



À bout de souffle en RDC

APPEL À L'ACTION CONTRE LA PNEUMONIE DE L'ENFANT

Première cause de mortalité,¹ pourtant oubliée

La pneumonie est la maladie infectieuse qui tue le plus d'enfants dans le monde, faisant 800 000 victimes chez les moins de cinq ans chaque année – plus de 2 000 par jour.

C'est la démonstration révoltante des inégalités sanitaires généralisées qui touchent de façon disproportionnée les enfants les plus démunis et les plus marginalisés dans les pays à bas et moyen revenu. Cela représente une violation des droits de l'enfant à la survie et au développement tels qu'ils sont définis dans la Convention relative aux Droits de l'Enfant adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies. Pourtant la pneumonie est toujours la grande oubliée des programmes sanitaires mondiaux et nationaux. Nous pouvons et devons changer cela.

Combattre la pneumonie, c'est possible

Il est possible de fournir des solutions pour combattre la pneumonie chez tous les enfants. C'est possible à travers la couverture sanitaire universelle (CSU) et un accès équitable aux soins de santé primaire pour prévenir, diagnostiquer et traiter la pneumonie. C'est possible via une meilleure couverture vaccinale pour protéger les enfants de certaines des principales causes de la pneumonie. C'est possible grâce à une bonne nutrition pour aider leur organisme à combattre les infections et à répondre au traitement, ainsi qu'à prévenir les causes sous-jacentes de la pneumonie. C'est possible en améliorant l'accès à l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement et en réduisant la pollution de l'air pour réduire les facteurs de risque. C'est possible en assurant un accès à une prestation de service intégrée et à des antibiotiques vitaux peu onéreux au niveau communautaire, ainsi qu'en renforçant la disponibilité et la qualité du niveau de référence des soins pour combattre la pneumonie et sauver des vies.

Pauvreté et inégalités complices des décès dus à la pneumonie

Les progrès en matière de réduction du nombre de décès d'enfants imputables à la pneumonie sont trop lents et pas assez justes. Les moyennes mondiales/nationales/régionales masquent des inégalités considérables au sein des pays. Les enfants les plus pauvres sont les plus exposés, en raison des taux de malnutrition élevés et du manque d'accès à des services de santé de base de qualité, capable d'assurer la vaccination et le traitement des maladies infantiles courantes. En conséquence, les enfants les plus défavorisés ont près de deux fois plus de risque de mourir avant leur cinquième anniversaire que les plus riches. Les innovations qui pourraient sauver des centaines de milliers de vies chaque année ne parviennent pas jusqu'aux enfants qui en ont le plus besoin.

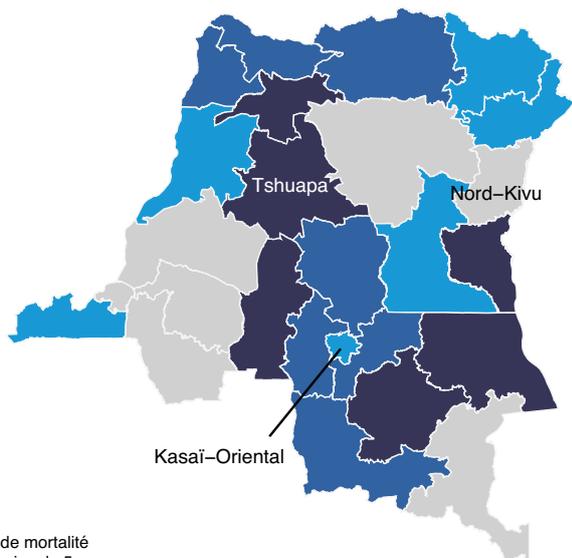
2020, l'année pour agir

Les gouvernements et la communauté internationale peuvent et doivent prendre des mesures claires. Les progrès réalisés jusque là ne sont pas suffisants. Il est essentiel pour la survie des enfants de lutter contre la pneumonie de manière globale. Sous l'impulsion de la récente réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle en Septembre 2019, le Forum mondial de la pneumonie de l'enfant en Janvier 2020, la conférence de reconstitution des ressources de Gavi en Juin 2020, et le Sommet de la Nutrition pour la Croissance de Tokyo en Décembre 2020 devraient tous constituer des étapes clés pour que les gouvernements s'engagent fermement à accélérer les progrès dans la lutte contre la pneumonie.

Il ne reste plus que dix ans pour atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD) et seulement cinq ans pour ceux du Plan d'action mondial intégré pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée (GAPPD), il est désormais temps d'agir. Une action concertée est nécessaire pour améliorer les politiques, les investissements, les innovations et intensifier les interventions qui ont fait leurs preuves pour ne laisser aucun enfant de côté et sauver des vies. Combattre la pneumonie est non seulement possible, mais primordial pour satisfaire le droit de chaque enfant à survivre et à s'épanouir.

Éclairage sur la RDC

Inégalités régionales de la mortalité infantile en RDC



Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes) : 65 – 100 (gris), 100 – 124.5 (bleu clair), 124.5 – 133 (bleu foncé), 133 – 161 (noir)

Données: DHS 2013–2014

MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS²

OBJECTIF MONDIAL

25 pour 1 000 naissances vivantes au plus : taux cible de l'ODD pour le décès des enfants de moins de 5 ans d'ici à 2030.

PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE DE DÉCÈS PAR PNEUMONIE CHEZ L'ENFANT EN RDC³



SITUATION DE LA RDC

88 pour 1 000 naissances vivantes de taux de mortalité des moins de 5 ans en 2018.

Les inégalités, la pauvreté et le manque d'accès aux services de santé contribuent à

117 décès pour 1 000 naissances vivantes dans les foyers les plus défavorisés comparés à

76 décès pour 1 000 naissances vivantes dans les foyers les plus aisés en 2013.

Respectivement, les enfants dans la province de Tshuapa, où le taux de mortalité infantile est de

161 pour 1 000 naissances vivantes, les enfants ont **2,5 fois** plus de risque de mourir avant l'âge de 5 ans que ceux de la province de Nord Kivu où le taux de mortalité tombe à **65** pour 1 000 naissances vivantes en 2013.

DÉCÈS DE MOINS DE CINQ ANS IMPUTABLES À LA PNEUMONIE⁴

OBJECTIF MONDIAL

3 pour 1 000 naissances vivantes de taux cible de décès d'enfants de moins de cinq ans imputables à la pneumonie d'ici à 2025, comme envisagé dans le Plan d'action mondial intégré pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée (GAPPD)

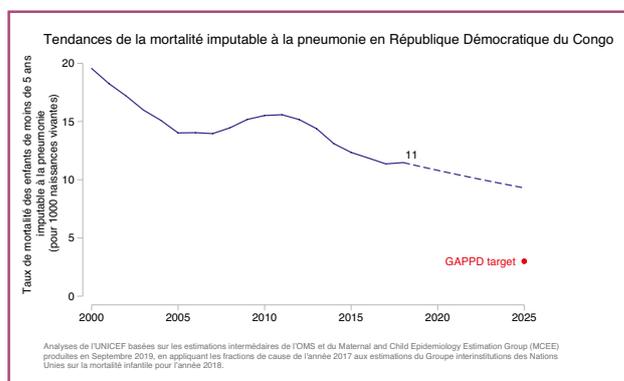
SITUATION DE LA RDC

11 pour 1 000 naissances vivantes, de taux de décès d'enfants de moins de cinq ans imputable à la pneumonie en 2018.

13% des décès d'enfants sont dus à la pneumonie en 2018, c'était la **deuxième cause de mortalité** des moins de 5 ans en 2017.

La pneumonie a tué près de **40 000** enfants de moins de 5 ans en 2018 – près de **5** enfants par heure.

3% est le taux annuel moyen de réduction des décès imputables à la pneumonie entre 2000 et 2018, et à ce rythme, la RDC devrait atteindre **les cibles du GAPPD à l'horizon 2025, après 2050.**



Renforcer le système de santé pour assurer des soins primaires de qualité et parvenir à la CSU pour combattre la pneumonie⁵

L'indice de couverture des services de la CSU est une mesure de l'indicateur 3.8.1 des ODD, qui définit un éventail de services de santé essentiels. Les pays doivent s'efforcer d'atteindre un taux de couverture de 100% afin de garantir des soins de santé à tous les citoyens. Pour progresser sur la voie de l'instauration de la CSU, l'accès à des services de santé essentiels de qualité doit être élargi en mettant l'accent sur la réduction des inégalités et en renforçant les structures sanitaires pour améliorer la qualité des soins de santé primaires.

En RDC, le taux de couverture des services de santé essentiels était d'à peine 41% en 2017. Par ailleurs, le comportement de recherche de soins pour les enfants suspectés de pneumonie est l'indicateur de référence «traitement des enfants» de l'indice des services de santé essentiels. En RDC, il était de seulement **24%** en 2013.

Pour construire des systèmes de santé solides, élargir la couverture et mettre en œuvre la CSU, la RDC doit augmenter

ses dépenses publiques pour la santé de manière à atteindre le taux cible de 5% du PIB, en donnant la priorité aux soins de santé primaires.

Dans l'idéal, la RDC devrait faire appel à la taxation progressive pour financer son système de santé de manière plus équitable, mais aussi supprimer, au moins pour les populations vulnérables et les services prioritaires, les frais d'accès aux services de santé et de nutrition à la charge du patient. Plus la RDC s'appuie essentiellement sur les paiements directs, plus il sera difficile d'instaurer la CSU.

La mise en place des systèmes de santé solides et équitables est indispensable pour prévenir, diagnostiquer et traiter la pneumonie et satisfaire le droit fondamental des enfants à des soins de santé de qualité. La CSU, en assurant l'accès universel aux services de santé et de nutrition, à la vaccination et aux médicaments, représente ce droit «en action».

OBJECTIFS MONDIAUX DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

\$86 est le montant des dépenses minimum par personne et par an recommandé par l'OMS pour permettre au gouvernement d'offrir des services de santé essentiels.

5% du PIB est le taux minimum de dépenses publiques pour la santé recommandé par l'OMS.

57% des dépenses de santé des gouvernements devraient être consacrés aux services de santé primaires, selon les recommandations de l'OMS, 90% de tous les besoins de santé pouvant être satisfaits au niveau des soins de santé primaires.

Conformément aux cibles de l'ODD, les dépenses de santé du ménage ne devraient pas dépasser

10% et pour éviter d'être catastrophique, ne devraient en aucun cas excéder

25% des dépenses ou revenus total(e)s du ménage.



SITUATION DE LA RDC⁶

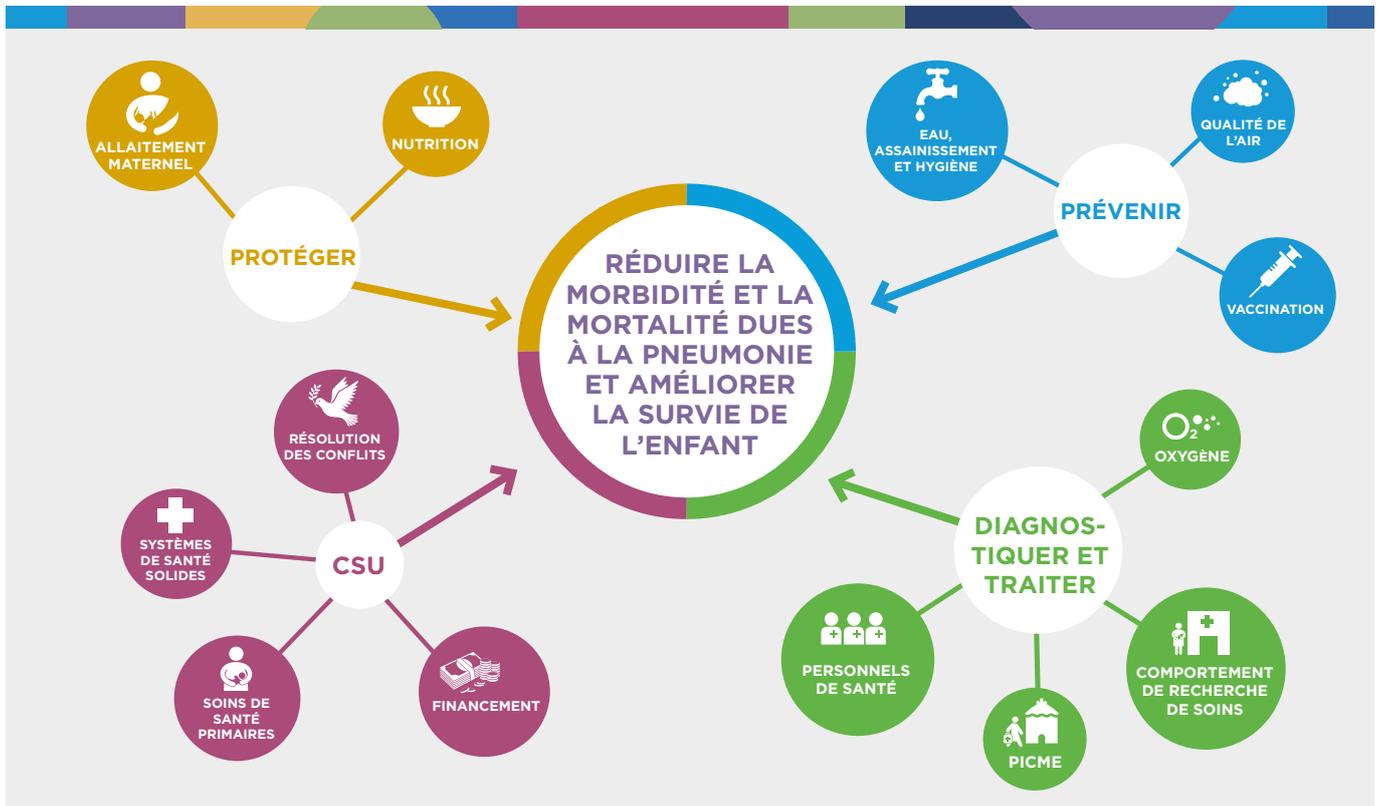
\$3 par personne dépensés par le gouvernement sur la santé en 2015.

4% du budget gouvernemental consacré à la santé en 2015.

0.5% du PIB consacré à la santé par le gouvernement en 2016.

46% du budget gouvernemental consacré aux services de santé primaires en 2016.

75% des dépenses totales consacrées à la santé restaient à la charge de l'utilisateur en 2016.



PROTÉGER l'enfant par la mise en place de pratiques favorables à la santé dès la naissance

Normes et objectifs mondiaux

ODD 2.2 : D'ici à 2030, mettre fin à toutes les formes de malnutrition, y compris en atteignant d'ici à 2025 les objectifs arrêtés à l'échelle internationale relatifs aux retards de croissance et à l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans.

40% de réduction des retards de croissance (taille/âge) des moins de cinq ans et réduction et maintien la prévalence d'émaciation (poids/âge) en dessous de **5%** d'ici à 2025 conformément aux cibles énoncées dans la Résolution de l'Assemblée Mondiale de la Santé de 2012.

2 ZERO HUNGER



Nutrition

Situation de la RDC

Émaciation

8% de prévalence d'émaciation des enfants de moins de cinq ans en 2013.

Retard de croissance

43% de taux de retard de croissance en 2013.

Pour rester en bonne voie d'atteindre l'ODD 2 en 2030, la RDC a besoin de réduire les taux de retard de croissance à **27%** d'ici 2025.

Niveaux sous-nationaux*

Émaciation

9% de prévalence d'émaciation des moins de cinq ans dans les foyers les plus pauvres en 2013.

4% de prévalence d'émaciation des moins de cinq ans dans les foyers les plus riches en 2013.

Retard de croissance

49% de taux de retard de croissance des moins de cinq ans dans les foyers les plus pauvres en 2013.

23% de taux de retard de croissance des moins de cinq ans dans les foyers les plus riches en 2013.

Le taux de retard de croissance des enfants des zones rurales est **2 fois** plus haut que celui des enfants des zones urbaines.

Normes et objectifs mondiaux

50% de taux d'allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois d'ici à 2025 conformément aux cibles énoncées dans la Résolution de l'Assemblée Mondiale de la Santé de 2012.



Allaitement

Situation de la RDC

47% de taux d'allaitement maternel exclusif en 2013.

Niveaux sous-nationaux

47% de taux d'allaitement maternel exclusif dans les foyers les plus pauvres 2013.

38% de taux d'allaitement maternel exclusif dans les foyers les plus riches 2013.

PRÉVENIR l'apparition de la pneumonie chez l'enfant en s'attaquant à ses causes sous-jacentes

Normes et objectifs mondiaux

ODD 3.2 : D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité des enfants de moins de 5 ans à **25** pour 1 000 naissances vivantes au plus.

90% de couverture vaccinale nationale et au moins **80%** dans chaque district ou unité administrative équivalente d'ici à 2020 conformément au Plan d'Action Mondial pour les Vaccins (PAMV)

DTP3 (Diphthérie-tétanos-polio), **Hib3** (Haemophilus influenzae type B) and **PCV3** (vaccin antipneumococcique conjugué) inclus dans le programme national de vaccination.

3 GOOD HEALTH AND WELL-BEING



Vaccination¹⁰

Situation de la RDC

81% de taux national en 2018 chez les enfants de 1 an basé sur la couverture du DTC3.

81% de couverture vaccinale Hib3 chez les enfants de 1 an 2018.

81% de couverture VPC chez les enfants de 1 an en 2018.

Niveaux sous-nationaux

Couverture vaccinale Pentavalent chez les enfants de 1 an en 2018

90% au Nord Kivu, **17%** dans la Mongala et **12%** au Maniema,

40% dans les zones rurales comparé à **58%** dans les zones urbaines.

Couverture VPC chez les enfants de 1 an en 2018

90% au Nord Kivu **15%** dans la Mongala et **10%** au Maniema,

23% dans les zones rurales comparé à **57%** dans les zones urbaines.

Normes et objectifs mondiaux

ODD 6.1 : D'ici à 2030, assurer l'accès universel et équitable à l'eau potable, à un coût abordable.

ODD 6.2 : D'ici à 2030, assurer l'accès de tous, dans des conditions équitables, à des services d'assainissement et d'hygiène adéquats et mettre fin à la défécation en plein air, en accordant une attention particulière aux besoins des femmes et des filles et des personnes en situation vulnérable.

6 CLEAN WATER AND SANITATION



Eau, assainissement et hygiène¹¹

Situation de la RDC

20% des personnes utilisaient des services d'eau potable gérés en toute sécurité en 2017.

20% des personnes utilisaient des services d'assainissement de base en 2017.

4% des personnes disposaient d'installations de base pour se laver les mains à domicile en 2017.

12% de personnes pratiquaient la défécation en plein air en 2017.

Niveaux sous-nationaux

16% des populations rurales & **25%** des populations urbaines utilisaient des services d'eau potable gérés en toute sécurité en 2017.

18% des populations rurales & **23%** des populations urbaines utilisaient des services d'assainissement de base en 2017.

2% des populations rurales & **7%** des populations urbaines disposaient d'installations de base pour se laver les mains à domicile en 2017.

19% des populations rurales & **4%** des populations urbaines pratiquaient la défécation en plein air en 2017.

Normes et objectifs mondiaux

ODD 7 : D'ici à 2030, garantir l'accès de tous à des services énergétiques fiables et modernes, à un coût abordable.

ODD 3.9 : D'ici à 2030, réduire nettement le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol.

10 microgrammes par mètre cube d'air ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) est la valeur moyenne annuelle d'exposition aux particules en suspensions ($\text{PM}_{2,5}$) selon les Lignes directrices OMS relatives à la qualité de l'air.

7 AFFORDABLE AND CLEAN ENERGY



3 GOOD HEALTH AND WELL-BEING



Pollution de l'air¹²

Situation de la RDC

<5% de personnes principalement dépendantes de carburants et de technologies propres en 2017.

45 microgrammes par mètre cube d'air ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) est la valeur moyenne annuelle d'exposition aux particules en suspensions ($\text{PM}_{2,5}$) en zone urbaine en 2017.

Niveaux sous-nationaux

Données non disponibles

Données non disponibles

DIAGNOSTIQUER ET TRAITER LES ENFANTS MALADES DE PNEUMONIE

Normes et objectifs mondiaux

ODD 3.12 : Accroître considérablement le budget de la santé, le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement.

44.5 pour 10 000 habitants est le nombre minimum de personnels de santé qualifiés requis pour assurer des services de santé de qualité recommandé par l'OMS. La pénurie de travailleurs du domaine de la santé est estimée à 18 million d'ici à 2030.

3 GOOD HEALTH AND WELL-BEING



Personnels de santé¹³

Situation de la RDC

1 médecin pour 10 000 habitants &
5 infirmières et sage-femmes pour 10 000 habitants en 2013.

15 500 agents de santé communautaires dans 7 746 sites PICME dans 26 Provinces en 2018.

OUI – la RDC a une politique de transfert de tâches.

OUI – la politique de transfert des tâches mandate les ASC pour dispenser de l'Amoxicilline 250 mg en comprimés dispersibles.

Niveaux sous-nationaux

Données non-disponibles

Données non-disponibles

OUI – les 26 provinces ont adopté la politique de transfert de tâches 2018.

OUI – la politique de transfert des tâches mandate les ASC pour dispenser de l'Amoxicilline 250 mg en comprimés dispersibles dans les 26 provinces.

Normes et objectifs mondiaux

PICME (Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire) pour donner la priorité aux plus défavorisés et marginalisés, en éliminant les obstacles financiers et non-financiers.



PICME¹⁴

Situation de la RDC

OUI – la RDC a des directives relatives à la PICME depuis 2018.

OUI – l'Amoxicilline 250 mg en comprimés dispersibles est sur la liste des Médicaments Essentiels 2013.

Niveaux sous-nationaux

OUI – les 26 Provinces suivent les directives relatives à la PICME.

YES – les 26 Provinces ont formé les ASC à dispenser l'Amoxicilline 250 mg en comprimés dispersibles comme préconisé par les directives relatives à la PICME.

Normes et objectifs mondiaux

Les niveaux d'**oxygène** des enfants doivent être surveillés par des ASC formés (agents de santé communautaire) qui peuvent les orienter à temps vers des établissements de santé primaires et secondaires équipés en oxygène.



Oxygène¹⁵

Situation de la RDC

NON – les ASC ne sont pas mandatés pour utiliser des oxymètres de pouls.

NON – la 'Stratégie d'utilisation de l'oxygène médical dans les centres de santé' est en cours d'élaboration.

Niveaux sous-nationaux

NON – les ASC ne sont pas mandatés pour utiliser des oxymètres de pouls dans les 26 Provinces.

NO – Seulement 5% des installations dans les 26 Provinces disposent d'oxygène médical.

Normes et objectifs mondiaux

90% de comportement de recherche de soins pour les enfants suspectés de pneumonie d'ici à 2030, conformément à l'appel de «Chaque souffle compte» aux gouvernements à fixer un objectif national officiel. Tous les enfants présentant des symptômes de pneumonie doivent être conduits, ou envoyé dans un établissement de santé au plus vite, soit par un parent soit par un agent de santé communautaire.



Comportement de recherche de soins¹⁶

Situation de la RDC

Seulement **42%** des enfants présentant des symptômes de pneumonie ont été conduits dans un établissement de santé en 2016.

Niveaux sous-nationaux

37% des enfants présentant des symptômes de pneumonie, dans les foyers les plus pauvres, ont été conduits dans un établissement de santé en 2013.

44% des enfants présentant des symptômes de pneumonie, dans les foyers les plus riches, ont été conduits dans un établissement de santé en 2013.

A bout de souffle : le Forum mondial de la pneumonie de l'enfant, Janvier 2020

La pneumonie est la maladie infectieuse qui tue le plus d'enfants dans le monde, et la maladie ultime de la pauvreté.

Chaque année, 800 000 des enfants les plus pauvres et les plus vulnérables meurent de la maladie, plus de 2 000 chaque jour. Ces décès sont en grande majorité évitables. Pourtant leur nombre diminue lentement, bien trop lentement pour que l'engagement des Objectifs de Développement Durable «d'éliminer les décès évitable d'enfants d'ici à 2030» soit respecté. Un changement de scénario nécessite plus que la réaffirmation de la promesse des ODD. Les enfants dont les vies sont en jeu ont besoin d'un agenda ambitieux soutenu par des actions urgentes.

Du 29 au 31 janvier 2020, à Barcelone en Espagne, plus de 300 participants, ministres et planificateurs des pays les plus touchés, principaux donateurs d'aide au développement, Nations Unies et agences multilatérales, organisations non-gouvernementales, dirigeants d'entreprises et d'organisations philanthropiques ainsi que les milieux de la recherche contre la pneumonie – se réuniront dans le cadre d'un effort visant à élaborer cet agenda et à galvaniser l'action nationale et internationale.

stopppneumonia.org/latest/global-forum

Appel à l'action contre la pneumonie de l'enfant

- 1. Élaborer des stratégies de lutte contre la pneumonie** dans le cadre de plans plus larges en faveur de la couverture sanitaire universelle (CSU) et s'engager à réduire le nombre de décès d'enfants imputables à la pneumonie à moins de 3 pour 1 000 naissances vivantes, taux cible du Plan mondial intégré pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée (GAPPD).
- 2. Renforcer la qualité des soins de santé primaires et la lutte contre la pneumonie** dans le cadre de plans multi-sectoriels nationaux et de stratégies intégrées (nutrition, eau, assainissement et hygiène, pollution de l'air), y compris au niveau communautaire, en se concentrant sur les enfants les plus démunis et marginalisés.
- 3. Augmenter les investissements publics nationaux dans la santé et la nutrition** (à hauteur d'au moins 5% du PIB pour la santé) et s'assurer que les augmentations des budgets alloués améliorent l'accès aux services de santé infantile et de nutrition, notamment en supprimant les frais d'accès aux soins et en réduisant les obstacles non-financier, ainsi qu'en donnant la priorité aux services de santé primaires.
- 4. Améliorer la gouvernance en matière de santé** en garantissant la responsabilité, la transparence et l'inclusion dans la planification, la budgétisation et le suivi des dépenses, y compris pour les stratégies de lutte contre la pneumonie.
- 5. Accélérez la couverture vaccinale** en soutenant la reconstitution des ressources de Gavi pour 2020 et en veillant à ce que les investissements permettent une couverture vaccinale plus équitable et améliore l'accessibilité aux vaccins.
- 6. Renforcer l'aide au développement international** en augmentant les crédits budgétaires alloués à la santé infantile et en favorisant la réalisation de la couverture sanitaire universelle (alignée sur les priorités et les plans nationaux), notamment en s'engageant dans la reconstitution des ressources de Gavi et Nutrition pour la Croissance.
- 7. Impliquer le secteur privé pour améliorer l'accès** aux vaccins, outils de diagnostic, nouveaux antibiotiques, oxygène médical, de qualité et à un coût abordable, en particulier pour les enfants les plus démunis et marginalisés.
- 8. Mesurer et rendre compte des progrès accomplis dans la réalisation de la couverture sanitaire universelle** afin de mettre en place des services de santé solides offrant des soins de santé primaires de qualité et permettant de réduire le nombre de décès d'enfants, dus à la pneumonie notamment, mais également dans le cadre des cibles des ODD et du GAPPD en matière de survie de l'enfant.
- 9. Donner la priorité à la recherche-développement et à l'innovation** pour améliorer l'accès aux services et aux technologies de prévention, de diagnostic, d'aiguillage et de traitement les plus rentables et abordables.
- 10. Soutenir les partenariats multi-secteurs** entre les domaines de la santé infantile et de la nutrition en les élargissant à la lutte contre les infections, la qualité de l'air, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, ainsi que le financement du développement.

Un partenariat pour combattre la pneumonie

Save the Children, l'UNICEF et la coalition «Chaque Souffle Compte» travaillent ensemble pour lutter contre l'une des plus grandes catastrophes sanitaires à laquelle sont confrontés les enfants dans le monde : la pneumonie. Le partenariat relancera le soutien nécessaire pour remettre la pneumonie à l'ordre du jour des programmes de santé mondiaux ; stimuler l'action nationale ; et mobiliser les donateurs pour s'assurer que les cibles des ODD relatives à la survie de l'enfant soient atteintes ainsi que l'objectif de 3 décès d'enfants de moins de cinq ans imputables à la pneumonie pour 1 000 naissances vivantes d'ici à 2030, comme défini dans le Plan d'action mondial intégré pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée (GAPPD).

Références:

1. **Première cause de mortalité** : Analyses de l'UNICEF basées sur les estimations intermédiaires de l'OMS et du Maternal and Child Epidemiology Estimation Group (MCEE) produites en Septembre 2019, en appliquant les fractions de cause de l'année 2017 aux estimations du Groupe interinstitutions des Nations Unies sur la mortalité infantile pour l'année 2018 ; Convention des Droits de l'Enfance
2. **Mortalité des enfants moins de 5 ans** : Groupe interinstitutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile (IGME) (2019); Save the Children's Child Inequality Tracker; RDC Enquête Démographique et de Santé (EDS-RDC) 2013-14
3. **Facteurs de risque de la pneumonie** : Institut de métrique et d'évaluation de la santé (IHME) - Charge mondiale de morbidité 2017
4. **Décès des moins de cinq ans imputables à la pneumonie** : Analyses de l'UNICEF basées sur les estimations intermédiaires de l'OMS et du Maternal and Child Epidemiology Estimation Group (MCEE) produites en Septembre 2019, en appliquant les fractions de cause de l'année 2017 aux estimations du Groupe interinstitutions des Nations Unies sur la mortalité infantile pour l'année 2018 ; OMS Observatoire Mondial de la Santé – Causes of Child Death 2017
5. **Renforcement des systèmes de santé** : OMS/Banque Mondiale Indice de couverture de la CSU ; RDC Enquête Démographique et de Santé (EDS-RDC) 2013-14
6. **Financement de la santé** : Base de données des dépenses de santé à l'échelle mondiale (BDSM) de l'OMS
7. **Niveaux sous-nationaux** : GRID, Save the Children's Child Inequality Tracker; les plus pauvres (riches) désigne les 20% des foyers les plus pauvres (riches) tels que définis dans l'enquête sur les ménages la plus récente.
8. **Nutrition**: Estimations communes sur la malnutrition infantile de l'UNICEF, l'OMS et la Banque Mondiale; RDC Enquête Démographique et de Santé (EDS-RDC) 2013-14 ; Cible 2025 calculées sur les bases de la méthodologie de l'OMS
9. **Allaitement** : RDC Enquête Démographique et de Santé (EDS-RDC) 2013-14
10. **Vaccination** : Estimations de l'UNICEF/OMS quant à la couverture vaccinale nationale (WUENIC) ; RDC Enquête Démographique et de Santé (EDS-RDC) 2013-14 ; GRID, Save the Children's Child Inequality Tracker; Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) 2017
11. **Eau, assainissement et hygiène** : OMS/UNICEF JMP (2019) Progrès en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène 2000-2017
12. **Pollution de l'air**: OMS/Observatoire Mondial de la Santé - SDG 7.1 ; Indicateurs du développement dans le monde (basé sur Brauer, M. et al. 2017), Banque Mondiale
13. **Personnels de santé** : OMS/Observatoire Mondial de la Santé – Statistiques mondiales des personnels de santé ; Annual report for ICCM sites 2018; RDC Plan Stratégique National de Santé Communautaire, 2018; National strategic plan of integrated child case management 2017-2021
14. **PICME** : RDC Liste Nationale des Médicaments Essentiels 2013; National strategic plan of integrated child case management 2017-2021; Annual report for ICCM sites 2018; RDC Plan Stratégique National de Santé Communautaire, 2018
15. **Oxygène** : Évaluation des prestations des services de soins de santé (EPSS) 2017-2018; Ministère de la Santé, RDC
16. **Comportement de recherche de soins**: Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) 2017; Save the Children's Child Inequality Tracker