ans mariées/en union sont à 33,2 %, au-dessus de la moyenne nationale de 28,7 %. Les besoins de PF non satisfaits sont encore plus élevés parmi les femmes sexuellement actives non mariées/pas en union, à 42,9 % dans l'ensemble, dont 35,5 % pour espacer et 7,4 % pour limiter les naissances. Dans cette catégorie, près de 60 % des adolescentes de 15-19 ans ont exprimé des besoins non satisfaits en matière de contraception.

Dans l'ensemble, la demande exprimée en matière de PF s'élève à 56,8 % parmi les femmes mariées/en union et 85,7 % parmi les femmes non mariées/pas en union, avec respectivement 17,6 % et 28,2 % de demande satisfaite avec les méthodes modernes, comme illustrées dans la figure ci-dessous.



## 2.4. PRESTATION DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE

### 2.4.1. COUVERTURE EN SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE

En 2020, il a été remarqué une forte augmentation d'intégration des services de PF dans toutes les provinces du pays, comparée à la situation en 2013 lors de l'écriture du premier plan stratégique qui montrait une couverture très faible en service d'offre de service de PF. Les données disponibles dans le DHIS2, en 2020, ont montré une bonne couverture en services de PF, soit 99 % des Zones de santé, mais ce chiffre est mitigé. En effet, selon le SNIS, les Zones de santé offrant les services de PF sont celles qui rapportent des activités de PF, même pour un nombre limité de ses formations sanitaires. Cette définition a montré ses limites parce qu'elle ne traduit pas vraiment l'effectivité des activités de PF. Par contre la couverture en services de PF est mieux traduite directement à travers les données des FOSA. Ainsi le DHIS2 en 2020 rapporte une couverture de 59,5 % pour les FOSA et de 29,5 % pour les aires de santé avec distribution à base communautaire. Comme présenté dans les tableaux ci-dessous, 12 provinces n'atteignent pas ce niveau de couverture en services de PF pour leurs FOSA et seules quatre provinces ont une couverture en services communautaires de PF de plus de 50 %, à travers leurs aires de santé.

Toutefois, la situation de l'accessibilité aux services PF pour les adolescents et jeunes est très préoccupante, car seules 3949 formations sanitaires sur 12079 soit 33 % qui ont rapporté avoir offert les services de PF aux adolescents et jeunes.



Tableau 3 : Formations sanitaires avec PF

N°	PROVINCE	TOTAL FOSA	FOSA AVEC PF	%
1	NORD-UBANGI	241	209	86.70%
2	SANKURU	502	420	83.70%
3	SUD-KIVU	1 133	909	80.20%
4	HAUT-LOMAMI	609	463	76.00%
5	KASAI	1 038	756	72.80%
6	TANGANYIKA	309	221	71.50%
7	KASAI CENTRAL	953	676	70.90%
8	LUALABA	604	427	70.70%
9	SUD-UBANGI	414	281	67.90%
10	MONGALA	548	360	65.70%
11	NORD-KIVU	1 236	793	64.20%
12	MANIEMA	600	375	62.50%
13	KWANGO	586	363	61.90%
14	TSHUAPA	455	275	60.40%
15	BAS-UELE	177	104	58.80%
16	HAUT-KATANGA	1 593	923	57.90%
17	TSHOPO	742	404	54.40%
18	KINSHASA	1 128	605	53.60%
19	EQUATEUR	614	326	53.10%
20	KWILU	1 231	647	52.60%
21	ITURI	1 102	575	52.20%
22	KASAI ORIENTAL	605	294	48.60%
23	KONGO CENTRAL	1 968	900	45.70%
24	HAUT-UELE	524	222	42.40%
25	LOMAMI	736	309	42.00%
26	MAINDOMBE	651	242	37.20%
	<b>RDC</b>	<b>20299</b>	<b>12079</b>	<b>59.50%</b>



Tableau 4 : Aire de Sante avec Distribution Communautaire de la PF

N°	PROVINCE	NBRE TOTAL AIRES DE SANTE	AIRES DE SANTE AVEC PF COMMUNAUTAIRE	%
1	NORD-UBANGI	406	384	94.60%
2	SANKURU	174	136	78.20%
3	SUD-KIVU	450	265	58.90%
4	HAUT-LOMAMI	410	232	56.60%
5	KASAI	283	122	43.10%
6	TANGANYIKA	401	165	41.10%
7	KASAI CENTRAL	243	90	37.00%
8	LUALABA	404	140	34.70%
9	SUD-UBANGI	659	179	27.20%
10	MONGALA	316	85	26.90%
11	NORD-KIVU	249	64	25.70%
12	MANIEMA	335	83	24.80%
13	KWANGO	325	75	23.10%
14	TSHUAPA	212	49	23.10%
15	BAS-UELE	218	49	22.50%
16	HAUT-KATANGA	254	55	21.70%
17	TSHOPO	304	64	21.10%
18	KINSHASA	630	123	19.50%
19	EQUATEUR	579	104	18.00%
20	KWILU	162	28	17.30%
21	ITURI	429	72	16.80%
22	KASAI ORIENTAL	296	37	12.50%
23	KONGO CENTRAL	291	36	12.40%
24	HAUT-UELE	650	70	10.80%
25	LOMAMI	295	17	5.80%
26	MAINDOMBE	310	15	4.80%
	<b>RDC</b>	<b>9285</b>	<b>2739</b>	<b>29.50%</b>



Dans l'offre communautaire, il y a les écoles médicales et les pharmacies qui sont aussi des points de prestation des services de PF, 7 provinces (Kinshasa, Kongo Central, Haut Katanga, Lualaba, Sud Kivu, Nord Kivu et Tshopo) sur les 26 ont des écoles qui sont impliquées dans l'offre de services de PF communautaires.

Dans certaines provinces comme Kinshasa et Kongo Central, des pharmacies sont utilisées pour offrir certaines méthodes contraceptives modernes pour améliorer l'accès aux services de PF à travers un réseau de marketing social.

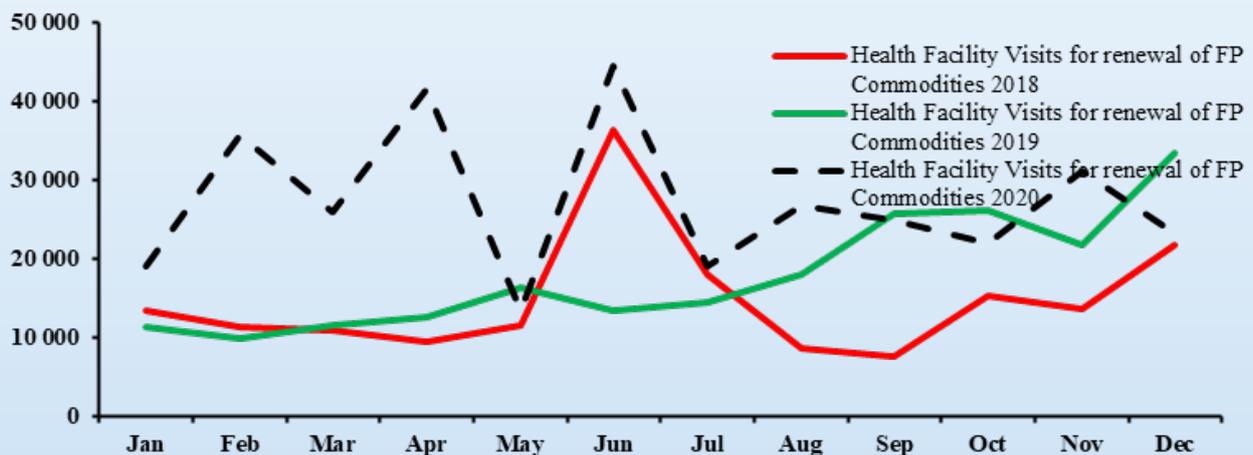
Certains partenaires techniques et financiers tels que ASF, DKT ont développé des programmes visant à développer le réseau des officines pharmaceutiques impliqué dans la distribution des contraceptifs; en 2021, on compte près de 2.200 pharmacies réparties dans 20 des 26 provinces. De même d'autres comme MSI ont développé des réseaux de cliniques mobiles offrant des services de PF dans la communauté directement.

L'EDS 2013-2014 a montré qu'en RDC, les femmes qui utilisent les méthodes contraceptives modernes les obtiennent plus fréquemment du secteur médical privé (57 %) que du secteur médical public (31 %). Dans le secteur médical privé, ce sont les pharmacies qui jouent un rôle essentiel; près de la moitié, des femmes y obtiennent leurs méthodes contraceptives (45 %).

Durant la période de restrictions liée à la COVID-19, une enquête menée en juin 2020 dans la ville de Kinshasa, épice de la pandémie de COVID-19, a révélé que plus de la moitié des femmes ayant souhaité se rendre à un service de santé ont rencontré des difficultés d'accès (Source : Rapport PMA COVID-19 Kinshasa). Par ailleurs, une autre enquête menée entre mai et juillet 2020 a montré que 9 % des services de planification familiale ont connu des perturbations de fonctionnement. Pour assurer la continuité de l'offre des services, notamment de PF dans le contexte de la pandémie, le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention a élaboré des directives SRMNEA-Nut dans le contexte de la COVID-19.

Une étude menée par l'École de santé publique, publiée en 2021, a également démontré les mêmes tendances pour le renouvellement des méthodes contraceptives de 2018 à 2020.

Tableau 3 : Formations sanitaires avec PF



Source : Ecole de Santé Publique de Kinshasa, 2021



## 2.4.2. QUALITÉ DES SERVICES DE LA PF

Depuis la mise en œuvre du plan stratégique 2014-2020, la qualité de service de PF s'est considérablement améliorée. L'enquête PMA2020 de 2020 donnait une proportion de 75 % des FOSA publics à Kinshasa qui offraient au moins 3 méthodes contraceptives et 58,3 % de FOSA qui offraient 5 méthodes contraceptives, toujours à Kinshasa. Par contre, des chiffres beaucoup plus optimistes ont été rapportés par l'Enquête SPSR de 2019. Selon cette enquête, la moyenne nationale de FOSA disposant d'au moins de 3 méthodes quelconques est passée de 6 % (enquête PTME 2012) à 93 % et à 71 % de FOSA avec au moins 5 méthodes quelconques de contraception. Ces chiffres très élevés devraient être considérés avec quelques réserves, comparés à ceux de l'étude PMA à Kinshasa.

Bien que les ruptures de stock continuent à exister, on note une grande amélioration de la disponibilité de contraceptifs avec moins de 25 % de FOSA ayant rapporté de rupture de stock les six derniers mois de 2020.

Les données téléchargées de DHIS2 en 2020 révèlent des ruptures de stock pour tous les contraceptifs principalement pour la PCU, le condom féminin, les pilules, les injectables et les implants.

Pour les DIU, on note une diminution de demande d'utilisation et même d'approvisionnement de la part des organisations de mise en œuvre et aussi de formations sanitaires dans la majorité de cas. À l'exception des provinces faisant la promotion de méthodes à longue durée d'action.

La rupture de stock de DIU est due à la faible commande suite à la faible utilisation de DIU par les clientes tandis que la rupture de stock en implant, pilule et injectable est liée à la grande demande par les clients.

L'enquête SPSR (2019) révèle que 72 % de FOSA ont connu une rupture de stock d'au moins une méthode, 30 % pour au moins 3 méthodes et 12 % de ruptures pour au moins 5 méthodes.

Tableau 3 : Formations sanitaires avec PF

MÉTHODE	6 DERNIERS MOIS 2020
DIU**	24%
CONTRACEPTION D'URGENCE	24%
CONDOM (F)	20%
INJECTABLES	19%
IMPLANTS	19%
PILULES PROGESTERON SEULEMENT	18%
COLLIER	17%
PILULES COMBINÉES	16%
CONDOM (M)	14%

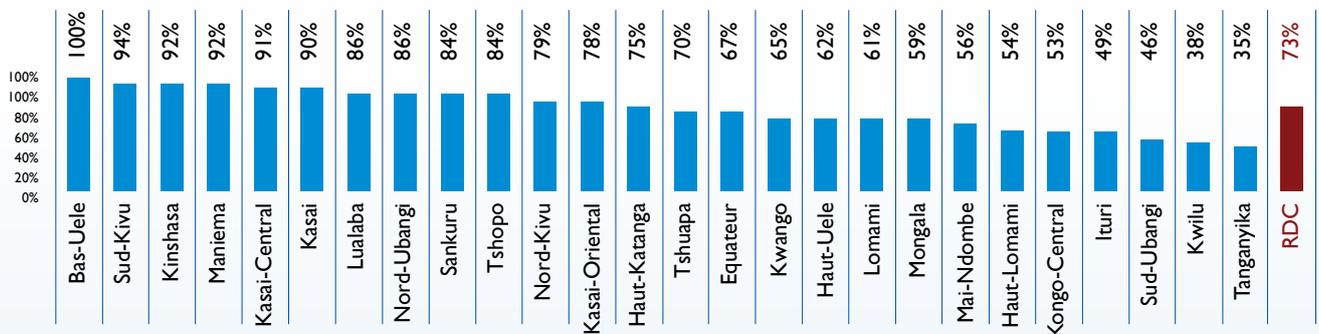
\*\* La rupture en DIU peut aussi être due à la faible demande de la méthode surtout pour les FOSA des provinces qui ne font pas la promotion de l'utilisation de méthodes à longue durée.



L'enquête EPSS (2017-2018) a révélé que 73 % des structures offrant la PF avaient au moins UN prestataire formé, contrairement à la situation de 2012 (Enquête PTME Unicef, 2012) qui indiquait 27,8 % pour l'ensemble du pays. Par contre, le nombre total des prestataires (cliniques et communautaires) formés sur l'ensemble du pays n'est pas connu à ce jour. Selon EPSS, seuls 48 % de FOSA disposent des directives pour l'offre de service de PF. Il existe encore des FOSA qui offrent des services de PF sans avoir un personnel formé. Dans certaines FOSA, les services de PF ne sont pas ouverts tous les jours et sont parfois ouverts à des heures bien précises. Ces horaires restent incompatibles avec les horaires de beaucoup de personnes, dont les femmes travailleuses, les étudiants, les ados et les jeunes.

Tableau 3 : Formations sanitaires avec PF

Pourcentage de FOSA disposant d'au moins un prestataire formé en PF (EPSS 2017-2018)



Ces chiffres relativement optimistes du nombre de prestataires formés par FOSA à travers toutes les provinces doivent être pris avec une certaine réserve, car, avec un seul prestataire formé par FOSA, la qualité des services de PF risque de ne pas être garantie. Le principe d'avoir au moins deux prestataires formés est un objectif qui doit être poursuivi pour assurer un minimum de permanence des services de la PF dans la FOSA.

Durant la mise en œuvre du Plan Stratégique de PF 2014-2020, le PNSR a travaillé en collaboration avec ses partenaires pour l'introduction et la mise à l'échelle du DMPA-SC, dans le but d'élargir la gamme des options en matière de contraception pour les femmes en RDC et contribuer ainsi à l'augmentation de la prévalence contraceptive moderne. Le pays a accompli des progrès significatifs dans cette initiative, notamment à travers les réalisations suivantes :

- Le développement et la mise en œuvre d'un plan national de mise à l'échelle du DMPA-SC;
- L'élaboration du guide de la mise en œuvre progressive de l'auto-injection du DMPA SC et l'obtention de la note circulaire autorisant l'intégration de l'auto-injection du DMPA-SC;
- L'actualisation des documents techniques et normatifs pour y inclure le DMPA-SC (Normes et Directives des services de PF, Fiches techniques du prestataire, Module de formation en PF);
- Le renforcement des capacités des prestataires sur l'administration du DMPA-SC et l'initiation à l'auto-injection;



- L'intégration du DMPA-SC dans le système national d'information sanitaire (DHIS2) et sur la liste nationale des médicaments essentiels ;
- Le consensus sur les indicateurs de l'auto-injection du DMPA-SC.

Durant la même période, l'intensification des interventions de la Planification Familiale du post-partum a démontré que les prestataires des maternités qui offrent les accouchements dans les hôpitaux et cliniques ne sont pas toujours formés en planification familiale. En outre, la planification du post-partum immédiat est encore balbutiante dans le contexte de la RDC. Concernant la gestion des déchets, selon le rapport de l'EPSS 2017-2018, un peu plus de la moitié (53 %) des FOSA de la RDC disposait des boîtes de sécurité pour le stockage des déchets piquants/coupants/tranchants. Cependant, seuls 4 % des FOSA avaient des poubelles appropriées pour le stockage des déchets infectieux. Près de six FOSA sur dix (58 %) procédaient à l'incinération des déchets piquants, coupants, tranchants ou des déchets infectieux.

### 2.4.3. FACTEURS INFLUENÇANT L'UTILISATION DES SERVICES PF

#### A) FACTEURS SOCIOCULTURELS

Certaines normes et perceptions socioculturelles continuent à empêcher les femmes et les filles à utiliser la contraception et contribuent à la persistance des besoins non satisfaits en services de PF, même dans des zones où les services de PF sont disponibles avec la disponibilité d'une gamme complète de méthodes. Selon le rapport de l'enquête sur la situation des femmes et des filles menée en 2016 dans les zones de santé appuyées par le projet ASSP, l'opposition des hommes/maris est le principal obstacle à l'utilisation de la contraception par les femmes. Les autres obstacles cités par les hommes et les femmes incluent les croyances culturelles et religieuses, la peur des risques pour la santé ainsi que des conceptions erronées quant à la sécurité et aux effets secondaires des méthodes contraceptives.

Dans les quatre provinces enquêtées (Kasaï, Kasaï-Central, Maniema et Nord-Ubangi), presque tous les hommes enquêtés (96 %) contre 65 % de femmes ont affirmé que la contraception est contraire à leur culture. Le manque d'information sur la contraception a beaucoup plus été évoqué par les hommes (Rapport d'enquête ASSP, 2017). Les principaux obstacles cités par les adolescents sont la peur de la réaction éventuelle de leurs parents qui tiennent à protéger la virginité de leurs filles, et l'attitude paternaliste et moralisatrice des prestataires à leur égard en ce qui concerne les relations sexuelles avant le mariage.

Bien que la RDC ne dispose pas à ce jour des statistiques de l'impact de certaines pratiques socioculturelles sur l'utilisation des services PF, certaines pesanteurs socioculturelles, notamment les tabous, la tradition, et les us et coutumes continuent à être une limite à l'utilisation des services PF. La femme jouit d'un pouvoir décisionnel faible au sein du couple à cause de son faible statut. Selon l'EDS 2013-2014, les femmes participent moins que les hommes à la prise de décision concernant les soins de santé et différents aspects de la vie du ménage, y compris les soins relatifs à la santé de la reproduction et la planification familiale. Seulement 7 % de femmes décident principalement de l'utilisation de l'argent gagné par leur mari/partenaire. Seuls 46,3 % de femmes participent à la prise de décision au sein du ménage concernant leur propre santé. Dans la plupart des cas, c'est l'homme lui-même qui décide. Cette situation ne faciliterait pas l'utilisation de la contraception moderne par la femme en cas d'opposition de son mari.



## **B) ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE**

La barrière financière constitue un obstacle non négligeable qui empêche beaucoup de femmes et d'adolescentes à utiliser la contraception. En effet, d'après les résultats de MICS 2018, 28,6 % des utilisatrices sont dans le quantile le plus pauvre contre 68,4 % dans le quantile le plus riche. Les campagnes de PF avec offre gratuite des services de PF qui sont organisées occasionnellement constituent souvent l'unique opportunité pour elles de recevoir la méthode de leur choix. Les données du DHIS2 indiquent un accroissement important de l'utilisation des méthodes, avec une forte utilisation de l'implant, entre 2014 et 2020 pendant les périodes où des campagnes de PF ont eu lieu, notamment dans les zones de santé des provinces du Kasai, du Kasai-Central, du Maniema et de Kinshasa.

### **Exposition aux mass media**

L'exposition aux mass médias détermine l'exposition aux messages de PF qui sont diffusés à travers ces canaux. Le MICS 2017-2018 montre que seuls 35 % de femmes sont exposées à un type de média quelconque (journal/magazine, radio, télévision) au moins une fois par semaine.

## **C) NIVEAU D'INSTRUCTION ET MILIEU D'HABITATION**

Parmi les femmes de 15-49 ans mariées/en union, seuls 13,9 % de femmes utilisent la contraception moderne parmi celles sans instruction contre 30,8 % parmi les plus instruites. Cet écart est encore plus grand parmi les femmes sexuellement actives non mariées/pas en union où seuls 14,1 % de femmes sans instruction utilisent la contraception moderne contre 61,1 % parmi les plus instruites (MICS 2018).

En milieu urbain, le taux d'utilisation est à 25,1 % contre 12,4 % en milieu rural parmi les femmes mariées/en union. Parmi les femmes sexuellement actives non mariées/pas en union, ce taux est à 38,3 % en milieu rural contre 14,9 % en milieu urbain (MICS 2018).

## **D) QUALITÉ DES SERVICES DE LA PF ET DU COUNSELING**

À Kinshasa, en obtenant une méthode, une femme sur trois a été conseillée sur d'autres méthodes. Environ deux femmes sur cinq ont été conseillées sur les effets secondaires possibles et sur la possibilité de changer de méthode plus tard. Plus de quatre femmes sur cinq ont été informées de ce qu'elles devaient faire en cas d'effets secondaires ou de problèmes. Par contre auprès de clientes à la sortie, moins d'une femme sur cinq (18 %) a obtenu les quatre informations clés qui constituent des conseils PF de qualité (PMA2020, 2019).

Notons que moins d'une femme sur cinq avait discuté de la PF avec un prestataire au cours des 12 derniers mois (PMA2020, 2019). Les adolescentes sont encore moins susceptibles que les femmes plus âgées d'avoir eu ces discussions.

## **E) DYNAMIQUES CONTRACEPTIVES AU SEIN DU COUPLE**

Les données de PMA montrent que, parmi les femmes utilisant une méthode moderne sous le contrôle de la femme, 75 % ont un partenaire qui en a connaissance, et 73 % en ont discuté avec leurs partenaires avant de l'utiliser. Un peu plus de la moitié des femmes ont pris la décision d'utiliser la contraception conjointement avec leur partenaire tandis qu'un tiers d'entre elles ont pris la décision seule. Parmi les femmes n'utilisant pas la PF, une femme sur dix a déclaré qu'il s'agissait d'une décision conjointe, alors que huit femmes sur dix ont pris la décision elles-mêmes, sans implication du partenaire (PMA2020, 2019).



## 2.5. ANALYSE DE L'OFFRE DES SERVICES PF

### 2.5.1. GOUVERNANCE ET ENVIRONNEMENT POLITIQUE ET LÉGAL EN FAVEUR DE LA PF

Le Gouvernement ensemble avec ses partenaires techniques et financiers a fait preuve de plus de volonté pour faire avancer l'agenda de la PF par des réalisations au niveau des fondements de la PF en RDC :

- La Déclaration d'engagement du gouvernement de la RDC à Addis-Abeba (2013) en faveur de la Planification Familiale
- La signature du Décret du Premier Ministre No 15/003 du 06 mars 2015 portant Création et Fonctionnement du Comité Technique Multisectoriel Permanent de la Planification familiale (CTMP/PF) ayant conduit à la mise en place d'une coordination centrale suivie de mise en place des coordinations provinciales dans 19 de 26 provinces qui sont des cadres de concertation et de plaidoyer pour la PF en RDC. Le CTMP/PF ainsi créé au niveau national a permis de conduire une coordination des interventions de PF au niveau national. Une impulsion s'est faite au niveau des provinces où des structures similaires ont été mises en place. Grâce à son plaidoyer et ses interventions, plusieurs atouts ont été acquis entre 2014-2020 dont la mise en place des CTMP,
- L'élaboration du premier plan stratégique de PF à vision multisectorielle pour la période 2014-2020 suivie de sa mise en œuvre effective
- L'amélioration de l'environnement légal de la PF en RDC par la promulgation de deux lois ainsi que d'un Arrêté ministériel en faveur de la PF. Il s'agit de :
  - o La Loi n° 15/013 du 1er août 2015 portant modalités d'application des droits de la femme et de la parité au chapitre 2, articles 13 et 14. L'article 14 de cette loi énonce que « L'homme et la femme sont partenaires égaux dans la santé de la reproduction. Ils choisissent de commun accord une méthode de planification familiale qui tienne compte de leurs santés respectives »;
  - o La Loi N° 18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique, qui inclut des dispositions favorables à la planification familiale au Titre III, Chapitre 2, articles 81 à 87.
  - o L'arrêté ministériel N° 1250/CAB/MIN/SPHP/003/DEP/DIR/2021 du 18 septembre 2021 portant sur l'utilisation des méthodes contraceptives modernes en RDC.
- L'inclusion de la Planification Familiale comme priorité dans plus de 20 documents de politique de développement socio-économique et de politique générale de santé et de développement de la RDC (PNDS, PPDS, Document de la Stratégie de Croissance et de Réduction, stratégie nationale de lutte contre les violences sexuelles, etc.)
- La création de la ligne budgétaire pour l'achat des contraceptifs au niveau national et dans 7 provinces du pays
- L'organisation, entre 2004 et 2020, des 4 conférences nationales pour repositionner la PF et la participation active des autorités de la RDC à tous les rendez-vous mondiaux sur la PF (Addis-Abeba 2013, Bali 2016, Londres 2017, Kigali 2018)
- Au niveau provincial, le vote des édits pour le financement des achats de contraceptifs dans les provinces de Sud Kivu, Lualaba et Haut Katanga.



## 2.5.2. FINANCEMENT

Les activités de PF sont principalement financées par les bailleurs de fonds extérieurs qui apportent la quasi-totalité des fonds. Mais ce financement reste déficitaire bien que la période entre 2014 et 2020 a vu le financement de la PF augmenter de manière très significative avec l'augmentation des budgets de l'UNFPA et de l'USAID et l'arrivée des nouveaux bailleurs pour la Planification Familiale dont DFID, la Coopération Canadienne, la Coopération Hollandaise, la Banque Mondiale, la Fondation Bill et Melinda Gates, la Fondation Packard, et la Coopération Norvégienne. Ces financements extérieurs ont constitué plus de 97 % des fonds investis en RDC pour les interventions de Planification Familiale.

De 2013 à 2020, le gouvernement a alloué des fonds à la ligne d'achat des contraceptifs pour plus de 12 millions de dollars américains dans ses budgets successifs, mais n'a pu faire que deux décaissements d'un total de 1.300.000 dollars en 2013 et de 1 million de dollars en 2017.

Tableau 6 : Evolution du budget alloué à l'achat des contraceptifs de 2016 à 2020

ANNÉE	RUBRIQUE BUDGÉTAIRE	PRÉVISIONS BUDGÉTAIRES (FC)	PRÉVISIONS BUDGÉTAIRES (USD)	TAUX BUDGÉTAIRE (FC/USD)
2016	FONCTIONNEMENT DES MINISTÈRES (CHAPITRE 37.217) : CONTRACEPTIFS	806.655.518	831.552,08	970,0
	CONTREPARTIE DES PROJETS/ CONTRACEPTIFS/PNSR	1.500.000.000	1.546.391,80	
2017	FONCTIONNEMENT DES MINISTÈRES (CHAPITRE 37.217) : CONTRACEPTIFS	421.521.886	383.201,70	1.100,0
	CONTREPARTIE DES PROJETS/ CONTRACEPTIFS/PNSR	1.000.000.000	909.090,90	
2018	FONCTIONNEMENT DES MINISTÈRES (CHAPITRE 37.217) : CONTRACEPTIFS	874.352.075	482.161,70	1.813,4
	CONTREPARTIE DES PROJETS/ CONTRACEPTIFS/PNSR	2.000.000.000	1.102.900,60	
2019	FONCTIONNEMENT DES MINISTÈRES (CHAPITRE 37.217) : CONTRACEPTIFS	1.330.305.566	761.131,60	1.747,8
	CONTREPARTIE DES PROJETS/ CONTRACEPTIFS/PNSR	1.000.000.000	572.147,80	
2020	FONCTIONNEMENT DES MINISTÈRES (CHAPITRE 37.217) : CONTRACEPTIFS	2.743.544.182	1.480.915,60	1.852,6
	CONTREPARTIE DES PROJETS/ CONTRACEPTIFS/PNSR	7.866.720.000	4.246.313,30	
		19 543 099 227	12 315 807,08	

Source : Ministère du Budget, lois des finances 2016 à 2020, RDC



À partir de 2017, 7 provinces avec un CTMP (Kinshasa, Haut - Katanga, Lualaba, Sud — Kivu, Nord — Kivu, Tshopo et Lomami) ont créé des lignes budgétaires pour l'achat des contraceptifs et des crédits y ont alloué. À ce jour, aucune province n'a réussi le décaissement des fonds.

Des efforts de mobilisations des financements du secteur privé ont été faits et orientés vers les fondations privées (BMGF, Packard, individuels, etc.), des sociétés minières et de communication (Orange et Vodacom). Depuis la participation du CTMP dans les conférences minières en 2018, quelques sociétés minières ont commencé à financer les activités de PF comme la KCC/MUMI et TFM.

À l'issue de la 4e conférence Nationale sur le Repositionnement de la PF en RDC en 2019, une recommandation a été faite au Gouvernement pour l'initiation des réformes afin de s'assurer que les entreprises minières intègrent dans leurs cahiers des charges les interventions sur la planification familiale dans le cadre de la matérialisation de leurs Responsabilités Sociales et sociétales, conformément au nouveau code minier publié en 2018.

### **2.5.3. APPROVISIONNEMENT EN COMMODITÉS DE LA PF**

Au niveau national et provincial, les différentes parties prenantes impliquées dans la chaîne d'approvisionnement en contraceptifs ont mis en place une plateforme pour discuter régulièrement des améliorations à apporter au niveau des approvisionnements, du stockage et de la distribution des contraceptifs jusqu'aux sites d'utilisation au dernier kilomètre. Ces partenaires ont encouragé l'utilisation des Centres de Distribution Régionaux (CDR) pour assurer le stockage et la distribution des contraceptifs jusqu'aux sites d'utilisation dans leurs zones d'intervention. Malheureusement pour des raisons de sécurisation de la réussite de leurs projets, les CDR ont fonctionné beaucoup plus comme des dépôts d'entreposage de produits de partenaires qui sont les seuls qui décident du lieu d'envoi de leurs contraceptifs. Les contraceptifs stockés au niveau des CDR appartiennent au projet, à l'exception de ceux de l'UNFPA qui sont disponibles au niveau de la Zone de Santé et que tout partenaire peut utiliser.

Les mouvements de contraceptifs dans le pays sont connus et maîtrisés uniquement par les bailleurs et les partenaires de mise en œuvre et leurs organisations bénéficiaires. L'information centralisée sur la quantité totale de chaque contraceptif entré au pays n'est pas connue. On assiste au même moment et régulièrement à des situations de rupture et aussi de surstockage de contraceptifs à un point donné. Des efforts sont en cours pour que le DHIS 2 capture aussi les informations sur le mouvement de tout contraceptif qui entre au pays et aussi des quantités envoyées en province.

L'analyse de la chaîne d'approvisionnement montre l'existence de beaucoup de ruptures de stock pour la plupart des méthodes contraceptives et au point de prestation de service et au niveau de ceux qui commandent les produits au niveau central et intermédiaire. Mais la situation de disponibilités d'Implanon NXT a été préoccupante avec de longs moments de rupture totale dans la chaîne entière et elle pourrait s'aggraver dans l'avenir à cause de la demande croissante et aussi à cause de la capacité globale de production devenue faible. À côté d'Implanon NXT, des ruptures ont été plus récurrentes pour les pilules d'urgence et le collier du cycle dans une certaine mesure.



Les 6 dernières années ont vu une augmentation de l'importation et de l'utilisation des méthodes à longue durée (Implants, DIU) et paradoxalement une augmentation aussi de leur rupture de stock à cause de la forte demande par les clients au détriment d'autres méthodes comme le DIU. Cette dernière méthode est de plus en plus demandée dans les provinces où il y a une promotion de leur utilisation à travers notamment la stratégie de l'insertion des DIU en post-partum au niveau des formations sanitaires.

Le CTMP a créé en son sein plusieurs sous-groupes, notamment le groupe 5 chargé de la sécurisation des produits de santé de la reproduction. Lorsque le groupe 5 se réunit, il discute entre autres des questions liées aux estimations des besoins en contraceptifs, leurs achats et toutes autres informations utiles sur les approvisionnements.

En RDC, les principaux fournisseurs des contraceptifs restent l'USAID, l'UNFPA et DFID. Le gouvernement a deux fois acheté les contraceptifs en utilisant le mécanisme de l'UNFPA. À ce jour, la mise en place du logiciel DHIS2 a permis une visibilité des mouvements de contraceptifs au niveau des zones de santé et des formations sanitaires (quantités reçues, quantités distribuées, niveau de stock y compris les ruptures de stock), mais des efforts sont encore nécessaires pour que les données soient enregistrées dans le DHIS2 et permettre une visibilité plus complète des mouvements des contraceptifs à tous les niveaux.

Tableau 6 : Evolution du budget alloué à l'achat des contraceptifs de 2016 à 2020

ITEMS	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
GOVERNEMENT	2 500 000	2 500 000	2 500 000	5 000 000	5 000 000	17 500 000
UNFPA	4 500 000	5 000 000	5 500 000	6 500 000	7 000 000	28 500 000
USAID	3 500 000	4 000 000	4 000 000	4 000 000	4 000 000	19 500 000
DFID	1 269 702	1 798 858				3 068 560
PACKARD (ACQUAL)	430 000	320 000				750 000
DKT	930 000	1 060 000	1 200 000	1 350 000	1 500 000	6 040 000
BMGF	3 000 000					3 000 000
CAFI (FONARED- NORAD)			5 000 000	5 000 000	10 000 000	20 000 000
BANQUE MONDIAL (IDA GRANT + GFF-TF)		5 000 000	5 000 000	10 000 000	10 000 000	30 000 000
TJ (FOND PRIVÉ)			3 000 000		4 500 000	7 500 000
HOLLANDE						135 858
<b>TOTAL ESTIMÉ POUR LA PÉRIODE</b>						<b>560</b>

\* RHSC : Reproductive Health Supplies Coalition (Coalition pour l'approvisionnement en produits de Santé Reproductive)



#### 2.5.4. EQUIPEMENTS ET INFRASTRUCTURES

Le secteur de la santé connaît un déficit d'infrastructures et d'équipements répondant aux normes nationales de construction. Il est à noter que seuls 12 % de centres de santé sont construits en matériaux durables. Certains d'entre eux sont dans un état de délabrement avancé, ce qui nécessite la réhabilitation. Le reste des Centres de Santé sont soit en semi-durable ou en pisé (PNDS 2019 – 2022).

Sur les 516 ZS du pays, 393 ZS ont un HGR. Parmi ces HGR, 152 ont été réhabilités et 60 construits durant les dix dernières années. La capacité de maintenance des équipements au niveau du Ministère de la Santé reste encore faible. Cette situation est due à la non-application des normes, à l'inexistence d'unités de maintenance aux différents niveaux du système de santé et à la non-intégration des coûts de maintenance dans les projets d'investissements du gouvernement et des bailleurs de fonds.

La situation des infrastructures et des équipements de la majorité de formations sanitaires ne leur permet pas de satisfaire aux conditions requises pour l'offre des services de PF de qualité. En effet, un grand nombre de formations sanitaires ne disposent pas d'un espace adéquat garantissant un bon accueil, la confidentialité et le respect de la vie privée des clientes. L'application des mesures de prévention des infections et de gestion des déchets biomédicaux pose aussi problème dans un grand nombre de formations sanitaires (EPSS 2017-2018).

#### 2.5.5. INFORMATION SANITAIRE

C'est en décembre 2016 que le logiciel DHIS2 a intégré toutes les 519 Zones de Santé opérationnelles. Les données des prestations des services de planification familiale sont produites d'une part au niveau des FOSA et d'autre part au niveau de la communauté par les distributeurs à base communautaire, y compris les élèves des écoles infirmières et aussi au niveau des pharmacies. Les données de ces prestations sont disponibles dans le DHIS2, à l'exception de celles produites par les pharmacies. Pour ce qui concerne les FOSA, seules les données de FOSA paramétrées sont disponibles dans les DHIS2, tandis que les FOSA non paramétrées rapportent par l'entremise de celles qui sont paramétrées.

Ainsi, les données sur les quantités de contraceptifs offertes aux clients, les nombres de jours de ruptures de stock, les quantités disponibles utilisables et les quantités perdues ou périmées sont disponibles dans le DHIS2, et sont désagrégées par province, zone de santé, aire de santé, FOSA et école.

La disponibilité (complétude) et le rapportage à temps (promptitude) des données de PF des prestations des FOSA et des DBC dans le DHIS2 se sont nettement améliorés ces dernières années. Les taux de complétude et de promptitude étaient à 97,5 % et 80,1 % en juin 2021 (Source : DHIS2). Néanmoins, il se pose encore des problèmes pour les données de prestation des écoles d'infirmières qui sont de faible qualité, ce qui limite leur utilisation. Dans les FOSA et pour la DBC il y a aussi bien du sous et du sur rapportage que des incohérences qui constituent les problèmes de qualité qui ont été identifiés. Par exemple, le DIU, le Jadelle et les spermicides qui sont rapportés comme des services offerts par le DBC. D'autres aberrations sont à l'exemple d'une FOSA qui offre 4 fois plus que la moyenne des quantités offertes mensuellement.



### 2.5.6. COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

Les programmes axés sur la création de la demande en PF se focalisent sur les femmes en âge de procréer, les adolescents et jeunes et les hommes en uniformes, laissant de côté des groupes spécifiques tels que les personnes vivant avec handicap, les femmes dans les mines, les hommes et femmes des confessions religieuses, les populations déplacées, les populations en situation de crises, les populations autochtones, et autres.

Malgré l'existence de quelques projets et organisations uniquement axés sur la communication pour la PF, il manque des initiatives durables pour mettre en place une coordination des efforts pour intensifier la création de la demande pour PF et la mobilisation des ressources additionnelles pour la promotion de l'utilisation des services de PF. Au niveau de CTMP national et provinciaux, il n'existe pas de sous-groupes thématiques permanents travaillant sur la création de la demande, le changement de politiques et la mobilisation des ressources additionnelles pour la PF.

La RDC est parmi les rares pays en Afrique qui a un vaste réseau de chaînes TV et stations Radio qui compte actuellement 625 stations de radiodiffusion dont 82 chaînes de Radio dans la ville de Kinshasa, 387 chaînes de télévision et 571 Journaux dont la plupart sont irréguliers sur le marché (Rapport CSAC, 2020). Toutefois, ce réseau n'est pas suffisamment utilisé pour la promotion de la PF. Les rares émissions sur la PF sont pour la publicité et la promotion soit des contraceptifs, soit pour sensibiliser la population sur l'importance de la PF et font appel à l'utilisation de services. Elles sont souvent prises en charge par les journalistes du réseau des journalistes pour la SR qui exigent de payer une contribution pour l'utilisation de l'espace médiatique. Si pour les médias publics, privés lucratifs et privés confessionnels ou non lucratifs, les coûts d'accès sont très élevés, ces coûts sont relativement plus bas lorsque l'on utilise les radios et TV communautaires, souvent subventionnées par des projets et par des confessions religieuses.

L'existence de différents Réseaux des communicateurs en santé dont certains sont formés sur les questions de santé sexuelle et reproductive constitue une opportunité pour l'accès à l'information sur la PF et aussi pour mobiliser les décideurs à dédier des espaces gratuits ou à des coûts subventionnés pour la PF, notamment dans le cadre du plaidoyer médiatique. La communication lors de la prestation des services est aussi insuffisante. Selon les résultats de EDS 2014, seuls 28,4 % de clientes reçoivent des informations en rapport avec la gamme des méthodes, les effets secondaires et la conduite à tenir.

En dépit de cette situation peu satisfaisante, il faut saluer l'élaboration du document de la stratégie de communication pour la promotion de la planification familiale dont l'ambition est de bâtir une approche de la Communication pour le Changement social et de Comportement (CCSC), avec une vision orientée vers l'accroissement de la demande et de l'utilisation des méthodes contraceptives.



## 2.6. SYNTHÈSE DES PROBLÈMES PRIORITAIRES

### A. GOUVERNANCE, LEADERSHIP ET FINANCEMENT

- 1) Faible exécution du budget alloué à la PF dans le plan d'engagement du ministère de la santé ;
- 2) Faible coordination des interventions et des intervenants en PF ;
- 3) Insuffisance des fonds pour l'achat des contraceptifs ;
- 4) Faible vulgarisation des documents normatifs ;
- 5) Faible implication des autres secteurs dans la promotion de la PF ;
- 6) Faible mobilisation des ressources domestiques.

### B. COUVERTURE EN SERVICES DE PF

- 1) Faible couverture de FOSA offrant les services de FP (12 provinces ont une couverture de moins de 60%) ;
- 2) Faible couverture en FOSA offrant la PF soit 59.5% (source DHIS2, 2020) ;
- 3) Faible couverture en aires de santé ayant intégré la Distribution à base communautaire des contraceptifs ;
- 4) Faible couverture en services PF adaptés aux adolescents et jeunes (30,6% de FOSA avec SSRAJ).

### C. PRESTATION ET QUALITÉ DES SERVICES DE PF

- 1) Existence de FOSA qui offre la PF sans un personnel formé (Seuls 73% de FOSA offrant la PF disposent d'un personnel, EPSS 2017-2018) ;
- 2) Les ruptures de stocks en contraceptifs sont fréquentes : 75% des FOSA qui offrent la PF ont connu une rupture de stock d'au moins 1 méthode moderne, 30% d'au moins 3 méthodes et 12% d'au moins 5 méthodes (Enquête SPSR 2019) ;
- 3) Faible disponibilité des normes et directives au niveau des FOSA offrant la PF soit 48% (EPSS 2017-2018) ;
- 4) Faible utilisation de la PF du postpartum (17.8% des accouchées utilisent une méthode contraceptive moderne dans les 6 mois après l'accouchement, MICS 2018).

### D. APPROVISIONNEMENT EN CONTRACEPTIFS

- 1) Faible quantité des produits contraceptifs par rapport aux besoins du pays;
- 2) Faible disponibilité des contraceptifs au point de prestation de services (dernier Km);
- 3) Insuffisance d'infrastructures avec des conditions adéquate de stockage des produits contraceptifs ;
- 4) Situation de rupture de stock ou de sur-stockage consécutive à une gestion irrationnelle de stock disponibles.

### E. INFORMATION SANITAIRE

- 1) Faible qualité des données générées par la plupart de FOSA et de DBC (promptitude, complétude, exhaustivité et fiabilité) ;
- 2) Faible niveau d'intégration des indicateurs clés de planification familiale dans le logiciel DHIS2 pour des analyses et prise de décision ;
- 3) Insuffisance d'études qualitatives en matière de PF.



## **F. COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT SOCIAL ET DE COMPORTEMENT**

- 1) Faible appui des interventions liées à la création de la demande en PF par la majorité de financements PF ;
- 2) Faible qualité d'informations offertes aux clients et clientes qui fréquentent le service PF. Seuls 19% de clientes reçoivent des informations en rapport avec la gamme des méthodes, les effets secondaires et la conduite à tenir ;
- 3) Faible participation des organes communautaires dans les activités de sensibilisation sur la PF
- 4) Faible implication de l'homme/partenaire masculin en matière de PF ;
- 5) Persistance des normes socio-culturelles défavorables à la PF.









# 3



## ORIENTATIONS STRATEGIQUES

### 3.1. VISION

Selon le DSRP 2, la vision du Gouvernement de la RDC en matière de planification familiale est **«Que tous les Congolais en âge de procréer aient un accès à des services de planification familiale de qualité et à un coût abordable, quelles que soient leur classe sociale, leur situation géographique, leur appartenance politique ou religieuse».**

Avec cette vision, le Plan stratégique vise l'amélioration du bien-être de la population congolaise en 2025, tout en maintenant le cap vers l'horizon 2030. Le but poursuivi est d'assurer une augmentation rapide et soutenue de l'utilisation de méthodes modernes efficaces de contraception par les hommes et les femmes vivant en RDC qui le souhaitent. La stratégie principale à mettre en œuvre est celle de l'accélération de l'utilisation de la contraception moderne qui passe de près de 1 point de pourcentage par an entre 2014 et 2020 à 1,5 point de pourcentage par an entre 2020 et 2025, et qui pourrait atteindre 1,7 point de pourcentage par an entre 2025 et 2030. Cette évolution devrait consacrer et renforcer la perspective de l'accélération des efforts à fournir.

Ce plan s'inscrit dans la mise en œuvre du PNDS 2019-2022 qui place la PF dans le paquet d'interventions à haut impact pour la mère, l'enfant et l'adolescent, avec un accent sur la promotion d'une bonne santé sexuelle et reproductive chez les adolescents et jeunes ainsi que sur l'utilisation des moyens et méthodes de planification familiale pour la prévention des grossesses précoces et non désirées.

Ce plan est aussi aligné à la vision du Plan stratégique National pour la Couverture Sanitaire Universelle (PSN-CSU) qui vise notamment l'amélioration de l'accès pour tous aux soins et services de santé, sans qu'ils encourrent une ruine financière ou économique. Le PSN-CSU accorde un intérêt particulier sur les services et les soins de santé au bénéfice du couple mère-enfant qui comprennent notamment les services de planification familiale, afin de contribuer à la réduction de la pauvreté et à la relance du développement de la RDC menée par une population en bonne santé.



### 3.2. OBJECTIF GÉNÉRAL

Augmenter la prévalence contraceptive moderne de toutes les femmes en âge de procréer, en passant de 15,5 % en 2020 (FPET) à au moins 23 % d'ici 2025, avec un accroissement estimé à près de 1,5 % par an.

La valeur cible projetée en 2025 est fixée sur la base des projections du FPET qui présentent les tendances les plus réalistes, en utilisant plusieurs données disponibles pour le pays et compte tenu de l'environnement dans lequel évolue la RDC. Cet objectif est également en ligne avec l'engagement du pays avec un regard sur l'horizon 2030 pour une prévalence contraceptive au tour de 30 %.

### 3.3. VALEURS ET PRINCIPES DIRECTEURS

La communauté internationale a convenu que le droit à la santé incluait le droit à contrôler sa santé et à disposer de son corps, et cela inclut la liberté sexuelle et de procréation. C'est dans cette optique que les principes relatifs aux droits et à l'autonomisation de la planification familiale constituent les valeurs de toute action de planification familiale dans la vision de Family Planning 2030 (FP2030), conformément aux accords et cadres existants relatifs aux droits humains. Ces valeurs et principes de la planification familiale sont regroupés en dix dimensions :

- 1) **POUVOIR ET AUTONOMIE** : Les individus ont la capacité de décider librement du nombre d'enfants qu'ils veulent et de l'intervalle de temps entre les naissances dans leur famille. Pour exercer cette capacité, les individus doivent être en mesure de choisir une méthode contraceptive de façon volontaire, sans subir de discrimination, de coercition ou de violence.
- 2) **DISPONIBILITÉ** : Les formations sanitaires, les prestataires formés et les méthodes contraceptives sont disponibles afin que les individus puissent exercer pleinement leur choix à partir d'une large gamme de méthodes contraceptives (méthodes barrières, à action courte ou longue, réversible, permanentes et d'urgence). La disponibilité des services comprend des services de suivi et d'extraction pour les implants et les DIU.
- 3) **ACCESSIBILITÉ** : Les formations sanitaires, les prestataires formés et les méthodes contraceptives sont accessibles, sans discrimination et sans barrières physiques, économiques, socioculturelles ou liées au manque d'informations.



- 4) **ACCEPTABILITÉ** : Les formations sanitaires, les prestataires formés et les méthodes contraceptives sont respectueux de l'éthique médicale et des préférences individuelles, sont adaptés au sexe et aux exigences en termes de cycle de vie et respectent la vie privée.
- 5) **QUALITÉ** : Les individus ont accès à des services et à des informations de bonne qualité en matière de contraception et qui sont adéquates d'un point de vue scientifique et médical. La qualité des soins est un élément qui revêt plusieurs aspects. Cela inclut, mais n'est pas limité à : un choix exhaustif de méthodes contraceptives de qualité; des informations claires et précises d'un point de vue médical, notamment au sujet des risques et des avantages d'une gamme de méthodes; la présence de prestataires équipés et compétents sur le plan technique; et des interactions client prestataire qui respectent le choix informé, la vie privée et la confidentialité, ainsi que les préférences et besoins des clients.
- 6) **AUTONOMISATION** : Les individus sont autonomisés en tant que principaux acteurs et agents qui prennent des décisions sur la procréation dans leur vie, et peuvent mettre en œuvre ces décisions à travers l'accès aux informations, aux services et aux produits liés à la contraception.
- 7) **ÉQUITÉ ET NON-DISCRIMINATION** : Les individus ont la capacité d'accéder à des informations et à des services complets et de qualité, sans subir de discrimination, de coercition et de violence. La qualité, l'accessibilité et la disponibilité des informations et des services de contraception ne doivent pas varier en fonction de critères sans rapport avec les indications médicales comme l'âge, l'emplacement géographique, la langue, l'appartenance ethnique, le handicap, le statut VIH, l'orientation sexuelle, les biens, le statut marital ou autre.
- 8) **CHOIX INFORMÉ** : Les individus ont la capacité d'accéder à des informations précises, claires et compréhensibles sur diverses méthodes contraceptives et sur leur utilisation. Pour exercer pleinement, librement et de façon informée de leur prise de décision, les individus peuvent choisir parmi une gamme complète de méthodes contraceptives sûres, efficaces et disponibles (méthodes, barrières, durée d'action courte ou prolongée, réversible, permanente et d'urgence).
- 9) **TRANSPARENCE ET RESPONSABILITÉ** : Les individus peuvent accéder facilement à des informations concrètes sur la conception, la fourniture, la mise en œuvre et l'évaluation des services, programmes et politiques en matière de contraception, y compris les données provenant de l'État. Les individus ont le droit de chercher des remèdes et des réparations au niveau individuel et systémique lorsque les responsables ont manqué à leurs obligations concernant les informations, les services et les produits relatifs à la contraception.

- 10) **VOIX ET PARTICIPATION** : Les individus, en particulier les bénéficiaires, ont la capacité de participer concrètement à la conception, à la fourniture, à la mise en œuvre et à l'évaluation des services, des programmes et des politiques ayant trait à la contraception

En plus de ces valeurs et principes universels de la planification familiale, la mise en œuvre de ce plan stratégique sera également guidée par les principes directeurs du PSN-CSU, à savoir : (1) Respect des droits humains et du genre, (2) Progressivité de la mise en œuvre du système, (3) Décentralisation de la gestion de la réponse, (4) Coordination des interventions, (5) Partenariat et multisectorialité des interventions, (6) Participation communautaire, (7) Convergence et synergie des interventions, (8) Complémentarité des parties prenantes au processus et au système, (9) Gestion du système basée sur l'évidence, (10) Séparation des fonctions et (11) Redevabilité.

### 3.4. AXES STRATÉGIQUES

Pour atteindre cet objectif, six axes stratégiques ont été définis, en partant d'une part des problèmes prioritaires identifiés et qui sont alignés aux principaux piliers du système de santé, et d'autre part en s'inspirant des expériences réussies en la matière dans le monde et en Afrique :

- 1) Obtention de l'engagement effectif du gouvernement et des bailleurs en faveur de la Planification Familiale ;
- 2) Accroissement de l'accès aux services de Planification Familiale ;
- 3) Amélioration de la qualité des services de Planification Familiale ;
- 4) Création de la demande des services de Planification Familiale ;
- 5) Amélioration du système logistique d'approvisionnement en contraceptifs ;
- 6) Renforcement du système d'évaluation de progrès.

**Les axes du PSN PF 2021-2025 font encrage à ceux du PNDS Recadré 2019-2022 tels que présentés dans le tableau ci-dessous :**

Les axes stratégiques repris dans ce plan concourent à l'atteinte des résultats des axes stratégiques du PNDS 2019-2022.

Les axes stratégiques accroissement de l'accès aux services de planification familiale, amélioration de la qualité des services de planification familiale et création de la demande des services de planification contribuent à l'atteinte des résultats de l'axe stratégique Amélioration des prestations des services de santé et continuité des soins du PNDS.

L'axe stratégique « amélioration du système logistique d'approvisionnement en contraceptifs » contribue à Amélioration de la disponibilité de médicaments et intrants spécifiques de qualité qui est le résultat 2.2. de l'axe stratégique 2 du PNDS.

L'obtention de l'engagement effectif du gouvernement et des bailleurs de fonds en faveur de la planification familiale et le renforcement du système de suivi et évaluation sont des contributions de la planification familiale au renforcement de la gouvernance et du système de santé, axe 3 du PNDS.



### 3.5. OBJECTIFS SPÉCIFIQUES ET RÉSULTATS ATTENDUS PAR AXE STRATÉGIQUE

Pour chaque axe stratégique, au moins un objectif spécifique est défini pour orienter et représenter l'ensemble des efforts à fournir dans le cadre de l'axe stratégique. En plus, pour canaliser les interventions stratégiques programmées, des résultats attendus sont définis pour chaque axe stratégique afin de répondre aux principaux problèmes identifiés et pour en faciliter la mesure des progrès et l'évaluation de l'ensemble des efforts qui seront déployés dans chaque axe d'ici à 2025. De même que pour l'objectif spécifique, ces résultats sont parmi les plus représentatifs, et peuvent être complétés par d'autres, selon les cas.

#### 3.5.1. OBTENTION DE L'ENGAGEMENT EFFECTIF DU GOUVERNEMENT ET DES BAILLEURS EN FAVEUR DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Cet axe stratégique va permettre de résoudre plusieurs problèmes relatifs au non-décaissement des fonds, à la coordination des partenaires, à l'implication du secteur privé et à la diffusion des directives nationales en matière de Planification Familiale y compris celles adaptées à la pandémie de la COVID-19. Pour ce faire, l'objectif spécifique consiste à : Renforcer la coordination des interventions des bailleurs et des partenaires de mise en œuvre à travers des CTMP fonctionnels dans toutes les 26 provinces du pays, d'ici à 2025. Cinq résultats sont attendus, à savoir :

- 1) Obtention chaque année du gouvernement le décaissement effectif des crédits alloués à la ligne budgétaire consacrée à l'achat des contraceptifs ;
- 2) Renforcement du leadership du CTMP dans la coordination des interventions des bailleurs et partenaires et dans l'élargissement de l'appropriation de la PF à d'autres secteurs, d'ici à 2022 ;
- 3) Obtention de l'augmentation des financements du gouvernement et des bailleurs (donateurs, PTF) et des privés consacrés à la PF ;
- 4) Obtention des réformes pour s'assurer que le secteur privé intègre la PF dans le cadre de leurs responsabilités et interventions sociales et sociétales;
- 5) Diffusion, dans les 26 provinces du pays, des textes légaux, réglementaires, protocoles et directives relatifs à l'amélioration du contexte politique et de la mise en œuvre des programmes de la planification familiale.

#### 3.5.2. ACCROISSEMENT DE L'ACCÈS AUX SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE

Trois objectifs spécifiques sont retenus pour cet axe stratégique, à savoir :

- (1) Augmenter de 59,5 % à 80 % le pourcentage des FOSA offrant la PF à travers l'ensemble du pays, d'ici à 2025.
- (2) Augmenter de 29,5 % à 50 % la proportion des aires de santé ayant intégrés la distribution à base communautaire à travers l'ensemble du pays, d'ici à 2025.
- (3) Promouvoir les stratégies communautaires innovantes de l'offre de services de PF, d'ici à 2025

Trois résultats sont définis pour relever les défis liés respectivement à l'élargissement de la couverture géographique des FOSA qui offrent les services de PF, à l'accessibilité des adolescents et jeunes aux services de PF et à l'extension de l'offre des services à base communautaire :



- 1) Augmentation du nombre de provinces qui ont atteint au moins 60 % de couverture en services de PF, en passant de 12 à 26, d'ici à 2025 ;
- 2) Accroissement de l'accessibilité des services de PF par les adolescents (15-19 ans) de 10 % à 30 % à travers le pays ;
- 3) Augmentation de 29,5 % à 50 % de la proportion des Aires de Santé offrant les services PF à base communautaires à travers le pays.

### 3.5.3. AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES DE PF

Selon les problèmes prioritaires identifiés, l'amélioration de la qualité des services sera mesurée à travers l'atteinte de l'objectif spécifique qui focalise les efforts sur l'offre diversifiée des méthodes contraceptives aux personnes qui les désirent. Il s'agit de :

**Augmenter à au moins 80 % le pourcentage des FOSA offrant au moins 3 types de méthodes modernes de PF (longue durée, courte durée et naturelle) sur l'ensemble du pays en 2025.**

Pour accompagner la mesure des efforts à réaliser dans cet axe stratégique, en plus de l'évaluation de l'objectif spécifique, trois résultats ont été formulés :

- 1) Augmentation de 73 % à au moins 80 % du pourcentage des Structures offrant la PF qui ont au moins 2 prestataires formés en PF ;
- 2) Augmentation de 58 % à au moins 70 % du pourcentage des Structures qui offrent au moins 5 méthodes modernes de PF ;
- 3) Augmentation de 48 % à 60 % du pourcentage des FOSA offrant des services de PF qui disposent des directives écrites sur la PF, notamment les fiches techniques et protocoles de la PF.

### 3.5.4. CRÉATION DE LA DEMANDE DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE

L'objectif spécifique pour la création de la demande a été formulé comme suit :

**Augmenter de 28,4 % à 50 % le pourcentage des clientes des méthodes contraceptives qui ont reçu les informations en rapport avec la gamme des méthodes, les effets secondaires et la conduite à tenir, d'ici 2025.**

Cet objectif est accompagné des résultats à atteindre pour répondre aux problèmes prioritaires qui entravent la création de la demande de services de PF :

- 1) Renforcement des capacités techniques d'au moins 80 % des prestataires et autres acteurs de la communication pour qu'ils vulgarisent les 4 informations clés sur la PF ;
- 2) Mise en œuvre de la Stratégie nationale de communication pour la PF ;
- 3) Disponibilité des matériels éducatifs de PF y compris ceux adaptés aux différentes cibles à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- 4) Intégration des interventions de changement social et de comportement pour créer un environnement social et politique favorable à la PF.



### 3.5.5. AMÉLIORATION DU SYSTÈME LOGISTIQUE D'APPROVISIONNEMENT EN CONTRACEPTIFS

Pour faire face aux nombreux défis qui entravent l'amélioration de l'efficacité de la chaîne d'approvisionnement en contraceptifs, l'objectif spécifique de cet axe stratégique est de :

**Réduire de 80 % à moins de 50 % du pourcentage des FOSA qui ont connu une rupture de stock d'au moins une méthode contraceptive moderne, d'ici à 2025.**

Trois résultats sont également formulés pour cet axe stratégique :

- 1) Amélioration de la disponibilité des informations sur le mouvement des contraceptifs au niveau national et provincial, y compris le mouvement au niveau de CDR et des officines pharmaceutiques ;
- 2) Mise en place des sous-groupes fonctionnels sur sécurité contraceptive au niveau central et dans chaque province avec CTMP ;
- 3) Contribution à l'amélioration des conditions de stockage des contraceptifs.

### 3.5.6. RENFORCEMENT DU SYSTÈME D'ÉVALUATION DE PROGRÈS

Pour renforcer le système de suivi et évaluation des activités de la PF, l'objectif spécifique poursuivi est de :

**Renforcer les mécanismes du suivi annuel des données de PF pour l'ensemble du pays**

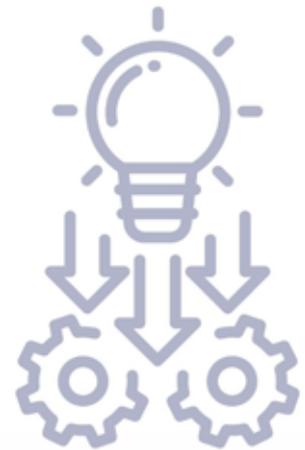
Deux résultats à atteindre sont formulés pour accompagner cet objectif :

- 1) Mise en place d'un mécanisme de rapportage des données des prestations de PF générées par les officines pharmaceutiques et le réseau de marketing social ;
- 2) Production des rapports annuels sur l'évolution des différents indicateurs du plan stratégique.





# 4



## MISE EN OEUVRE DU PLAN STRATEGIQUE

### 4.1. CONDITIONS DE LA MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre de ce Plan stratégique va s'appuyer sur quelques conditions nécessaires qui vont déterminer son efficacité à atteindre les résultats escomptés :

- 1) La volonté politique du gouvernement de la RDC qui en garantira la mise en œuvre par toutes les parties prenantes concernées par ce plan stratégique;
- 2) La capitalisation des programmes et projets existants dans le domaine de la PF et leurs capacités à maintenir ou à renforcer leurs engagements et préserver les progrès déjà réalisés;
- 3) La mobilisation des autres parties prenantes du secteur public et privé pouvant faire avancer l'agenda de la planification familiale en RDC;
- 4) Le renforcement du volet communautaire de l'offre de services de PF;
- 5) La capacité des parties prenantes à mobiliser des ressources additionnelles de tous les secteurs (public, privé et des bailleurs de fonds existants);
- 6) Le renforcement de la coordination à vision multisectorielle incluant les différents acteurs/intervenants/parties prenantes;
- 7) Le développement et la vulgarisation des documents de politique, des normes, d'orientation stratégique et autres textes réglementaires du secteur de la santé qui peuvent influencer positivement les activités de la Planification Familiale;
- 8) La volonté de partenaires traditionnels à la PF à maintenir au moins le niveau actuel dans les appuis financiers accordés aux services de Planification Familiale;
- 9) L'engagement des bailleurs de fonds (anciens et nouveaux) à financer la mise en œuvre de ce Plan stratégique en vue de l'atteinte de ses objectifs;
- 10) La prise en compte de spécificité de chaque province (niveau de prévalence, fertilité, etc.) tel que repris dans la courbe S à la page 19;
- 11) Le développement des stratégies qui ciblent les femmes plus pauvres et celles des milieux ruraux pour réduire l'utilisation des méthodes traditionnelles pour les modernes;
- 12) La capacité de résilience du système de santé au regard de la pandémie à la COVID-19 et les autres situations d'urgences sanitaires.



## 4.2. LES OPPORTUNITÉS D'INVESTISSEMENT EN PF

Il est évident que la mise en œuvre du plan ne se fera pas de la même manière dans toutes les provinces du pays et par toutes les organisations de mise en œuvre. La catégorisation des provinces selon la courbe en «S» permet de mieux présenter les fenêtres d'opportunités d'investissement dans la PF pour chaque catégorie des provinces suivant sa position sur cette courbe. L'encadré ci-dessous présente les deux catégories principales des provinces avec des indications sur l'accent à mettre dans un cas comme dans l'autre.

Il est important que les parties prenantes et surtout les organisations de mise en œuvre puissent tenir compte de la situation ou du niveau de prévalence contraceptive moderne dans leurs provinces d'intervention, en fonction de deux orientations possibles :

1. Les provinces avec prévalence contraceptive moderne inférieure à 15 % connaissent et connaîtront une croissance lente et peu de changement annuel en termes de prévalence contraceptive moderne. Il est recommandé pour ces provinces, des actions prioritaires visant le changement des normes sociales sur la PF, la création de la demande, l'amélioration de la couverture en formations sanitaires offrant la PF, ainsi que la formation des prestataires.

Les partenaires d'intervention doivent mettre l'accent sur la mesure des indicateurs de la demande en PF ainsi que ceux relatifs à l'accès des clients aux services PF pour suivre les progrès.

2. Les provinces avec prévalence contraceptive moderne variant entre 15 % et 55 % connaîtront une croissance accélérée de la prévalence contraceptive moderne. Ici l'accent doit être mis sur l'offre des services de la PF de qualité, avec la disponibilité des services, la disponibilité de produits contraceptifs et la création de la demande.

Pour ces provinces, l'augmentation annuelle de prévalence contraceptive peut être ambitieuse et atteignable.



INTERVENTIONS PRIORITAIRES	ORGANISATIONS RESPONSABLES ET À IMPLIQUER	ORIENTATIONS / DIRECTIVES SUR LES ACTIVITÉS À DÉVELOPPER
<p>Axes stratégique I : Obtention de l'engagement effectif du gouvernement et des bailleurs en faveur de la Planification Familiale</p>		
<p>Objectif Spécifique : Renforcer la coordination des interventions des bailleurs et des partenaires de mise en œuvre à travers des CTMP fonctionnels dans toutes les 26 provinces du pays</p>		
<p>1. Intégrer la PF parmi les interventions prioritaires de la CSU</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services techniques de la Présidence de la République et du gouvernement central et des ministères concernés (Secrétariat General, DEP Santé, DSFGS, DGOSS, PNSR, PNSA, Programme National de Promotion des Mutuelles de Santé, etc.</li> <li>• Les membres du CTMP</li> </ul>	<p>Travailler avec la DEP Santé et les autres services techniques du ministère de la santé pour intégrer la PF parmi les thématiques essentiels dans la CSU</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identification des modalités d'intégration de PF dans la CSU</li> <li>• Comment nous abordons cette question de la CSU et la PF ?</li> <li>• Comment intégrer la CSU et le PF ?</li> <li>• Comment la CSU peut améliorer la PF (couverture et utilisation)</li> </ul>
<p>2. Obtenir le décaissement effectif des fonds alloués à la ligne achat contraceptifs tel que repris dans le budget annuel voté au niveau du Parlement au niveau central et au niveau provincial</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les différents organes des ministères concernés (Cabinet du ministre de la sante, DEP, SG, PNSR, DSFGS, Budget et Finance)</li> <li>• CTMP National et CTMP Provincial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Travailler avec les parties prenantes pour comprendre le processus aboutissant au décaissement y compris les parties prenantes techniques pour aider à la quantification, et à la passation des marchés</li> <li>• Le décaissement doit s'accompagner de l'augmentation annuelle de la ligne budgétaire allouée à l'achat des contraceptifs</li> </ul>
<p>3. Obtenir des réformes pour s'assurer que le secteur privé intègre la PF dans le cadre de leurs responsabilités et interventions sociales et sociétales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministères concernés par les reformes (Santé, Mines, Telecom etc...)</li> <li>• IDAK,</li> <li>• GLOBAL COMPACT</li> <li>• Membres du CTMP</li> <li>• Et les autres (les organisations des médias, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuivre la collaboration avec les plateformes impliquées dans la mise en œuvre de de Responsabilité Sociale des Entreprises pour les sociétés minières (exemple IDAK), de télécommunication (Fondation VODACOM, Fondation Orange etc...)</li> <li>• Travailler avec GLOBAL COMPACT pour mobiliser les autres sociétés privées commerciales</li> </ul>



<p>4. Obtenir la prise en compte de la PF dans les documents normatifs du ministère et de ceux des autres ministères</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les différents ministères impliqués et principalement ceux en charge du Plan, Santé, Education, Développement, Environnement</li> <li>• CTMP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Travailler avec les différentes parties prenantes pour inclure la PF dans le développement de politique de population et gestion durable de l'environnement, gestion de l'habitat, Ministère des affaires sociales etc.</li> <li>• Assurer la vulgarisation des documents normatifs de différents ministères en rapport avec la PF</li> </ul>
<p>5. Créer une ligne budgétaire pour l'achat de contraceptifs dans la nomenclature de chaque province</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CTMP provinciaux en collaboration avec PNSR, PNSA</li> <li>• Les différents ministères concernés</li> </ul>	<p>Poursuivre les efforts de création de ligne budgétaire dans les provinces qui en manquent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implication des différents ministères</li> <li>• La ligne doit être spécifique « Achat contraceptif »</li> </ul>
<p>6. Obtenir l'augmentation de financement du gouvernement et auprès des bailleurs (donateurs, PTF)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les membres du CTMP impliqués dans le plaidoyer</li> <li>• Le gouvernement (Primature, Ministère de la Santé etc...) et les services techniques du gouvernement (DEP etc.)</li> <li>• Les bailleurs de fonds</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorer de la possibilité de mobilisation des financements des autres secteurs pour financer la PF (exemple ministère de l'environnement, Ministère Education, Ministère des Affaires Sociales,</li> <li>• Mobiliser des nouveaux bailleurs (Fondations privées et autres)</li> </ul>
<p>7. Obtenir des différents bailleurs de fonds l'inclusion systématiquement de la cible adolescents et jeunes dans les différents financements accordés aux organisations de mise en œuvre</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le gouvernement</li> <li>• Les membres du CTMP impliqués dans le plaidoyer</li> <li>• Les Bailleurs,</li> <li>• ONGs et autres organisations de mise en œuvre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre l'accent sur l'accès à l'information et aux services de PF pour les Adolescents et Jeunes dans les différents financements accordés pour la PF,</li> <li>• Inclure les notions de parente responsable dans le programme d'éducation et de développement</li> </ul>
<p>9. Renforcer/soutenir le mécanisme de fonctionnement effectif des CTMP aux niveaux national/central et provincial</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les membres du CTMP</li> <li>• Bailleurs de fonds, les ONGs Internationales,</li> <li>• Sociétés civiles</li> <li>• Services du gouvernement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impliquer les autres secteurs (ministères et autres acteurs) dans la promotion de la PF</li> <li>• Mettre en place les sous-groupes thématiques fonctionnels</li> <li>• Elaborer le plan d'activités annuelles</li> <li>• Rappporter sur les activités annuelles</li> <li>• Participer aux activités annuelles au niveau central</li> </ul>



Axes stratégique 2 :Accroissement de l'accès aux services de Planification Familiale

Objectif spécifique :Augmenter de 59,5% à 80% la proportion de FOSA offrant la PF à travers l'ensemble du pays

INTERVENTIONS PRIORITAIRES	ORGANISATIONS RESPONSABLES ET À IMPLIQUER	ORIENTATIONS / DIRECTIVES SUR LES ACTIVITÉS À DÉVELOPPER
<p>1. Augmenter progressivement le nombre des FOSA qui offrent la PF y compris des services pour les adolescents et jeunes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministère de la Sante (PNSR, PNSA)</li> <li>• Bailleurs de fonds et les ONGs de mise en œuvre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégrer l'offre des services de PF, y compris la PF en Post-Partum, dans les différentes FOSA du pays tant du secteur public que privé</li> <li>• Renforcer l'intégration de la PF et extension les services SSRAJ dans les FOSA</li> </ul>
<p>2. Augmenter progressivement le nombre d'Aires de Sante avec service de PF communautaire y compris des services pour les adolescents et jeunes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PNSR, PNSA, D6, PNCPS</li> <li>• Bailleurs de fonds et les ONGs de mise en œuvre, et les organisations confessionnelles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organiser l'offre gratuite des services de PF ciblant aussi les femmes les plus pauvres, celles des milieux ruraux et celles vivant dans les milieux à accessibilité difficile</li> </ul>
<p>3. Etendre l'intégration de la PF dans le cursus de formation des écoles d'infirmières</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministère en charge de l'enseignement secondaire</li> <li>• PNSR, PNSA, les autres membres du CTMP</li> <li>• Les bailleurs de fonds</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adapter le cursus et calendrier de formation écoles s'infirmières pour les élèves de 3ème année.</li> <li>• Mettre en place des noyaux des formateurs provinciaux dans les différentes provinces d'intervention</li> <li>• Dotation en matériels de formation (Bras, zoé, phallus, Mama U, etc) aux coordinations Provinciales</li> <li>• Trouver des mécanismes spéciaux pour assurer des stocks suffisants en contraceptifs pour les écoles ayant intégré la PF dans le curriculum de formation</li> </ul>
<p>4. Intégrer l'approche par compétence en PF dans les ISTM et les Facultés de Médecine</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministère en charge de l'enseignement Supérieur et Universitaire</li> <li>• PNSR, PNSA, les autres membres du CTMP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégrer l'offre de PF communautaires par les élèves des écoles médicales dans les stratégies de financement des bailleurs de fonds</li> <li>• Dotation en matériels de formation aux Universités et Instituts supérieurs</li> </ul>



<p>5. Etendre le réseau des officines pharmaceutiques offrant la PF</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organes techniques du ministère de la santé (PNSR, PNSA, Direction de Pharmacies, PNAM etc.)</li> <li>• Les ONGS</li> <li>• Les bailleurs de fond</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre en compte l'offre des services e PF dans le financement accordes aux organisations de mise en œuvre,</li> <li>• Actualiser les directives facilitant la prestation en PF dans les pharmacies</li> </ul>
<p>6. Promouvoir les stratégies communautaires de l'offre de services de PF au travers de : équipes mobiles, officines pharmaceutiques, marketing social, Centres Sociaux et professionnels)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisations a Assises communautaires,</li> <li>• Organisations spécialisées dans le marketing social</li> <li>• CTMP</li> <li>• Bailleurs de fonds</li> <li>• Et autres ...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Populations en situations particulières (déplacés internes, les personnes vivant avec handicaps, les adolescents et jeunes etc.)</li> <li>• PF en situation d'urgence (Dispositifs Minimum d'Urgence...)</li> <li>• Organisations confessionnelles</li> <li>• Adapter l'offre des services de PF pour atteindre les femmes les plus pauvres et celles des milieux ruraux</li> </ul>
<p>7. Etendre la disponibilité des services de PF ciblant les adolescents et les jeunes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DESS, DGOGGS, PNSA, PNCPS, PNSR, PNLS, DPS et ECZ</li> <li>• Organisations a Assises communautaires,</li> <li>• Organisations spécialisées dans le marketing social</li> <li>• CTMP</li> <li>• Bailleurs de fonds</li> <li>• Et autres....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer la paire-éducation en impliquant aussi les apprenants DBC (élèves des écoles médicales) pour atteindre les adolescents et les jeunes</li> <li>• Poursuivre l'intégration de services conviviaux u niveau de FOSA, ZS...</li> <li>• Relier les efforts visant à améliorer l'accès aux contraceptifs et leur utilisation à la prévention des mariages d'enfants, à la prévention et à la prise en charge de la violence sexiste, ainsi qu'à la prévention et à la prise en charge du VIH.</li> <li>• L'éducation sexuelle complète est une base importante pour tout cela.</li> <li>• Intégrer la PF dans le CAC (Cellule d'Assise Communautaire)</li> <li>• Inclure la promotion de l'utilisation de la contraception d'urgence</li> </ul>
<p>8. Etendre l'intégration de la PF du Post-partum dans la maternité et dans la communauté</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DIO, DESS, DGOGGS, PNSA, PNSR, PNLS, DPS et ECZ</li> <li>• Les ONGs de mise en œuvre</li> <li>• Les bailleurs de fonds de sante maternelle et infantile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cibler systématiquement les services de maternités et former les accoucheuses à l'offre des méthodes contraceptives pendant le séjour à la maternité,</li> <li>• Intégrer les services de PF dans la communauté pour les femmes enceintes, et en post-partum etc..I.</li> </ul>



<p>9. Tester les innovations ayant le potentiel d'avancer l'agenda de PF à l'horizon 2025 et 2030</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministère de la santé,</li> <li>• CTMP,</li> <li>• Les organisations de recherche</li> <li>• Les ONGs Nationales et Internationales</li> <li>• Etc...</li> </ul>	<p>Exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etendre la gamme des méthodes pour les élèves Jadelle et Levoplan</li> <li>• Promouvoir l'utilisation à grande échelle de DIU</li> <li>• Offre de services de PF par la télé-médecine,</li> <li>• Autres....</li> </ul>
---	---	---

Axes stratégique 3 : Amélioration de la qualité des services de Planification Familiale

Objectif spécifique : Augmenter à au moins 80 % le pourcentage des FOSA offrant au moins 3 types de méthode modernes de PF (longue durée, courte durée et naturelle) sur l'ensemble du pays

INTERVENTIONS PRIORITAIRES	ORGANISATIONS RESPONSABLES ET À IMPLIQUER	ORIENTATIONS / DIRECTIVES SUR LES ACTIVITÉS À DÉVELOPPER
<p>1. Fournir une gamme élargie d'au moins CINQ méthodes contraceptives dans les structures qui offrent la PF</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services et organes du ministère de la santé : PNSR et autres</li> <li>• Bailleurs de Fonds,</li> <li>• Les organisations de mise en œuvre de services de PF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La gamme élargie doit comprendre au moins : une méthode à longue durée, une à courte durée et une naturelle</li> <li>• Révision normes et protocoles</li> <li>• Promouvoir l'offre clinique de DIU dans les structures de santé (CS, HGR)</li> <li>• Auto injection</li> <li>• Dotation des équipements et matériels pour garantir la qualité de service</li> </ul>
<p>2. Renforcer le système de supervision formative</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DSFGS, DESS, DGOOGS, PNSA, PNSR, PNLS, DPS et ECZ</li> <li>• Les ONGs de mise en œuvre</li> <li>• Les bailleurs de fonds de sante maternelle et infantile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mentorat clinique (formation in situ)</li> <li>• Prise en compte systématique des supervisions à tous les niveaux. Semestriel pour le niveau central, trimestriel pour le niveau provincial et mensuel pour le niveau opérationnel) dans les différents projets en faveur de la PF</li> </ul>
<p>3. Assurer la disponibilité d'au moins deux prestataires pour l'offre de services de Planification Familiale au niveau Formation Sanitaire (poste de santé, CS, HGR et maternité)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services techniques du ministère de la santé (PNSR, PNSA, DPS et zone de sante</li> <li>• Bailleurs et ONGs</li> </ul>	<p>Au moins deux prestataires à former par FOSA :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 prestataires par formation sanitaire offrant la PF</li> <li>• Mentorat in situ,</li> <li>• Formation in situ</li> <li>• Et autres</li> </ul>



<p>4. Rendre disponibles les documents sur les directives et normes de soins et services de PF au niveau provincial et opérationnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PNSR, D10 et</li> <li>• Membres du CTMP (bailleurs et ONGs de mise en œuvre)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directives PF dans le contexte de la COVID-19 actualisée</li> <li>• Aide-mémoire sur la gestion des effets secondaires,</li> <li>• Ordinogramme</li> <li>• Etc...</li> </ul>
<p>5. Renforcer la prévention et le contrôle des infections en PF</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PNSR, D10,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vulgarisation des normes de PCI en PF</li> <li>• Assurer le suivi des mesures de PCI en PF</li> <li>• Dotation en EPI et autres intrants pour la prévention et le contrôle des infections lors des prestations de PF</li> </ul>

#### Axes stratégique 4: Création de la demande des services de Planification Familiale

Objectif spécifique : Augmenter le pourcentage des clientes des méthodes contraceptives qui ont reçu les quatre messages clés sur la PF, aussi bien dans le grand publique que dans les groupes spécifiques et les populations à accès difficile

INTERVENTIONS PRIORITAIRES	ORGANISATIONS RESPONSABLES ET À IMPLIQUER	ORIENTATIONS / DIRECTIVES SUR LES ACTIVITÉS À DÉVELOPPER
<p>1. Obtenir des différents bailleurs la prise en compte du « volet communication » dans les financements accordés aux organisations de mise en œuvre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les Ministères (Santé, GFE, AF)</li> <li>• Bailleurs de fonds</li> <li>• Les organisations membre de CTMP et les ONGs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablir un dialogue avec les bailleurs sur l'importance d'appuyer davantage la communication</li> <li>• Participer à l'élaboration des projets de PF pour s'assurer de la prise en compte des activités de communication</li> </ul>
<p>2. Rendre disponible les matériels éducatifs de PF y compris ceux adaptés aux différentes cibles</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministère de Santé (PNCPS, PNSR, PNSA),</li> <li>• Ministère du Genre, Famille et Enfant,</li> <li>• Les organisations de mise en œuvre et les membres de CTMP</li> <li>• Groupe de travail thématique CCSC en PF</li> </ul>	<p>Produire des matériels éducatifs (pour les différentes cibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ado et jeunes</li> <li>• Promotion de la PF Post-partum</li> <li>• Populations en situations particulières (déplacés internes, les personnes vivant avec handicaps etc...)</li> <li>• PF en situation d'urgence (Dispositifs Minimum d'Urgence...)</li> <li>• Organisations confessionnelles</li> </ul>



<p>3. Assurer la formation des prestataires des services à la communication interpersonnelle pour la diffusion des messages clés de la PF</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministère de Sante (PNCPS, PNSR, PNSA),</li> <li>• Les organisations de mise en œuvre et les membres de CTMP</li> <li>• Groupe de travail thématique CCSC en PF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégrer les aspects de communication interpersonnelle dans toute formation des prestataires des services de PF</li> <li>• Mettre à leur disposition des FOSA offrant les services de PF les matériels éducatifs qui reprennent au moins les 4 messages clés sur les méthodes contraceptives modernes</li> </ul>
<p>4. Assurer l'intégration systématique de la PF dans le cours Education à la vie dans le programme d'enseignement secondaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PNSR, PNSA et les membres de CTMP</li> <li>• Ministère ayant l'Enseignant Secondaire</li> <li>• Toutes les autres parties prenantes identifiées</li> <li>• Les organisations confessionnelles,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réviser les contenus du cours éducation à la vie et ajouter des informations sur la PF, les notions de parente responsable,</li> <li>• Définir le contenu acceptable sur les informations et les services de PF pour les écoles secondaires publiques et privées ; laïques et confessionnelles</li> </ul>
<p>5. Intégrer des interventions de changement social et de comportement pour créer un environnement social et politique favorable à la PF</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministère de la Santé (PNCPS, PNSR, PNSA),</li> <li>• Ministère du Genre, Famille et Enfant,</li> <li>• Les organisations de mise en œuvre et les membres de CTMP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborer un plan intégré de changement social et de comportement en communication pour la PF intégrant les concepts de masculinité positive, dialogue communautaire, approches transformatrices du genre en ciblant les leaders d'opinions, religieux</li> <li>• Impliquer /utiliser les media dans plaidoyer pour la mobilisation des décideurs et du secteur privé en faveur de la PF</li> <li>• Impliquer les autres secteurs (ministères et autres acteurs) dans la promotion de la PF</li> <li>• Promouvoir les activités de sensibilisation des masses en faveur de la PF</li> </ul>
<p>6. Encourager la recherche opérationnelle dans le domaine de la communication en matière de PF</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Institutions de recherches</li> <li>• Parties prenantes à la CCSC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Créer un réseau de recherche en PF impliquant les différents acteurs de terrain</li> <li>• Explorer les sujets variés de recherche notamment ceux touchant aux normes socio-culturelles en rapport avec la PF, l'implication du partenaire masculin (homme), obstacle d'utilisation de méthode etc...</li> </ul>



**Axes stratégique 5 : Amélioration du système logistique d'approvisionnement en contraceptifs**

Objectif spécifique : Réduire de 80% à moins de 50% du pourcentage des FOSA qui ont connu une rupture de stock d'au moins une méthode

INTERVENTIONS PRIORITAIRES	ORGANISATIONS RESPONSABLES ET À IMPLIQUER	ORIENTATIONS / DIRECTIVES SUR LES ACTIVITÉS À DÉVELOPPER
<p>7. Améliorer la disponibilité des informations sur le mouvement des contraceptifs au niveau national et provincial y compris le mouvement au niveau de CDR et des officines pharmaceutiques.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services techniques ministère de la sante : PNSR, PNAM, DSNIS, FEDECAM, CDRs</li> <li>• Bailleurs de fonds qui achètent les contraceptifs</li> <li>• Les Organisations de mise en Œuvre et</li> <li>• Les membres CTMP de sous-groupe Sécurité contraceptive</li> </ul>	<p>Assurer les minimums d'informations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informations centralisées sur les quantités de contraceptifs entrant en RDC pour les différents contraceptifs commandes par les bailleurs de fonds et les ONGs</li> <li>• Informations sur les mouvements de contraceptifs entrant dans chaque province,</li> <li>• Mouvement des contraceptifs au niveau de CDR</li> </ul>
<p>8. Former un comité multi-agence/bailleurs de fonds fonctionnel sur la sécurité contraceptive</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services techniques du Ministère de la Sante</li> <li>• Bailleurs de fonds : USAID, UNFPA, DFID, Banque Mondiale et autres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participation et amélioration de l'assurance qualité des contraceptifs à tous les niveaux</li> <li>• Appui au centre national de pharmacovigilance pour la mise en place du système de notification des effets indésirables des contraceptifs</li> </ul>
<p>9. Assurer des stocks suffisants des contraceptifs dans les structures de santé offrant des FP services</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services techniques du Ministère de la Sante</li> <li>• Bailleurs de fonds : USAID, UNFPA, DFID, Banque Mondiale et autres</li> <li>• Les ONGs de mise en œuvre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduire les ruptures de stock en contraceptifs à tous les niveaux du système de santé</li> </ul>
<p>10. Mettre en place de sous-groupe fonctionnel sur sécurité contraceptive au niveau central et dans chaque province avec CTMP</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bureaux de coordination de CTMP</li> <li>• Les membres de différents CTMPs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ce groupe peut discuter des quantités de chaque contraceptif entrant dans la province</li> <li>• Discuter du redéploiement des produits en phase de péremption</li> <li>• Etablir le besoin annuel en contraceptifs pour la province</li> <li>• Mobiliser des contraceptifs manquant si nécessaire</li> <li>• Travailler sur la visibilité de la chaîne d'approvisionnement</li> </ul>



<p>I I. Contribuer à l'amélioration des conditions de stockage des contraceptifs</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services techniques du Ministère de la Santé</li> <li>• Les partenaires de mise en œuvre,</li> <li>• Les bailleurs de fonds,</li> <li>• Les FEDECAM</li> <li>• Le secteur Privé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourager l'utilisation des CDR</li> <li>• Aménager des espaces de stockage selon les normes</li> <li>• Travailler ensemble pour augmenter les espaces de stockage (CDR, dépôts au niveau de Zone de santé et FOSA)</li> </ul>
--	---	--

Axes stratégique 6 : Renforcement du système d'évaluation de progrès

Objectif spécifique : Renforcer le mécanisme de suivi annuel des données de PF

INTERVENTIONS PRIORITAIRES	ORGANISATIONS RESPONSABLES ET À IMPLIQUER	ORIENTATIONS / DIRECTIVES SUR LES ACTIVITÉS À DÉVELOPPER
<p>1. Renforcer le mécanisme permettant de rapporter les données de prestation de PF générées par les officines pharmaceutiques et les réseaux de marketing social</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministère de la Santé (PNSR, PNSA, DSNIS, DPM, PNAM et autres)</li> <li>• Les partenaires techniques de mise en œuvre (DKT, MSI et autres)</li> <li>• Les bailleurs de Fonds</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Travailler avec les organisations utilisant ces canaux pour capturer les données de prestation dans le système national d'Information Sanitaire</li> </ul>
<p>2. Produire des rapports annuels sur l'évolution des différents indicateurs du plan stratégique</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le Ministre de la Santé avec ses partenaires techniques d'implémentation et de financement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboration de calendrier de rapportage</li> <li>• Elaboration des indicateurs de suivi de mise en œuvre</li> <li>• Définition des contenus minimum de rapport</li> </ul>
<p>3. Evaluer le Plan stratégique national de PF</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministère de la Santé avec les autres parties prenantes (les autres ministères, les bailleurs de fonds, Organisations nationales et Internationales, Société Civile impliquées dans la PF, organisations Confessionnelles).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluation (interne par les membres les parties prenantes) mi-parcours et recadrage des stratégies,</li> <li>• Evaluation finale en 2025 et ajustement des indicateurs pour 2030</li> </ul>



#### 4.4. COORDINATION ET MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DE CE PLAN

Le gouvernement de la RDC au travers des Ministères impliqués dans la thématique, a la responsabilité d'assurer la mise en œuvre de ce plan stratégique et cela au travers de ces programmes et services spécialisés qui travailleront avec le PNSR et le PNSA pour concrétiser cette mise en œuvre.

Le CTMP qui a la plateforme de concertation des parties prenantes en PF travaillera étroitement avec ses membres pour une mise en œuvre concertée, et réussie dans le respect des prérogatives des rôles régaliens dévolus à la partie gouvernementale.

Les ressources nécessaires pour la mise en œuvre de ce plan stratégique seront mobilisées par toutes les parties prenantes : gouvernement, bailleurs de fonds et organisations de mise en œuvre et proviendront de secteur public, secteur privé et des bailleurs de fonds en PF.

#### 4.5. SUIVI ET ÉVALUATION DU PLAN STRATÉGIQUE

##### 4.5.1. MODALITÉS DE SUIVI ET ÉVALUATION

Deux types d'évaluation peuvent être utilisés pour d'une part suivre les progrès réalisés dans la mise en œuvre des interventions, et d'autre part pour en mesurer les résultats à mi-parcours et à la fin de la période planifiée pour ce plan stratégique.

Dans le cas où l'EDS est organisé avant l'échéance de ce plan stratégique, et qu'elle montrerait une augmentation significative de la Prévalence contraceptive nationale, l'objectif, les résultats et les indicateurs de ce plan vont être révisés et ajustés.

Cependant, les systèmes de collecte et de traitement des données se baseront sur quatre sources essentielles :

1. Les rapports d'activités des programmes responsables (PNSR, PNSA et autres) qui vont rapporter sur les missions de supervisions, de formations, et autres activités du niveau national;
2. Les données de routine générées par les prestataires des services de PF et acheminées à travers le SNIS et traitées par le DHIS2;
3. Les résultats des enquêtes périodiques, au niveau national ou régional, auprès la population générale et/ou des structures sanitaires (EDS, MICS, PMA2020, SPSS, etc.);
4. Les études spéciales menées à des fins spécifiques par différents partenaires.



**4.5.2. INDICATEURS DES RÉSULTATS**
**TABLEAU 9 : CADRE DE SUIVI ET ÉVALUATION DU PLAN STRATÉGIQUE**

N°	OBJECTIF GENERAL	INDICATEURS DE L'OBJECTIF GENERAL	VALEUR DE REF.	VALEUR CIBLE 2025	SOURCES DES DONNEES
I	Augmenter la prévalence contraceptive moderne, de toutes les femmes en âge de procréer, estimée à 15,5% (FPET 2020) à au moins 23% d'ici 2025	1. Taux de prévalence contraceptive moderne pour toutes les femmes	15,5%	23%	Enquêtes/FPET
		2. Nombre d'utilisateurs total	+ de 3 millions	+ de 5 millions	Enquêtes/FPET
		3. Taux de prévalence contraceptive traditionnelle	10.6%	- de 10%	Enquêtes/FPET
		4. Besoins non satisfaits	32.1%	30.5%	Enquêtes/FPET

**AXE I : Obtention de l'engagement effectif du gouvernement et des bailleurs en faveur de la Planification Familiale**

N°	OBJECTIF GENERAL	INDICATEURS DE L'OBJECTIF GENERAL	VALEUR DE REF.	VALEUR CIBLE 2025	SOURCES DES DONNEES
I.0	Objectif spécifique : Renforcer la coordination des interventions des bailleurs et partenaires à travers le CTMP fonctionnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de CTMP fonctionnels (avec plan d'activités annuel, rapport annuel d'activités et de réunions régulières)</li> </ul>	11	26	Rapport annuel du PNSR
I.1	Obtention chaque année du gouvernement le décaissement effectif des crédits alloués à la ligne budgétaire consacrée à l'achat des contraceptifs ;	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage des montants du gouvernement décaissé pour l'achat des contraceptifs (niveau central et provincial) comparé au montant voté</li> <li>Montant total décaissé par le gouvernement</li> </ul>		A observer	Rapports Finances et Budget
I.2	Renforcement du leadership du CTMP dans l'élargissement de l'appropriation de la PF à d'autres secteurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de CTMP fonctionnels disposant d'un plan d'activités annuel multisectoriel</li> </ul>			Rapport PNSR
I.3	Obtention des réformes pour s'assurer que le secteur privé intègre la PF dans le cadre de leurs responsabilités et interventions sociales et sociétales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Texte de réforme signé</li> <li>Nombre de Sociétés minières qui ont intégré/appuyé la PF</li> <li>Nombre de Sociétés de communication qui ont intégré/appuyé la PF</li> </ul>	Non	Oui A observer A observer	Rapports PNSR Enquêtes



1.4	Diffusion, dans les 26 provinces du pays, des textes légaux, réglementaires, protocoles et directives relatifs à l'amélioration du contexte politique et de la mise en œuvre des programmes de la planification familiale.	• Nombre de provinces avec des textes légaux, réglementaires, protocoles et directives relatifs à la PF	26	Oui A observer	Rapports PNSR Enquêtes
		• Nombre de province avec CTMP qui ont créé une ligne budgétaire « achat contraceptifs »	26	A observer	Rapports PNSR Enquêtes

#### AXE 2 : Accroissement de l'accès aux services de Planification Familiale

N°	OBJECTIF GENERAL	INDICATEURS DE L'OBJECTIF GENERAL	VALEUR DE REF.	VALEUR CIBLE 2025	SOURCES DES DONNEES
2.0	Objectif spécifique : Augmenter de 59,7% à 80% la proportion de FOSA offrant la PF à travers l'ensemble du pays	• Pourcentage de FOSA offrant la PF	59,5%	80%	DHIS2 Enquêtes
2.1	Augmentation du nombre de provinces qui ont atteint au moins 60% de couverture en services de PF, en passant de 12 à 26	• Nombre de provinces ayant atteint au moins 60% de couverture en services de PF	12	26	Rapport annuel du PNSR
2.2	Accroissement de l'accessibilité des services de PF par les adolescents (15-19ans) de 10% à 30% à travers le pays	• Pourcentage d'adolescents et jeunes ayant accès aux services de PF	10%	30%	Enquêtes
2.3	Augmentation de 29,5% à 50 % de la proportion des Aires de Santé offrant les services PF à Base Communautaires à travers le pays	• Pourcentage d'Aires de santé offrant la DBC	29,5%	50%	DHIS2 Enquêtes



**AXE 3 : Amélioration de la qualité des services de Planification Familiale**

N°	OBJECTIF GENERAL	INDICATEURS DE L'OBJECTIF GENERAL	VALEUR DE REF.	VALEUR CIBLE 2025	SOURCES DES DONNEES
3.0	Objectif spécifique : Augmenter à au moins 80% le pourcentage de FOSA qui offrent au moins 3 types de méthode moderne de PF (longue durée, courte durée et naturelle)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage de FOSA qui offrent au moins 3 types de méthode moderne de PF (longue durée, courte durée et naturelle)</li> </ul>	92.1%	100%	DHIS2 Enquêtes
3.1	Augmentation de 73% à au moins 80% du pourcentage des Structures offrant la PF qui ont au moins 2 prestataires formés en PF ;	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage de FOSA avec au moins 2 prestataires formés pour l'offre de service de PF</li> </ul>	75%	80%	DHIS2 Enquêtes SPSR
3.2	Augmentation de 60% à au moins 70% du pourcentage des Structures qui offrent au moins 5 méthodes de PF ;	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage de Structures qui offrent au moins 5 méthodes contraceptives</li> <li>Pourcentage de Structures qui offrent au moins 3 méthodes contraceptives</li> </ul>	60%  30%	70%  15%	DHIS2 Enquêtes SPSR
3.3	Augmentation de 48% à 60% du pourcentage des FOSA offrant des services de PF qui disposent des directives écrites sur la PF, notamment les fiches techniques et protocoles de la PF.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage des FOSA offrant des services de PF qui disposent des directives et normes de soins et services de PF au niveau provincial et opérationnel</li> </ul>	48%	60%	DHIS2 Enquêtes SPSR

**AXE 4 : Création de la demande des services de Planification Familiale**

N°	OBJECTIF GENERAL	INDICATEURS DE L'OBJECTIF GENERAL	VALEUR DE REF.	VALEUR CIBLE 2025	SOURCES DES DONNEES
4.0	Objectif spécifique : Augmenter le pourcentage des clientes des méthodes contraceptives qui ont reçu les quatre messages clés sur la PF, aussi bien dans le grand publique que dans les groupes spécifiques et les populations à accès difficile	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage des clientes de la PF ayant reçues les 4 messages clés sur les méthodes modernes</li> </ul>	19%	50%	Enquêtes



4.1	Renforcement des capacités techniques d'au moins 80 % des prestataires et autres acteurs de la communication pour qu'ils vulgarisent les 4 informations clés sur la PF	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage de prestataires des services de PF ayant bénéficié du renforcement des capacités techniques pour la vulgarisation des 4 informations clés sur la PF</li> </ul>		80%	Enquêtes
4.2	Obtenir des différents bailleurs la prise en compte du « volet communication » dans le financement accordé aux organisations de mise en œuvre.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de projets qui ont intégré le volet communication dans le financement de leurs activités de PF</li> </ul>		A observer	Rapports PNSR, PNCPS
4.3	Rendre disponible les matériels éducatifs de PF y compris ceux adaptés aux différentes cibles dans les DPS et les ZS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage des DPS qui disposent des matériels éducatifs</li> <li>Pourcentage des ZS qui disposent des matériels éducatifs</li> </ul>		80% 80%	Enquêtes Rapports PNCPS Enquêtes Rapports PNCPS
4.4	Intégration des interventions de changement social et de comportement pour créer un environnement social et politique favorable à la PF	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage de ZS qui disposent des documents d'orientation écrits ou électroniques de la communication sur la PF</li> </ul>		80%	Enquêtes Rapports PNCPS

#### AXE 5 : Amélioration du système logistique d'approvisionnement en contraceptifs

N°	OBJECTIF GENERAL	INDICATEURS DE L'OBJECTIF GENERAL	VALEUR DE REF.	VALEUR CIBLE 2025	SOURCES DES DONNEES
5.0	Objectif spécifique : Réduire de 80% à moins de 50% le pourcentage des FOSA qui ont connu une rupture de stock d'au moins une méthode	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage des FOSA qui ont connu une rupture de stock d'au moins une méthode</li> </ul>	80%	Moins de 50%	Enquêtes DHIS2
5.1	Amélioration de la disponibilité des informations sur le mouvement des contraceptifs au niveau national et provincial y compris le mouvement au niveau de CDR et des officines pharmaceutiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de rapports trimestriels SIGL produits par année</li> </ul>	80%	4 rapports par an	Rapports PNSR



5.2	Mise en place des sous-groupes fonctionnels sur sécurité contraceptive au niveau central et dans chaque province avec CTMP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de provinces avec sous-groupes fonctionnels en sécurité contraceptive</li> </ul>		26 provinces	Rapport PNSR
5.3	Contribution à l'amélioration des conditions de stockage des contraceptifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pourcentage des Zones de santé ayant intégré un système d'assurance qualité des produits contraceptifs</li> </ul>		A observer	Enquêtes

#### AXE 6 : Renforcement du système d'évaluation de progrès

N°	OBJECTIF GENERAL	INDICATEURS DE L'OBJECTIF GENERAL	VALEUR DE REF.	VALEUR CIBLE 2025	SOURCES DES DONNEES
6.0	Objectif spécifique : Renforcer le mécanisme de suivi annuel des données de PF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de rapports annuels produits</li> </ul>	0	4	Rapport annuel du PNSR
6.1	Renforcer le mécanisme permettant de rapporter les données des prestations de PF générées par les officines pharmaceutique et le réseau de marketing social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de pharmacies paramétrées dans le système de rapportage</li> <li>• Taux de rapportage des données PF des officines pharmaceutiques</li> <li>• APC générées par les officines pharmaceutiques</li> </ul>	0	90%	DHIS2
6.2	Production des rapports annuels sur l'évolution des différents indicateurs du plan stratégique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de rapport produit par an</li> </ul>	0	4 rapports produits	DHIS2 Rapports PNSR



### 4.5.3. QUELQUES PISTES DE RECHERCHE EN PF

Parce qu'il ne peut y avoir d'ACTION sans ÉVIDENCE, le cadre de performance pour l'évaluation des progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan stratégique devra s'accompagner des efforts et initiatives diverses qui seront entrepris dans le cadre de la recherche sur la PF en RDC. Les thèmes à considérer dans les projets de recherche concernent, entre autres :

- La résolution des problèmes persistants qui empêchent l'accélération du taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes,
- L'implication de l'homme dans la masculinité positive et la lutte contre les VBG en rapport avec la PF;
- Le développement des stratégies efficaces pour le renforcement du Partenariat Public Privé;
- L'implication des officines privées comme point de prestation de la DBC des contraceptifs;

Le développement des activités de communication efficaces pour combattre les rumeurs établies contre les méthodes contraceptives modernes et le changement des normes sociales défavorables à la PF, etc. La plateforme PMA, et d'autres sources de données contribueront à fournir ces évidences dans le cadre de ce plan stratégique.

## 4.6. BUDGÉTISATION DU PLAN

### 4.6.1. ESTIMATIONS DES COÛTS D'ACHATS DES CONTRACEPTIFS

Les coûts d'achat des contraceptifs nécessaires à la réalisation de ce plan stratégique ont été estimés en tenant compte des hypothèses ci-après :

- 1) de l'objectif d'augmentation de la prévalence contraceptive moderne retenue par le groupe de travail qui est de 1,5 point de pourcentage par an entre 2020 et 2025;
- 2) de l'augmentation correspondante du nombre d'utilisatrices de ces méthodes qui augmenterait de 2,4 millions, passant de 3,1 à 5,5 millions, soit de 77 % et de 12 % par an en moyenne, entre 2020 et 2025 (Tableau A en annexe);
- 3) de la répartition des méthodes utilisées sur la base des quantités nécessaires de produits en fonction du nombre d'unités nécessaires pour chaque méthode pour une couverture annuelle (Tableau B en annexe) sans prendre en compte les méthodes permanentes (stérilisations) qui doivent faire l'objet d'estimations séparées.
- 4) des coûts d'achats de ces méthodes, calculés à partir des prix des contraceptifs arrivés à Kinshasa donnés pour les deux dernières années disponibles : 2019 et 2020 . Pour l'année 2021, une augmentation de 15 % des coûts unitaires a été appliquée à l'estimation calculée pour 2020 en tenant compte à la fois de l'augmentation importante récente des coûts du fret et d'une inflation estimée à 5 %. Pour les années suivantes, une augmentation de 5 % pour l'inflation a été appliquée. Ainsi, environ 96 millions de dollars (96,194 millions) seraient nécessaires pour l'achat des contraceptifs entre 2021 et 2025, comme montré dans le tableau ci-dessous.



**TABLEAU 10 : ESTIMATIONS DU COÛT D'ACHAT DES CONTRACEPTIFS POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS DE PRÉVALENCE RETENUS (EN \$)**

	CONDOM MASCULIN	CONDOMS FÉMININ	INJECTABLES	IMPLANTS <sup>9</sup>	PILULE <sup>8</sup>	DIU	COLLIER DU CYCLE	TOTAL
2020	1 476 000	369 000	3 398 000	1 518 000	3 505 000	11 000	178 000	10 455 000
2021	1 912 000	499 000	4 388 000	1 959 000	4 526 000	14 000	230 000	13 527 000
2022	2 253 000	569 000	5 173 000	2 309 000	5 332 000	16 000	271 000	15 924 000
2023	2 654 000	650 000	6 092 000	2 720 000	6 281 000	19 000	320 000	18 736 000
2024	3 122 000	801 000	7 171 000	3 201 000	7 392 000	23 000	376 000	22 086 000
2025	3 668 000	916 000	8 425 000	3 760 000	8 683 000	27 000	441 000	25 921 000
<b>2021-25</b>	<b>13 609 000</b>	<b>3 434 000</b>	<b>31 250 000</b>	<b>13 949 000</b>	<b>32 213 000</b>	<b>100 000</b>	<b>1 639 000</b>	<b>96 194 000</b>

#### 4.6.2. AUTRES COÛTS ASSOCIÉS AU PLAN ET À L'ATTEINTE DE SES OBJECTIFS

Concernant les frais de personnel, les prestataires des services sont dans des structures qui relèvent ou appartiennent au secteur public, mais qui sont aussi souvent gérées par des partenaires privés ou grâce à des fonds privés. La charge supplémentaire de travail qu'implique l'augmentation rapide du nombre d'utilisatrices sera complètement absorbée par les personnels actuels des FOSA dont une bonne partie est prise en compte dans le budget de l'État.

Il en est de même pour les frais généraux qui comprennent les coûts d'électricité, d'eau, de location et d'entretien des locaux, les frais d'administration, de gardiennage, etc., des FOSA. Les surcoûts de ces frais généraux imputables à la PF sont également couverts en bonne partie par le budget de l'État, car il s'agit surtout de frais fixes qui doivent être pris en charge de toute façon. Comme tous ces coûts sont difficiles à extraire de l'ensemble des coûts de fonctionnement du système de santé, ils ne sont pas repris, en tant que tels dans le budget de ce plan stratégique. C'est l'hypothèse retenue, même si la validité de cette hypothèse peut être discutée.

Par contre, les coûts spécifiques de soutien aux activités du plan stratégique comprennent un ensemble de coûts liés à des actions destinées à améliorer l'accessibilité et la qualité des prestations. Il s'agit : 1) de la création d'un environnement favorable, 2) de la formation du personnel, 3) du renforcement du management, 4) des actions de communication, 5) de la recherche, 6) de la mise en place d'un système de gestion logistique efficace, 7) et du suivi et évaluation.

Pour tous ces coûts, l'hypothèse de base est de partir des coûts indicatifs qui avaient été estimés pour l'année 2020 et d'appliquer un taux d'inflation estimé à 5 % chaque année de la période du plan stratégique. L'ensemble des estimations proposées est repris dans le budget synthèse à la section suivante.



### 4.6.3. BUDGET SYNTHÈSE

Le budget du plan stratégique découle de différentes hypothèses qui sont proposées dans les deux sections précédentes. Il s'agit, bien entendu, d'un budget indicatif dont les estimations sont présentées dans le tableau ci-dessous.

**TABLEAU 11 : BUDGET SYNTHÈSE DES ESTIMATIONS DES COÛTS PAR AN ET PAR RUBRIQUE BUDGÉTAIRE (\$ US)**

N°	COÛTS PAR ANNÉE ET PAR RUBRIQUE BUDGÉTAIRE RETENUE	2021	2022	2023	2024	2025	TOTAL 2021-2025
1	POLITIQUE ET CRÉATION D'UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE	2 000 000	2 100 000	2 205 000	2 315 250	2 431 013	11 051 263
2	FORMATION DES PRESTATAIRES ET AUTRES INTERVENANTS	3 500 000	3 675 000	3 858 750	4 051 688	4 254 272	19 339 710
3	RENFORCEMENT DU MANAGEMENT ET ÉQUIPEMENTS	3 000 000	3 150 000	3 307 500	3 472 875	3 646 519	16 576 894
4	COMMUNICATIONS: DANS LES 26 PROVINCES INCLUANT CAMPAGNES PF	2 500 000	2 625 000	2 756 250	2 894 063	3 038 766	13 814 079
5	RECHERCHE, PUBLICATIONS, DISSÉMINATION	3 500 000	3 675 000	3 858 750	4 051 688	4 254 272	19 339 710
6	LOGISTIQUE: MIS EN PLACE SYSTÈME GESTION LOGISTIQUE, FONCTIONNEMENT	3 500 000	3 675 000	3 858 750	4 051 688	4 254 272	19 339 710
7	SUIVI & EVALUATION Y COMPRIS DES ENQUÊTES D'ÉVALUATION	3 500 000	3 675 000	3 858 750	4 051 688	4 254 272	19 339 710
	<b>SOUS-TOTAL COÛTS DE SOUTIEN</b>	<b>21 500 000</b>	<b>22 575 000</b>	<b>23 703 750</b>	<b>24 888 940</b>	<b>26 133 386</b>	<b>118 801 076</b>
8	COÛTS D'ACHATS DES CONTRACEPTIFS Y COMPRIS DE LA LOGISTIQUE	13 527 000	15 924 000	18 736 000	22 086 000	25 921 000	96 194 000
	<b>TOTAL DES COÛTS DU PLAN</b>	<b>35 027 000</b>	<b>38 499 000</b>	<b>42 439 750</b>	<b>46 974 940</b>	<b>52 054 386</b>	<b>214 995 076</b>

Ce budget, de près de 215 millions de dollars US, représente l'essentiel des efforts de mobilisation de ressources pour le financement des cinq années du plan stratégique. Dans l'ensemble, les coûts estimés de soutien au programme de PF sont de l'ordre de 55 %, tandis que les coûts estimés pour l'approvisionnement en contraceptifs sont à hauteur de 45 %.



Si le budget d'approvisionnement en contraceptifs est explicite, celui du soutien au programme doit être clarifié comme suit :

- Pour la création d'un environnement favorable, il s'agit des coûts liés à l'organisation de réunions de plaidoyer et des rencontres de haut niveau chaque année. Les acteurs à considérer pour ces réunions sont les ministres, les parlementaires, les médecins spécialisés en PF, les coordonnateurs provinciaux de la PF, les autres membres des DPS, les délégués des PTF, les délégués des organisations de mise en œuvre.
- La formation des prestataires des services de la PF ainsi que des DBC est à envisager sur toute l'étendue du pays selon un processus de formation en cascade. Des pools de formateurs peuvent d'abord être formés comme formateurs dans toutes les 26 provinces, et ensuite être déployés pour la formation des prestataires des FOSA dans les Zones de santé. Ces coûts pourront être standardisés et catégorisés en fonction des infrastructures existantes au niveau central, en provinces et dans les Zones de santé.
- Le renforcement du management du programme et des équipements doit être considéré à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Il s'agit de la prise en charge des frais de coordination, des primes de performance, des équipements informatiques et de la bureautique, du matériel de communication et des connexions internet y afférentes et autres ;
- Pour les actions de communications, les coûts à envisager peuvent correspondre aux activités de communication selon la stratégie de CCSC pour la PF coordonnée par le PNCPS. Ces activités seront alignées selon les principales stratégies à savoir la communication interpersonnelle surtout chez les prestataires des services, les campagnes de masse, le plaidoyer et le plaidoyer médiatique, les médias, la mobilisation sociale et autres ;
- L'estimation des coûts concernant la recherche, la publication, et la dissémination des résultats de recherche et de travaux d'évaluation doit s'appuyer sur le nombre de projets de recherche envisagés. Ces coûts couvriront l'organisation des études, la restitution des résultats, l'impression et la dissémination des résultats y compris la vulgarisation des résultats à travers les médias. Les coûts de la capitalisation et d'échange d'expériences aussi bien au niveau national qu'international dans des colloques scientifiques sont aussi à considérer ;
- Pour la logistique, il s'agit de contourner les défis qui se posent à travers le pays, notamment pour la coordination et de supervision. Ceci justifie d'une part l'achat des véhicules pour le niveau central, pour toutes les coordinations provinciales et pour certaines ZS, et d'autre part de mettre sur pied une provision budgétaire pour les voyages par avion à travers le pays.
- Les activités de suivi et évaluation devront aussi bénéficier d'une provision budgétaire pour couvrir les missions de suivi des activités du niveau central vers les DPS, des DPS vers les ZS et des ZS vers les Aires de santé. Cette rubrique couvre également la production des rapports d'activités sur les prestations des services. L'organisation d'au moins deux évaluations indépendantes (mi-parcours et évaluation finale) du Plan stratégique doit également être prise en compte.

Enfin de compte, il convient de garder à l'esprit que pour atteindre les objectifs du plan stratégique, des actions de soutien au programme sont nécessaires, en plus de l'achat des contraceptifs.



#### 4.6.4. FINANCEMENT DU PLAN

Le financement de ce plan stratégique multisectoriel de PF sera assuré par des ressources externes et internes. Pour les ressources externes, les organismes du système des Nations Unies partenaires du Gouvernement dans le domaine de la PF mobiliseront des ressources sur la base des interventions identifiées dans le plan stratégique. L'appui des organismes des Nations Unies pourra prendre la forme d'un appui technique, d'une assistance financière, des matériels et équipements, d'achats des contraceptifs, des services de consultation, des travaux de recherche et des études, du suivi et évaluation du plan stratégique, des formations, entre autres.

L'appui financier pourra aussi être apporté par les organisations de coopération bi et multilatérales comme l'USAID, le DFID, l'Agence Canadienne de Coopération, la Coopération Française etc., mais aussi par les apports des fondations internationales comme la fondation Bill et Melinda Gates, la fondation PACKARD, et autres.

Les organisations de mise en œuvre qui sont souvent des organisations non gouvernementales internationales apporteront également leur appui au plan stratégique selon leurs avantages comparatifs, par la mobilisation des fonds disponibles pour le pays d'une part, et d'autre part, par la mobilisation de ressources additionnelles nécessaires à sa mise en œuvre auprès des mêmes bailleurs de fonds. De ce fait, la mobilisation des ressources auprès des bailleurs sera effectuée à partir des projets inspirés, développés et présentés par ces partenaires, en fonction de leurs intérêts sur des thématiques spécifiques, des lieux et espaces géographiques de leurs interventions, mais aussi selon les nouvelles initiatives qu'ils comptent lancer en faveur de la PF. Pour ce faire, le budget de ce Plan stratégique constituera un guide de planification et un plan d'investissement pour tous les partenaires de la PF.

Les ressources internes proviendront du Gouvernement Congolais au travers du budget national qui couvre principalement le paiement des salaires des prestataires et la valeur des infrastructures du système de santé du pays. Les ressources nationales comprendront aussi les fonds des gouvernements provinciaux, lorsqu'ils existent. Toutes les ressources nationales devront également servir à renforcer des actions de plaidoyer et de communication pour capter les financements nécessaires auprès des guichets existants des bailleurs de fonds comme la Banque Mondiale, le Fonds Monétaire International, les Fonds vert à travers CAFI par exemple.

La dynamique du développement des nouveaux partenariats devra s'étendre aux entreprises du secteur privé et paraétatique dont les compagnies minières, aux organisations de la société civile, aux particuliers, aux confessions religieuses pour solliciter leurs contributions à la mise en œuvre du plan stratégique. Leurs contributions seront mobilisées à travers des conventions et accords de partenariat public-privé, à signer avec le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention.





## ANNEXES

### ÉVOLUTION DE LA PRÉVALENCE CONTRACEPTIVE ET DU NOMBRE D'UTILISATRICES

TABLEAU A : ESTIMATION DE L'ÉVOLUTION DU NOMBRE D'UTILISATRICES DE MÉTHODES MODERNES DE CONTRACEPTION EN MILLIERS.

ANNÉES	PRÉVALENCE %	STÉRILISATION FEMMES	STÉRILISATION HOMMES	CONDOM MASCULIN	CONDOM FÉMININ	INJECTABLES	IMPLANTS	PILLULE	DIU	COLLIER DU CYCLE	TOTAL
% PAR MÉTHODE		3,0%	0,4%	19,8%	0,2%	22,0%	20,0%	23,8%	5,0%	5,8%	100%
2020	15,5	92,0	11,3	615,0	6,2	685,2	623,2	741,5	155,8	180,9	3111,0
2021	16,8	105,1	13,9	692,6	7,2	769,3	699,3	832,7	175,1	202,9	3498,1
2022	18,2	117,8	15,7	777,4	7,9	863,7	785,2	934,4	196,3	227,7	3926,0
2023	19,7	132,1	17,7	872,1	8,5	968,8	880,7	1048,3	220,2	255,7	4404,1
2024	21,3	148,2	20,0	977,2	10,0	1086,1	987,3	1174,8	247,0	286,4	4937,1
2025	23,0	165,5	21,9	1093,4	10,9	1215,2	1104,4	1314,3	276,3	320,0	5521,9
2030	31,5	270,3	36,0	1786,7	18,6	1985,1	1805,3	2147,6	451,3	523,3	9024,2

### ESTIMATIONS DES COÛTS D'ACHATS DES CONTRACEPTIFS

TABLEAU B : ESTIMATIONS DES QUANTITÉS DE PRODUITS NÉCESSAIRES POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS DE PRÉVALENCE RETENUS

	CONDOM MASCULIN	CONDOMS FÉMININ	INJECTABLES	IMPLANTS <sup>9</sup>	PILULE <sup>9</sup>	DIU	COLLIER DU CYCLE	UTILISATEURS
2020	73,8	0,7	2 741	164	11 123	34	121	3 007,7
2021	83,1	0,9	3 077	184	12 490	38	135	3 379,2
2022	93,3	0,9	3 455	207	14 016	43	152	3 792,5
2023	104,7	1,0	3 875	232	15 724	48	170	4 254,2
2024	117,3	1,2	4 344	260	17 623	54	191	4 768,8
2025	131,2	1,3	4 861	291	19 715	60	213	5 334,6
2030	214,4	2,2	7 941	475	32 213	98	349	8 717,9









