

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

PROGRAMME NATIONAL
DE SANTE DE LA REPRODUCTION



**POLITIQUE NATIONALE DE SANTE DE
LA REPRODUCTION**

Juillet 2008.

TABLE DES MATIERES

	Pages
PREFACE	4
EXPOSE DES MOTIFS :	4
<i>PREAMBULE</i>	6
0. INTRODUCTION.....	8
1. ANALYSE DE LA SITUATION	10
1.1. CONTEXTE GENERAL	10
1.2. PROFIL SANITAIRE	14
1.3. BESOINS ET PRIORITES EN SR	16
2. ENONCE DE LA POLITIQUE SR	17
3. VISION.....	17
4. VALEURS ET PRINCIPES DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SR..	18
5. OBJECTIFS ET CIBLES	19
5.1. OBJECTIFS	19
5.1.1. Objectif général	19
5.1.2. Objectifs spécifiques	19
5.2 CIBLES	19
6. ORIENTATIONS STRATEGIQUES	20
7.1. <i>Au niveau central</i>	20
7.2. <i>Au niveau provincial</i>	21
7.3. <i>Au niveau périphérique</i>	22
8. <i>MECANISMES DE SUIVI ET D’EVALUATION</i>	23

LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS

CCC	: Communication pour le changement de comportement
CIPD	: Conférence Internationale sur la Population et le Développement Durable
CPN	: Consultation pré natale
CPON	: Consultation post natale
DSCR	: Document de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
ECZS	: Equipe Cadre de la Zone de Santé
EDS	: Enquête Démographique de la Santé
ELS	: Etat des Lieux de la Santé
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
MICS2	: Multiple Indicators Cluster Survey 2
N.V.	: Naissances Vivantes
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
PCA	: Paquet Complémentaire d'Activités
PF	: Planification Familiale
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PNLP	: Programme National du Lutte contre le Paludisme
PNLS	: Programme National de Lutte Contre le Sida
PNMLS	: Programme National Multisectoriel de Lutte Contre le Sida
PNSR	: Programme National de Santé de la Reproduction
PNTS	: Programme National de Transfusion Sanguine
PPTTE	: Pays Pauvre Très Endetté
DEF	: Développement de la Femme
PROMA	: Procréation médicalement assistée
PRONANUT	: Programme National de Nutrition
PTME	: Prévention de la Transmission Mère et Enfant
R.D.C.	: République Démocratique du Congo
SECUTRANS	: Sécurité Transfusionnelle
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SR	: Santé de la Reproduction

SRSS	: Stratégie de Renforcement du Système de la Santé
TPI	: Traitement Préventif Intermittent
UNFPA	: United Nations Fund for Population Activities (Fonds de Nations Unies pour la Population)
VIH	: Virus d'Immunodéficience Humaine
SG	: Secrétaire Général
SSP	: Soins de Santé Primaires

PREFACE

La Santé de la Reproduction est préoccupante en République Démocratique du Congo. Malgré les efforts déployés jusqu'à ce jour, les indicateurs restent toujours alarmants. L'analyse situationnelle réalisée en République Démocratique du Congo a démontré que la santé de la reproduction dans notre Pays est caractérisée par un taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile très élevé, une prévalence contraceptive très faible et un taux très élevé d'avortements provoqués et souvent mortels chez les adolescentes.

C'est pourquoi le Gouvernement de la République ayant endossé les résolutions de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), tenue au Caire en 1994, s'est engagé à améliorer la Santé de la Mère, du Nouveau-né et de l'enfant, par l'élaboration d'une politique nationale de Santé de la Reproduction.

La présente politique nationale de Santé de la Reproduction (SR) révisée suite aux défis et changements intervenus dans le domaine, a pris en compte les instruments juridiques internationaux et nationaux, particulièrement les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Elle est basée sur les valeurs et principes qui constituent le socle des interventions essentielles.

La vision est d'avoir une nation congolaise où chaque enfant qui naît est un enfant désiré et qui ne devrait pas mourir pour des causes évitables ; une nation où chaque femme jouit d'une bonne santé maternelle et ne devrait pas perdre ou voir sa vie menacée par des pathologies et états morbides évitables, liés à la grossesse, ou à l'accouchement.

Le Ministère de la Santé Publique remercie tous les partenaires qui ont contribué à la révision de cette politique nationale sectorielle de santé de la Reproduction dont les dispositions s'avèrent opposables à tous les acteurs et partenaires qui interviennent dans le domaine de Santé de la reproduction.

Dr. Victor MAKWENGE KAPUT
Ministre de la Santé Publique



EXPOSE DES MOTIFS :

La santé de la mère, du nouveau né et de l'enfant demeure préoccupante en R.D.Congo. Eu égard aux instruments juridiques internationaux et nationaux relatifs à la santé de la reproduction, le Gouvernement à travers le Ministère de la Santé Publique s'est engagé à l'amélioration de la santé maternelle, du nouveau-né et de l'enfant et à la réduction de la morbidité et mortalité maternelle et infantile telle que définie parmi les OMD. Pour ce faire, le Ministère de la Santé Publique, à travers le PNSR, met en œuvre la politique de santé de la reproduction dans laquelle des orientations politiques et stratégiques en matière de SR sont données à tous les acteurs et partenaires intervenant dans ce domaine. Il s'agit d'une politique SR révisée à partir de celle élaborée en 1998 sur base de l'analyse situationnelle. Cette révision est motivée par : i) le souci de répondre à l'engagement mondial pris par la RD Congo, fondé sur les OMD et les instruments juridiques nationaux et internationaux, ii) l'éradication de la fistule urogénitale comme problème de santé publique, iii) le repositionnement de la Planification Familiale, iv) le souci d'améliorer la santé des adolescents et des jeunes face à la juvénilité et la féminisation du VIH/SIDA, v) L'appropriation de la lutte contre les violences sexuelles faites à l'être humain et l'amélioration de la prise en charge médico-sanitaire des victimes des violences sexuelles, vi) la nécessité de s'aligner à la nouvelle politique sectorielle de la santé basée sur la Stratégie de Renforcement de Système de Santé (SRSS).

Cette politique révisée s'articule essentiellement sur des besoins et priorités en SR sur la nouvelle vision, les valeurs et principes ainsi que sur les cibles de Santé de la Reproduction.

En se référant à la nouvelle stratégie de renforcement du système de santé, le nouveau cadre de la mise en œuvre a été revu.

Compte tenu de l'ampleur et de la complexité des problèmes en SR, qui nécessitent une synergie d'intervenants et d'interventions, un groupe spécial Task Force SR est mise en place au niveau central et provincial et est chargé d'assurer le plaidoyer, la coordination et le suivi des interventions de différents partenaires de coopération ainsi que des ONG impliquées dans le domaine de la SR.

Telles sont les lignes maîtresses qui caractérisent la présente politique nationale SR.

PREAMBULE

Le Gouvernement de la République Démocratique du Congo, à travers le Ministère de la Santé Publique:

- Vu que la RDC a souscrit à plusieurs déclarations, notamment, la déclaration d'Alma Ata en 1978 sur les SSP, la charte du Développement Sanitaire en Afrique en 1980, la déclaration des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA sur « la Santé base de Développement » en 1987 ;
- Vu que la RDC a souscrit à la déclaration de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement Durable (CIPD) qui a adopté le principe de santé de la Reproduction tenue au Caire en Egypte en 1994 ;
- Vu que la RDC a souscrit au pacte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2000 ;
- Vu que la RD Congo a souscrit à la déclaration d'Abuja sur le VIH, TBC, Paludisme et autres maladies infectieuses demandant aux pays d'allouer au moins 15% de budget à la santé (Avril, 2001) ;
- Attendu que la constitution de la RDC en son article 47 garantit le droit à la santé et fixe les principes fondamentaux et les règles d'organisation de la santé publique ;
- Attendu que l'action gouvernementale est fondée sur les 5 piliers définis dans le document du DSCRP parmi lesquels, l'amélioration de l'accès aux services sociaux et la réduction de la vulnérabilité ;
- Attendu que la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant reste toujours une préoccupation majeure en RDC ;
- Considérant que les efforts déployés depuis le lancement en 1987 de l'Initiative Maternité Sans Risque semblent ne pas avoir donné les résultats escomptés à cause de nombreux défis auxquels est confrontée la RDC.
- Considérant la responsabilité de la RDC de garantir au peuple Congolais la santé ;
- Considérant que la RDC fait partie des pays pauvres et fortement endettés (PPTE) ;
- Considérant le rôle que doit jouer la santé dans le développement du pays ;

- Considérant que cette politique s'inscrit dans le cadre de la politique nationale de santé du gouvernement ;
- Considérant que la nouvelle approche du Ministère de la Santé est de renforcer son système de santé en adoptant la SRSS ;
- Considérant que par la présente déclaration de politique nationale en matière de santé de la reproduction, le Ministère de la Santé Publique s'acquitte de son devoir légal d'assurer les services et les soins de santé de reproduction de qualité à toute la population congolaise ;
- Considérant que cette politique constitue le socle de base des activités de SR en RDC ;
- Considérant que par l'Arrêté ministériel n° 1250/CAB/MIN/S/AJ/KIZ/009/2001 du 09 décembre 2001, le Ministère de la Santé a créé en son sein le Programme National de Santé de la Reproduction « PNSR » en sigle, appelé à exécuter la Politique Nationale de la RDC en matière de Santé de la Reproduction ;

Arrête les dispositions suivantes de la Politique Nationale de Santé de la Reproduction du Ministère de Santé Publique de la RDC :

0. INTRODUCTION

La République Démocratique du Congo a souscrit à l'instar d'autres pays aux composantes du programme d'action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement Durable (CIPD, Le Caire 1994) telles qu'adoptées par l'OMS et d'autres institutions des Nations Unies (ex : Résolution 49/128 de l'Assemblée de l'ONU ; Résolution AFR/RC/ R 11).

Lors de cette Conférence, la Santé de la Reproduction (SR) a été définie de la manière suivante: « C'est l'état de bien être général, tant physique que mental et social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire.

Cette dernière condition implique que les hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé.

Il faut donc entendre par services de santé de la reproduction, l'ensemble de méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé en matière de procréation, en prévenant et en résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine. On entend également par santé en matière de sexualité, la santé qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux infections sexuellement transmissibles (IST)».

A l'issue de la même Conférence, 9 composantes ont été retenues. Mais concernant la RDC, la 5^{ème} composante a été adaptée en tenant compte des réalités politiques et socioculturelles du pays

Il s'agit de :

1. Maternité à moindre risque (MMR) : Soins prénatals ; accouchements sans risque, soins essentiels en cas de complications obstétricales ; soins aux nouveau-nés, soins post-natals et allaitement maternel.
2. Information et service en matière de planification familiale (PF) ;
3. Prévention et prise en charge de la stérilité et des dysfonctionnements sexuels tant chez l'homme que chez la femme ;
4. Prévention et prise en charge des complications de l'avortement ;
5. Information des hommes en vue de leur implication dans la santé de la reproduction et leur co-responsabilisation dans l'amélioration du rôle et du statut de la femme ;
6. Prévention et prise en charge des infections génitales notamment les maladies sexuellement transmissibles (MST) y compris des infections à VIH et du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ;
7. Promotion d'un développement sexuel sain par l'encadrement des adolescents, l'information et l'éducation concernant les rapports sexuels sans danger et responsables durant toute la vie et du respect mutuel entre sexes ;
8. Elimination des pratiques néfastes telles que la mutilation sexuelle féminine, le mariage précoce, la violence au foyer et la violence sexuelle à l'encontre des femmes.
9. Prise en charge des états non infectieux de l'appareil génital, tels que la fistule génitale, le cancer du col de l'utérus, les complications des mutilations sexuelles féminines et les problèmes de santé de la reproduction associés à la ménopause.

Bien que la RDC ait adopté ces neuf composantes, la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant demeure très précaire.

Les efforts déployés depuis le lancement de l'initiative « Maternité à Moindre Risque » semblent n'avoir pas donné de résultats escomptés à cause des nombreux

défis auxquels est confronté le gouvernement de la RDC en général et le PNSR en particulier.

L'amélioration de la santé maternelle et la réduction de la mortalité infantile telles que définies parmi les OMD, sont aussi des objectifs sanitaires du Gouvernement en général et du Ministère de la Santé Publique en particulier dans le cadre du DSCR. Pour réaliser ces objectifs, ce dernier à travers le PNSR, bénéficie des appuis de nombreux acteurs et partenaires et cela nécessite une coordination garantissant une synergie des intervenants et des interventions.

Pour ce faire et eu égard à tous les défis ainsi que les préoccupations du gouvernement en matière de SR, il s'est avéré nécessaire de réviser la Politique nationale de SR élaborée en 1998, sur base de l'analyse situationnelle.

Cette révision est motivée par : i) le souci de répondre à l'engagement mondial pris par la RDC fondé sur les OMD et les instruments juridiques nationaux et internationaux, ii) la nécessité d'alignement à la nouvelle politique sectorielle de la santé basée sur la Stratégie de Renforcement de Système de Santé (SRSS), en vue de donner des nouvelles orientations politiques et stratégiques en matière de SR/PF à tous les acteurs et partenaires qui interviennent dans ce domaine.

1. ANALYSE DE LA SITUATION

1.1. CONTEXTE GENERAL

1.2. Situation géographique

La RD Congo est un vaste pays situé en Afrique Centrale dans la sous région des Grands Lacs. Elle s'étend sur une superficie de 2.345.000 km². Troisième pays de l'Afrique subsaharienne de par sa superficie après l'Algérie et le Soudan, la RD Congo l'unique pays en Afrique qui partage ses frontières avec neuf pays voisins (Angola, Burundi, Centre Afrique, Congo, Rwanda, Soudan, Tanzanie, Uganda et Zambie).

Son territoire est traversé de l'Est à l'Ouest par le fleuve Congo qui draine sur son passage un immense réseau hydrographique. Il est situé à cheval sur

l'équateur et connaît plusieurs climats : tropical et humide au Nord et au Sud, équatorial au centre, tempéré sur les hauts plateaux de l'Est. La moitié équatoriale du pays est couverte de forêts et l'autre moitié tropicale, de savane.

1.1.2. Cadre politico-administratif

Conformément à l'article 2 de la Constitution, la RDCongo est composée de 11 Provinces actuelles, y compris la Ville de Kinshasa et qui passeront en 2009 à 26 Provinces.

Selon l'article 3 de la Constitution, les provinces et les entités territoriales décentralisées de la République Démocratique du Congo sont dotées de la personnalité juridique et sont gérées par les organes locaux. Ces entités territoriales décentralisées sont : la ville, la commune, le secteur et la chefferie. Elles jouissent de la libre administration et de l'autonomie de gestion de leurs ressources économiques, humaines, financières et techniques.

1.1.3. Données démographiques

Selon les projections de l'Institut National de Statistique à partir des données du dernier recensement scientifique de 1984, le pays compterait 67, 181,243 'habitants en 2007(revue PEV /Goma, 2007), avec un taux de croissance démographique de 3,1%.

La population de la RD Congo est en majorité jeune. Les personnes de moins de 18 ans représentent 55% de la population totale. La population de 0-14 ans représente presque la moitié de la population congolaise, soit 48,0 % contre 48,5 % pour la population de 15 – 59 ans. (MICS 2, 2001).

La majorité de la population, soit 69,24 %, vit en milieu rural. (DSCR, 2006). La supériorité numérique des femmes s'observe plus en milieu urbain qu'en milieu rural. (Ministère du Plan, MICS2, 2001). Les femmes représentent 51% de la population totale du pays contre 49% des hommes. Les femmes en âge de procréation représentent 21% de la population totale Avec une densité démographique d'environ 25 habitants au km², La population se concentre sur les plateaux, dans la savane, près du fleuve Congo et des lacs, le nord et le centre du pays. La forêt équatoriale qui couvre une bonne partie du pays est presque inhabitée.

1.1.4. Aspects socioculturels

Sur le plan socioculturel, quelques faits caractéristiques en rapport avec la santé de la reproduction peuvent être épinglés :

- Les violences sexuelles et violences basées sur le genre, prévalentes pendant les conflits armés, continuent à persister et affectent maintenant l'ensemble des provinces. En 2006, le gouvernement a adopté une loi contre les violences sexuelles et sur le genre mais son application n'est pas encore effective.
- Les inégalités liées au genre sont importantes; le taux brut de scolarisation en première année du primaire est de 89 % pour les garçons et 79 % pour les filles tandis qu'au niveau secondaire il est respectivement de 24% contre 13% (MICS2, 2001).
- La majorité de la population analphabète est constituée des femmes (44 %) contre 19 % des hommes.
- Le taux actuel de scolarisation est de 52 %.alors que le programme national de l'éducation prévoit l'accès universel à l'école d'ici 2015.

1.1.5. Aspects socio économiques

La situation socio-économique s'est progressivement dégradée depuis les deux dernières décennies à cause des pillages répétés, des rebellions et conflits armés qu'a connus le pays. Elle a eu pour conséquence la dégradation du tissu économiques, le chômage, la débrouillardise et la paupérisation de la population réduisant ainsi son accès aux services sociaux de base (éducation, soins de santé, logement, nourritures convenables, eau etc.)

En 2001, le PIB/H est estimé à près de 74 USD pour l'ensemble du pays, mais il est très variable d'une province à l'autre (322,9 USD à Kinshasa et 25,3 USD dans la province de l'Equateur qui sont les deux extrêmes). Le niveau du revenu par habitant et par jour a sensiblement baissé. Il est passé de 1,31 USD en 1973 à 0,91 USD en 1974, et à 0,30 USD en 1998 (DCSRP, 2004). Près de 80% de

la population survient à la limite de la dignité humaine, soit moins de 0.20 USD par personne et par jour¹ (DCSRP, 2004).

Pour l'ensemble du pays, l'incidence de la pauvreté (71,34%) est très élevée si on la compare à celle des autres pays de l'Afrique centrale. Il en est également de la profondeur (32,23%) et de la sévérité de la pauvreté (18,02%). De même, l'incidence de la pauvreté est plus élevée en milieu rural (75,72%) qu'en milieu urbain (61,49%).(DSCR,2006).

Dans le domaine de l'habitat par exemple, la situation est caractérisée par une forte promiscuité si on considère que 41% des ménages n'ont qu'une chambre à coucher dans leurs maisons. (DSCR, 2004).En plus de la faiblesse d'autres indicateurs, tels que la proportion de la population qui utilisent des toilettes hygiéniques (46%), il y a lieu de signaler que 34 % de la population ne disposent pas de réserves alimentaires : la population congolaise fait face à une insécurité alimentaire relativement élevée. (DSCR, 2004).

Ainsi, en dépit de ses immenses ressources humaines et de sous-sol, la RDC est classée parmi les pays les plus pauvres du monde. Actuellement, le pays se retrouve au 167^{ème} rang mondial de l'Indice de Développement Humain (IDH). (DSCR, 2004).Toutefois, le pays bénéficie depuis peu de l'initiative des Pays Pauvres Très Endettés (PTE) qui constitue une opportunité d'amélioration de la situation sociale. En effet, elle permet la réduction de la dette ainsi que la réduction de la pauvreté. Pour ce faire, le gouvernement congolais a élaboré le Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DCSR, 2004).

Malgré l'amélioration du cadre macro-économique, la situation socio-économique demeure encore précaire. On note (i) une crise de l'emploi (ii) une détérioration des infrastructures sociales de base et du cadre de vie (éducation, santé, nutrition, emploi, habitat, eau, électricité, environnement etc.).

¹ DCSR 2002)

1.2. PROFIL SANITAIRE

Le pays a connu 3 grandes études décrivant la situation sanitaire de la RD Congo ; Etat de lieu de Santé 1998, MICS2 2001 et EDS 2007. Pour la dernière étude ; les résultats se rapportant à la mortalité maternelle ne sont pas encore finalisés. Dans le présent document nous allons recourir souvent aux résultats de deux premières études.

La santé de la reproduction en RDC est caractérisée par :

- Le taux de mortalité maternelle qui est passé d'une moyenne nationale de 870 pour 100.000 NV en 1995, de 1837 pour 100 000 NV en 1998 (ELS, 1998) est de 1289 pour 100.000NV en 2001 (MICS2, 2001). La mortalité infantile qui est passée de 126 pour 1000 (MICS 2 2001) à 92 pour 1000 (EDS, 2007).
- La mortalité néonatale est de 42 pour 1000 (EDS, 2007).
- La prévalence contraceptive (méthode moderne) est passée de 15 % en 1990 à 4,6 % en 1998 (ELS, 1998) et de 4,4 % en 2001 (MICS2, 2001) à 5,7 % en 2007 (EDS, 2007).
- Les avortements provoqués, souvent mortels, affectent 30 % des adolescentes (ELS, 1998).
- selon l'enquête PNLS, 2003-2004, une prévalence du VIH chez les femmes enceintes a été estimée à 4,6%, avec des pointes à Goma (5,1%), à Matadi (6,1%) et Lubumbashi (6,6%).
- Actuellement selon les dernières enquêtes de l'EDS,2007 on a une prévalence nationale de VIH estimée à 1,3% (tous les sexes confondus).Les femmes, avec une prévalence de 1,6%, sont près de deux fois plus infectées que les hommes (0,9%). Il en résulte un ratio d'infection femme/homme de 1,78 ; ce qui revient à dire que, pour 100 hommes infectés il y a 178 femmes infectées (EDS 2007)
- Une faible proportion de femmes enceintes ayant bénéficié de la prophylaxie antirétrovirale (1,6 %), (PNMLS, 2006).
- La transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant est estimée à 30% (PNLS) à partir des données de routine.
- La sécurité transfusionnelle ne couvre que 5 % (PNTS, 2005) des besoins.

- Une fécondité élevée avec un indice à 7,1 et potentiellement croissante du fait de la forte proportion des jeunes qui y contribuent à 13 % (EDS, 2007).
- Les violences sexuelles faites aux femmes, aggravées dans les zones en conflit et parmi les populations déplacées de guerre.
- L'insuffisance de structures de référence pour prendre en charge les urgences gynéco obstétricales et néonatales.
- L'insuffisance surtout en milieux ruraux, de ressources humaines, matérielles et financières.
- Les accouchements assistés sont passés de 61% (MICS2, 2001) à 74 % (EDS, 2007).
- Le taux des femmes enceintes dormant sous la moustiquaire imprégnée d'insecticide 0,7 % (MICS2, 2001),
- La vaccination antitétanique (VAT2+) : Ce taux est passé de 70% (MICS2, 2001) à 85% (EDS, 2007)
- Le taux de couverture de VAT2+ est passé de 62 % à 80% en 2007 (PEV de routine),
- Le taux d'utilisation de CPN est passé de 68% (MICS2, 2001) à 85% (EDS, 2007),
- Le taux d'utilisation de CPoN est passé de 23,8 % en 2001 à 30,7 % en 2007 (PNSR 2007)
- L'existence des pratiques néfastes notamment, les mutilations génitales féminines, les fistules génitales, etc.
- Le taux élevé de grossesses précoces 22 % (MICS, 2001)
- Le taux d'anémie chez la femme enceinte estimé à 65 % (PRONANUT, 2005).
- Le Niveau d'instruction très bas chez la femme : taux d'analphabétisme 44,1%, (MICS2, 2001).
- L'inexistence d'une loi réglementant la procréation médicalement assistée (PROMA).
- Le nombre de fistules urogénitales est estimé dans 6 provinces, à 3775 dont 80% d'origine obstétricale (Enquête PNSR, 2005).
- La femme n'est pas juridiquement protégée dans le cadre de Santé de la Reproduction.

1.3. BESOINS ET PRIORITES EN SR

De cette analyse de la situation et profil sanitaire, il se dégage un certain nombre de besoins en SR. Ces besoins sont exprimés en terme de services, de soins de Santé de la Reproduction, de ressources et de législation en SR.

En terme de services, on peut noter les besoins en :

- services de SR de base de qualité, acceptables, accessibles et disponibles au niveau de la Zone de Santé ;
- structures de référence en nombre suffisant, capables d'offrir les soins complémentaires de qualité, accessibles et disponibles à tous les niveaux y compris le dépistage précoce du cancer de col ;
- services de planification familiale de qualité, abordables, acceptables, accessibles,
- services conviviaux des jeunes (consultation prénuptiale, CDV, conseils liés à la parenté responsable etc.)
- services d'expérimentation et d'orientation en SR (ex : CDV, PROMA, consultation prénuptiale).
- des services intégrés (VIH/SIDA, IST, PF, PTME)
- des services à base communautaire (promotion et offre des services SR/PF).
- prise en charge des fistules urogénitales

En terme de soins de santé de la reproduction, il s'agit de besoins en :

- informations fiables et conseils sur les problèmes et les déterminants de SR/PF.
- soins de SR de qualité, intégrés, continus et globaux à tous les échelons du système de santé;
- prise en charge médico-sanitaire des victimes de violences sexuelles ;
- Prise en charge intégrée de la grossesse de l'accouchement et du nouveau né.
- Les Soins Obstétricaux et Néonataux D'Urgence

En terme de ressources, il s'agit de besoins en :

- personnels de SR/PF qualifiés et recyclés en la matière ;
- médicaments SR, y compris les contraceptifs sécurisés
- ressources matérielles et financières suffisantes à tous les niveaux et dans toutes les structures de SR.
- infrastructures adéquates.

En terme de la législation, il s'agit de besoins en :

- lois réglementant la SR/PF en RDC.

2. ENONCE DE LA POLITIQUE SR

La politique de la Santé de la Reproduction est basée sur la prise en charge de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, des adolescents, des femmes et des hommes en leur assurant des services et des soins de Santé de la Reproduction de qualité, intégrés, accessibles, acceptables et efficaces, dans le respect des droits fondamentaux de l'homme et sans discrimination. Elle doit amener les individus, les familles et les communautés à adopter des comportements responsables à la Santé de la Reproduction/Planification Familiale.

3. VISION

La SR est un droit fondamental de tout être humain. Pour cela, notre vision est d'avoir une nation congolaise où chaque enfant qui naît soit un enfant désiré et qui ne devrait pas mourir pour des causes évitables ; une nation où chaque femme jouit d'une bonne santé maternelle et ne devrait pas perdre ou voir sa vie menacée par des pathologies et états morbides évitables, liés à la grossesse ou à l'accouchement ; et enfin une nation où les hommes, les femmes et les jeunes jouissent d'une santé sexuelle de bonne qualité à l'abri des IST et VIH/SIDA ainsi qu'à l'abri des pratiques néfastes et discriminatoires liées au sexe et ou au genre.

La concrétisation de cette vision suppose un certain nombre de conditions à réunir notamment : une bonne gouvernance, un système de santé proactif et performant pour une vie décente et digne, une mobilisation de ressources appropriée ; un contexte politique et socio-économique stable et favorable à un

développement durable, des services de santé accessibles. Ainsi, la réalisation de cette vision permettrait aux individus, aux familles et communautés de vivre harmonieusement tout le long du cycle de la vie.

4. VALEURS ET PRINCIPES DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SR

La politique nationale de Santé de la Reproduction en RDC est basée sur les valeurs et principes ci-après :

- la parenté responsable,
- la liberté de choix individuel, en couple et au sein de la famille,
- le choix éclairé et informé sur la stabilité de la génération actuelle, l'évolution vers une génération future en bonne santé sexuelle et reproductive, l'éthique fondée sur le respect de la dignité humaine et du genre,
- la solidarité fondée sur le principe du partenariat et du partage des responsabilités avec les individus, les familles et les communautés.
- Identité culturelle fondée sur la reconnaissance et le respect des valeurs traditionnelles locales, favorables à la SR
- la qualité des soins de santé de la reproduction
- l'intégration des services, qui est la combinaison de plusieurs activités dans un ensemble cohérent et de manière convergente en vue d'améliorer l'efficacité pour l'atteinte des objectifs communs ; elle vise l'effectivité dans toutes les aires de santé d'un paquet minimum d'activités de santé de la reproduction adapté au contexte local et ce, à tous les niveaux de soins.
- l'égalité et le respect mutuel de sexe dans la prise de décisions et l'utilisation de services de santé,
- l'équité basé sur le principe de la disponibilité et de l'accès aux services et soins de santé de qualité ;
- l'intégration et la coordination des interventions des partenaires.
- La décentralisation qui est un transfert de responsabilité pour la planification, la prise de décision, la génération et l'allocation de ressources associées à un transfert de l'autorité administrative du gouvernement central vers des unités périphériques (éléments déconcentrés du ministère) et des autorités administratives fonctionnelles de niveau régional « gouvernements locaux »

- La déconcentration qui est un transfert partiel des activités et des compétences administratives ou gestionnaires préalablement assumées par le niveau central du Ministère vers la périphérie
- La bonne gouvernance qui est l'ensemble des principes et règles de bonne gestion pour la poursuite de l'intérêt général de la mission du PNSR.

5. OBJECTIFS ET CIBLES

5.1. OBJECTIFS

5.1.1. Objectif général

- Contribuer à l'amélioration de la qualité de la vie des individus, des couples, des familles, des communautés pour tout ce qui concerne la santé de la reproduction dans toute sa dimension.

5.1.2. Objectifs spécifiques

- Réduire la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale et infantile
- promouvoir la bonne santé en matière de sexualité et de reproduction et, basée sur l'équité et l'égalité entre les sexes, l'approche droit, l'approche genre et la sexo - spécificité.
- Eliminer les pratiques qui fragilisent le corps humain dans le domaine de la sexualité et de la reproduction, y compris la pauvreté, les violences sexuelles et le VIH/SIDA.

5.2 CIBLES

Les cibles de Santé de la Reproduction sont constituées de toutes les couches de la population, notamment :

- Futurs géniteurs (0-20 ans) : composés des enfants, garçons et filles qui passent par des périodes particulières de leur croissance, notamment l'adolescence. Cette population constitue 55 % de la population globale
- Géniteurs actuels (20-55 ans) : Ce sont les adultes femmes et hommes en période de reproduction, constituant plus ou moins 40 % de la population.
- Anciens géniteurs, dits aussi personnes du 3^{ème} âge. Ils constituent plus ou moins 5 % de la population.

6. ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Les orientations stratégiques tiennent compte des axes ci-après :

- Le Développement des activités SR dans la zone de santé ;
- L'appui institutionnel au niveau central et provincial ;
- Le plaidoyer pour la mobilisation des ressources ;
- L'approvisionnement en intrants (médicaments et consommables SR) ;
- Le renforcement du partenariat, de la collaboration intra et intersectoriel ;
- La participation communautaire (dynamique communautaire) ;
- Le développement des RH pour la santé en matière de SR ;
- Le renforcement de la recherche opérationnelle et recherche actions en SR
- La prise en compte de la santé sexuelle et reproductive chez les réfugiés et les personnes en situation particulière (Les Adolescents, les femmes et les hommes seuls, les déplacés internes, les personnes victimes des calamités naturelles, les familles monoparentales, les personnes de troisième âge...)

7. CADRE DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE

La tutelle du programme est assurée par le Ministère de la Santé. La mise en œuvre de cette politique sera faite à tous les niveaux du système de santé de la R.D.Congo ci-après :

- le niveau central,
- le niveau provincial,
- le niveau périphérique,

Chaque niveau est appelé à jouer son rôle et à remplir sa mission.

7.1. Au niveau central

Le PNSR :

Son rôle est stratégique. Il est l'organe régulateur, normatif et concepteur de toutes les activités en rapport avec la SR. A ce titre, sous la supervision du SG, le PNSR a la mission de :

- élaborer, assurer la vulgarisation, faire approprier et veiller à l'application de la politique nationale, du plan stratégique et des normes en SR à tous les niveaux et par tous les partenaires ;

- coordonner, superviser, suivre et évaluer les activités de SR/PF sur toute l'étendue du pays ;
- faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès du gouvernement central, de la société civile et des partenaires.
- assurer la promotion du centre de formation, de recherche et d'expérimentation en SR/PF

7.2. Au niveau provincial.

La Coordination Provinciale de SR :

Son rôle est tactique. Elle est l'organe technique de toutes les activités SR. A ce titre, sous la supervision de l'équipe cadre provinciale, elle a la mission de :

- Vulgariser, s'approprier et faire appliquer la politique nationale, le plan stratégique et les normes en SR aux niveaux intermédiaire et périphérique et par tous les partenaires ;
- Programmer, coordonner, superviser, suivre et évaluer les activités de SR sur toute l'étendue de la province ;
- faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès du gouvernement provincial, de la société civile et des partenaires intervenant dans la province.

A ce niveau, la coordination du programme est assurée par le Coordonnateur Provincial SR en tant que conseiller technique du Médecin Inspecteur Provincial.

7.3. Au niveau périphérique.

La Zone de Santé :

Son rôle est opérationnel. C'est à ce niveau que toutes les activités de SR sont menées suivant les orientations stratégiques et les directives du niveau central, sous l'encadrement de l'équipe cadre provinciale. A ce titre, conformément au principe d'intégration, elle est l'unité opérationnelle tant de la planification que de la mise en œuvre des activités de SR.

A ce niveau, la mise en œuvre de cette politique est assurée par :

L'ECZS qui a la responsabilité :

- d'appliquer la politique nationale, planifier les activités de SR dans la ZS de façon intégrée ;
 - de coordonner, superviser, suivre et évaluer les activités de SR sur toute l'étendue de la zone de santé ;
 - de gérer les ressources pour les activités de SR ;
 - d'impliquer la communauté dans la mise en œuvre des activités de SR.
 - d'assurer les services et les soins de SR de qualité dans le cadre du PCA.
 - d'assurer les services et les soins de SR de qualité dans le cadre du PMA.
 - La coordination des activités du programme au niveau de la ZS est assurée par l'ECZS.
- b) L'hôpital général de référence qui a la responsabilité d'offrir un paquet SR/PF complémentaire:
- c) Equipe du centre de Santé
- mettre en œuvre les soins SR/PF de qualité dans le cadre du PMA
 - assurer les activités de suivi au niveau de la communauté
- d) La communauté :
- sensibiliser toute la population sur les problèmes de SR.
 - orienter la population cible du programme vers les services de SR.
 - s'approprier les activités de SR.
 - Mobiliser les ressources

8. MECANISMES DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

Le suivi et l'évaluation réguliers de la politique, des programmes et projets SR seront assurés à tous les niveaux de la pyramide du système de santé. Un système de rapportage de routine, des enquêtes périodiques, des réunions de suivis ainsi que des visites de terrains seront effectués.

Des revues semestrielles et annuelles seront organisées auxquelles tous les partenaires seront invités à prendre part. Il sera mis en place un système de rétroaction à tous les niveaux de mise en œuvre de cette politique. Un groupe spécial (Task Force) SR au niveau central et provincial est mis en place et est chargé d'assurer le plaidoyer, la coordination et le suivi des interventions de différents partenaires de coopération ainsi que des ONG impliquées dans le domaine de SR.

Les normes et les directives techniques requises en matière de SR accompagneront la mise en œuvre de cette politique nationale. Tous les intervenants dans le domaine de SR doivent fournir périodiquement leur rapport et de façon régulière au PNSR, conformément aux normes et directives du programme.

Le processus de suivi et évaluation sera fait sur base d'un certain nombre d'indicateurs, à savoir :

- la disponibilité du document de politique nationale de SR ainsi que de tous les documents normatifs à tous les niveaux, y compris auprès de partenaires ; ;
- le nombre total de partenaires qui suivent et appliquent la politique nationale SR ;
- les ressources totales mobilisées pour la SR ;
- les réunions de coordination avec les partenaires en rapport avec la politique nationale de la SR.