

Evaluation finale

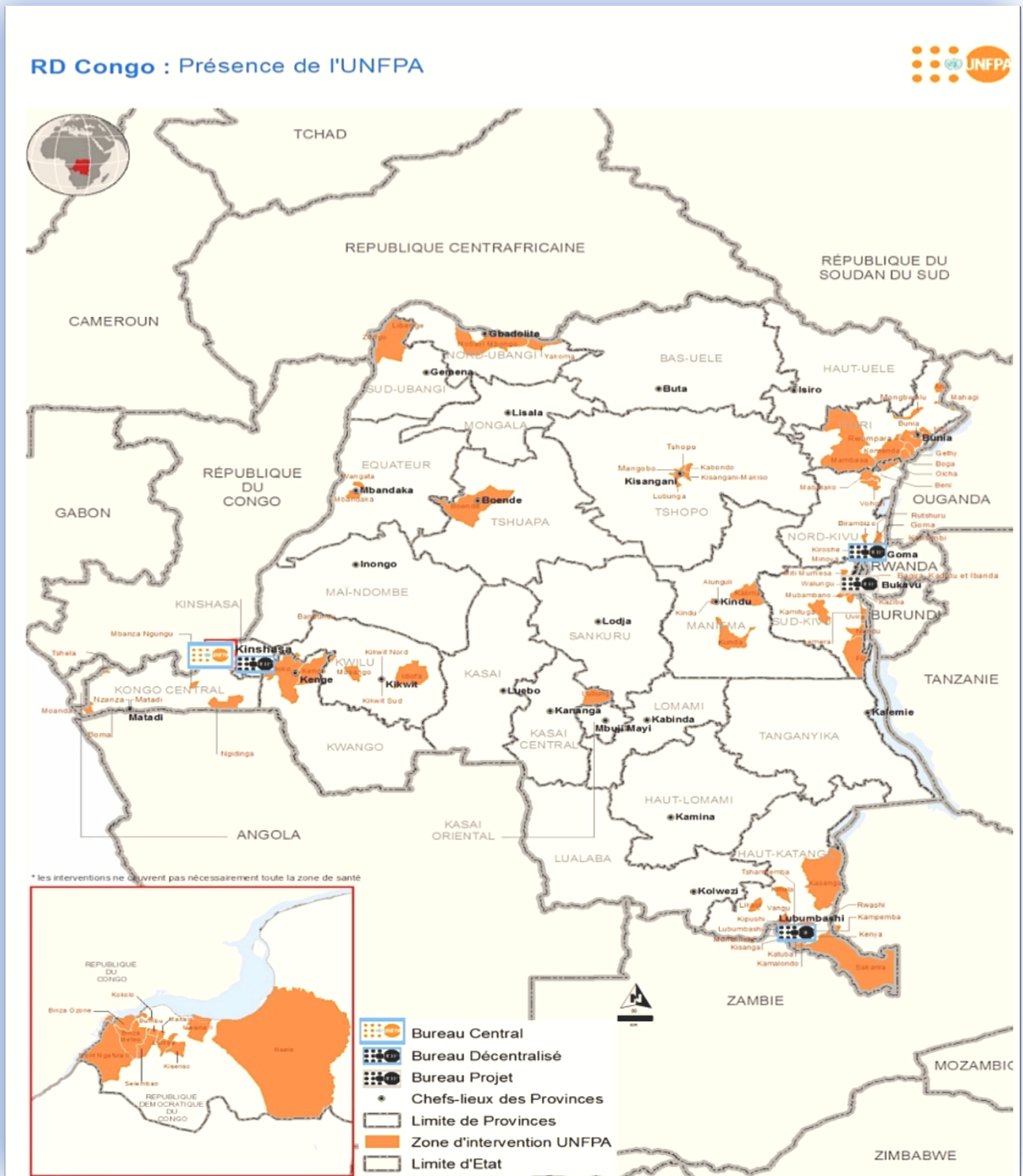
4ème Programme Pays RDC-UNFPA (2013-2017)



Rapport final

Novembre 2017

Figure 1 : Carte géographique de la RDC avec les zones d'intervention du 4^e Programme



Equipe d'évaluation

Co-Lead, Expert international en évaluation des programmes de développement	Ian Graham HOPWOOD
Co-Lead, Expert en Dynamique de la population en rapport avec la Santé de la reproduction, Planification familiale, VIH et VBG	Bernard LUTUTALA Mumpasi
Expert en Genre et droits reproductifs	MANGALU MOBHE Agbada

Remerciements

L'équipe des Consultants tient à remercier Madame Diene Keita qui, alors Représentante de l'UNFPA en RD Congo, a donné à cet exercice d'évaluation une très grande importance, et a mis à la disposition des Consultants tout l'appui et les moyens qu'il fallait pour qu'ils conduisent au mieux cette évaluation.

Nos remerciements vont également à Monsieur Keita Ohashi qui a suivi de très près l'évolution du travail, et à Monsieur Thierno Diouf, Spécialiste de suivi et évaluation du Bureau UNFPA en RD Congo, qui s'est totalement investi pour que cette évaluation soit conduite avec succès, selon les exigences de l'UNFPA, et dans les meilleures conditions de travail ; tout comme Mr Ngoy Kishimba, Représentant Assistant a aussi contribué à la bonne réussite de l'évaluation.

Nous tenons aussi à remercier tout le personnel de l'UNFPA en RD Congo, celui du Bureau central tout comme celui des Bureaux décentralisés de Goma, de Bukavu, de Kinshasa et de Lubumbashi, pour leur disponibilité à recevoir et à discuter avec les Consultants, et pour leur contribution énorme dans la mise à la disposition des Consultants de toutes les informations indispensables pour réaliser cette évaluation.

Que les membres du Groupe de Référence d'Evaluation, qui ont eu à lire et à valider aussi bien le Rapport de conception que le draft du Rapport de l'évaluation soient remerciés pour leurs commentaires et suggestions qui ont permis d'améliorer la qualité de ce rapport.

Enfin, nous ne pouvons pas ne pas remercier toutes les personnes qui ont été rencontrées dans les différentes structures qui ont été visitées, à Kinshasa, à Matadi, à Kimpese, à Goma, à Bukavu et à Lubumbashi pour leur disponibilité, les informations qu'ils nous ont communiquées, et pour l'intérêt qu'ils ont accordé à cette évaluation.

Ian Graham HOPWOOD
Bernard LUTUTALA Mumpasi
MANGALU MOBHE Agbada

Table des matières

Liste des principaux acronymes.....	7
Résumé exécutif	9
1. Chapitre 1 : Introduction	14
1.1. But et Objectifs de l'évaluation du programme	14
1.2. Couverture de l'évaluation (temporelle, géographique et thématique)	15
1.3. Méthodologie et processus de l'évaluation.....	15
1.3.1. Cadre conceptuel d'évaluation	15
1.3.2. Evaluabilité	15
1.3.3. Les théories de changement.....	18
1.3.4. Phases du processus d'évaluation	18
1.3.5. Critères et questions d'évaluation	18
1.3.6. Collecte des données sur terrain	19
1.3.7. Limites de l'évaluation.....	23
1.3.8. Considérations éthiques et code de conduite.....	23
2. Chapitre 2 : Contexte du pays	23
2.1. Défis en matière de développement et stratégies nationales.....	23
2.1.1. Le contexte politique, économique et social	23
2.1.2. La situation économique.....	24
2.1.3. Les stratégies nationales de développement.....	25
2.1.4. Etat général de pauvreté de la population	25
2.1.5. Santé maternelle.....	26
2.1.6. Planification familiale.....	26
2.1.7. Jeunes et adolescents.....	27
2.1.8. VIH	27
2.1.9. Genre et Droits reproductifs	27
2.1.10. Population et développement.....	28
2.1.11. La vulnérabilité et les risques de crises humanitaires.....	30
2.1.12. Le rôle de l'aide extérieure	30
3. Chapitre 3 : Réponse stratégique et programmatique de l'UNFPA.....	31
3.1. Réponse stratégique de l'UNFPA.....	31
3.2. Réponse de l'UNFPA à travers le Programme pays.....	34
3.2.1. Acquis du 3ème Programme pays (2008-2012)	34
3.2.2. Le 4ème Programme Pays 2013-2017.....	34
3.2.3. La structure financière du programme pays.....	37
4. Chapitre 4. Réponses aux questions de l'évaluation.....	39
4.1. Pertinence du programme	39
4.2. Efficacité du programme.....	46
4.3. Efficience du programme.....	73
4.4. Pérennité et durabilité.....	76

4.5.	Positionnement stratégique de l'UNFPA.....	80
5.	Chapitre 5 : Conclusions.....	87
5.1.	Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces.....	87
5.2.	Conclusions au niveau stratégique.....	89
6.	Chapitre 6 : Recommandations.....	92
6.1.	Au niveau stratégique	92
6.2.	Au niveau programmatique.....	93
	Bibliographie	96

Annexes :

Annexe 1 : TDR Evaluation finale (CCPE) 4e Prog. Pays RDC-UNFPA

Annexe 2 : Matrice d'évaluation new version

Annexe 3 : Théories de Changement des principales thématiques du programme

Annexe 4 : Echantillon des parties prenantes interviewées

Annexe 5 : Outils de collecte (Interviews individuelles)

Annexe 6 : Liste des personnes clés rencontrées

Annexe 7 : Structure financière du 4ème Programme

Annexe 8 : Tableau des indicateurs des Produits du 4e Programme

Annexe 9 : Liste des Focus group réalisés & des structures visitées (observations directes)

Liste des tableaux

N°	Page	Titre
Tableau 01	08	Profil de la République Démocratique du Congo
Tableau 02	17	Evaluabilité du programme
Tableau 03	19	Concordance entre les critères et les questions d'évaluation
Tableau 04	20	Répartition des structures interviewées par thématique aux niveaux central et décentralisé
Tableau 05	24	Dynamique de l'économie congolaise entre 2010 et 2015
Tableau 06	36	Cadre des résultats CPAP aligné au Plan Stratégique de l'UNFPA (2014-2017)
Tableau 07	37	Evolution des ressources et des dépenses selon l'origine
Tableau 08	70	Liste des projets exécutés entre 2013 et 2016
Tableau 10	71	Synthèse de quelques indicateurs de résultats humanitaires
Tableau 10	88	Forces, faiblesses, opportunités et menaces du 4ème PP

Liste des figures et graphiques

N°	Page	Titre
Figure 01	02	Carte géographique de la RDC avec les zones d'intervention UNFPA
Figure 02	15	Cadre conceptuel de la méthodologie de l'évaluation
Figure 03	29	Pyramides des âges en 2015 et 2050 sous l'hypothèse de fécondité basse : scenario optimiste
Figure 04	32	Cible du Plan Stratégique UNFPA, 2014-2017
Figure 05	33	Liens entre les cadres stratégiques de développement
Figure 06	35	Logique d'intervention du programme pays
Graphique 07	37	Evolution des ressources selon l'origine des fonds
Graphique 08	38	Répartition des ressources totale par domaine d'intervention (2013-2016)
Graphique 09	38	Répartition des dépenses par domaine d'intervention (2013-2016)
Graphique 10	47	Nombre de décès maternels évités
Graphique 11	47	Evolution des décès maternels Province Kongo central
Graphique 12	48	Evolution du nombre de nouvelles adhérentes en planification familiale depuis 2013
Graphique 13	48	Evolution % structures de santé offrant au moins 3 méthodes de contraception depuis 2013
Graphique 14	49	Evolution % Points distributions n'ayant pas connu de rupture de stocks de contraceptifs
Graphique 15	49	Evolution du nombre de prestataires formés depuis 2014
Graphique 16	52	Evolution du nombre de FOSA offrant les SONU complets depuis 2013
Graphique 17	53	Evolution du nombre de Sages-Femmes formés 2013
Graphique 18	54	Evolution du nombre des cas des fistules réparées depuis 2014
Graphique 19	56	Evolution du nombre des condoms distribués depuis 2013
Graphique 20	56	Evolution du nombre des cas des IST traités auprès de jeunes de 15-24 ans
Graphique 21	57	Evolution du nombre des jeunes de 15-24 ans dépistés du VIH/SIDA
Graphique 22	59	Evolution du nombre des structures offrant des services de SR adaptés aux jeunes
Graphique 23	59	Evolution du nombre des jeunes ayant bénéficié des services et des informations sur la SSR
Graphique 24	61	Evolution du nombre victimes de VBG ayant bénéficié de l'assistance médicale
Graphique 25	62	Evolution du nombre victimes de VBG ayant bénéficié de l'assistance psychosociale
Graphique 26	64	Evolution du nombre de mécanismes de promotion de l'égalité des sexes et des droits reproductifs
Graphique 27	66	Evolution du nombre d'experts nationaux formés dans le domaine de « Population & Développement »
Graphique 28	66	Evolution du nombre de publications sur les questions de population et développement

Liste des principaux acronymes

Acronymes	Définition
ABEF	Association pour le Bien Etre Familial
ADF-Nalu	Allied Democratic Forces (Groupe de rebelles en Ouganda et RDC)
BCNUDH	Bureau Conjoint des Nations Unies pour les Droits de l'Homme
BOS	Business Operating Strategy
CERED-GL	Centre régional recherche et documentation sur les femmes, genre et construction de la paix (Région Grands Lacs)
CERF	Central Emergency Response Fund - OCHA
CHAI	Clinton Health Access Initiative
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CNCH	Cadre National de Concertation Humanitaire
CPAP	Country Programme Action Plan (Plan d'Actions du Programme Pays)
CTMP/PF	Comité Technique Permanent de la Planification Familiale (CTMP/PF)
DMU	Dispositif Minimum d'Urgence
DPS	Division Provinciale de Santé
DSRCP2	Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté de 2e génération (2011- 2015)
EDS	EDS (Enquête Démographique et de Santé)
ENHAPSE	Enquête nationale sur l'habitat et le profil socio-économique des ménages en milieu urbain
FARDC	Forces Armées de la République Démocratique du Congo
FOSA	Formation sanitaire
H6+	Initiative SG Nat. Unies, pour santé mère et enfant(BM, OMS, ONU Femmes, UNUSIDA, UNFPA, UNICEF, PAM)
HACT	Harmonized Approach for Cash Transfer
HAG	Humanitarian Country Team - Equipe Humanitaire Pays-
ICM-OMS	International Confederation of Midwives
IDH	Indice de Développement Humain
IFORD	Institut de Formation et de Recherche Démographique
IMIS-REDATAM	REtrieval of DATa for small Areas by Microcomputer
M23	Mouvement du 23 Mars, groupe rebel créé à la suite de la guerre du Kivu
MARA	Monitoring, Analysis and Reporting on Conflict-related Sexual Violence »
MGEF	Ministère du Genre, Enfant et Famille
MICS	l'Enquête par grappes à indicateurs multiples en 2010 (MICS)
MONUSCO	Mission de l'Organisation des Nations Unies pour la stabilisation en RDC
MPTF	Multi-Partner Trust Fund
OCHA	Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
ODD	Objectifs de Développement Durables
OMDs	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONGs	Organisation Non Gouvernementale
ONU femmes	Entité des Nations Unies consacrée à l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes.
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PAH	Plan d'actions humanitaire
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PF	Planification familiale
PNAM	Programme National d'Approvisionnement des Médicaments essentiels (PNAM)
PNSA	Programme National de la Santé des Adolescents (PNSA)
PNSD	Plan National Stratégique de Développement
PSNVM	Plan Stratégique National à vision multisectorielle sur la planification familiale (2014-2020)
QUIBB	Questionnaire Unifié des Indicateurs de base du bien-être
RGPH2	2e Recensement Général de la Population et de l'habitat
SEA	Sexual Exploitation and Abuse »
SMIG	Salaire minimum interprofessionnel garanti
SMNEA	Santé maternelle et néonatale, des enfants et adolescents
SNAME	Système national d'approvisionnement en médicaments essentiels (SNAME)
SNDS	Stratégie nationale de développement de la statistique (SNDS)
SNFD	Service National Femmes et Développement (SNFD)
SNU	Système des Nations Unies
SNVBG	Stratégie nationale de de lutte contre les violences basées sur le genre
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
STAREC	Stabilization and Reconstruction Plan for Eastern Democratic Republic of the Congo
UNCT	United Nations Country Team (Equipe de pays des Nations Unies)
UNDAF	United Nations Development Assistance Framework
UNDP	United Nations Development Programme
UNEG	United Nations Evaluation Group
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNFPA	United Nations Population Fund (Fonds des Nations Unies pour la population)
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'enfance)
VBG	Violence basée sur le genre
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine, / Syndrome d'immunodéficience acquise

Tableau 1 : Profil de la République Démocratique du Congo

Indicateurs	Unités	Année de référence	Niveaux	Sources
Population	millions	2015	77,4	PNSD/INS
Taux annuel moyen de croissance démographique	%		3,1	INS
Nombre moyen de personnes par ménage		2013	6	EDS2013/2014
Indice synthétique de fécondité	Enfants	2013	6,6	EDS 2013/2014
Taux de fécondité des adolescentes (15-19 ans)	‰	2013	138	EDS 2013/2014
Taux de mortalité infantile	‰	2010	58	MICS 2013/2014
Taux de mortalité infanto-juvénile	‰	2014	104	EDS 2013/2014
Taux de mortalité maternelle	100 000 naissances	2012	846	EDS 2013/2014
Pourcentage de la population de 0-15 ans	%	2015	44,8	PNSD/INS
Pourcentage de la population de 65 ans et +	%	2015	2,7	PNSD/INS
Rapport de dépendance		2015	0,904	PNSD/INS
Année d'atteinte de la fenêtre d'opportunité (dividende démographique)	Année	-	2040	PNSD
Taux de prévalence contraceptive moderne	%	2013	8,0	EDS 2013/2014
Pourcentage des structures offrant au moins 5 méthodes contraceptives modernes	%	2015	59	Enquête RHCS 2015
Pourcentage des besoins non satisfaits en planification familiale	%	2013	28	EDS 2013/2014
Pourcentage des femmes de 15-49 ans victimes de violences domestiques (physiques, sexuelles et émotionnelles) au cours de 12 derniers mois	%	2013	43	EDS 2013/2014, dans ONU-FEM-MES-CERED-GL, n.d.
Accouchements assistés	%	2013	80,1	EDS 2013/2014
PVV sous ARV	%	2012	20	PNSD
Indice de développement humain (IDH)	Rang	2014	0,414	PNSD
Indice de pauvreté	%	2012	63,4	PNSD
Part de la santé dans le budget de l'Etat	%	2014	16,04	PNSD
Taux de croissance du PIB	%	2013	8,5	BCC/FMI
Taux d'inflation, fin période	%	2013	1,07	BCC/FMI
SMIG mensuel	\$ US	2010-2013	58,8	INS/PNUD/BCC
Taux de chômage	%	2010-2012	50,2	INS
Proportion des travailleurs pauvres (vivant avec moins de 2 \$US par jour)	%	2020-2012	82,2	INS

Résumé exécutif

Objectifs et étendue de l'évaluation

1. L'évaluation du 4^{ème} Programme Pays RDC-UNFPA (PP4) avait pour but de rendre compte de la performance du programme et de fournir des évidences pour orienter la programmation.

Les principaux objectifs spécifiques sont : (i) apprécier la pertinence du programme ; (ii) évaluer l'efficacité et l'efficience, et la contribution au plan stratégique de l'UNFPA et aux objectifs nationaux de développement ; (iii) évaluer la durabilité des résultats obtenus par le programme ; (iv) analyser le positionnement stratégique de l'UNFPA et sa valeur ajoutée aux résultats de développement de la RDC ; et (v) formuler des recommandations pour le nouveau cycle de programmation. Les principaux utilisateurs des résultats de l'Évaluation seront le Conseil d'Administration de l'UNFPA, les décideurs de UNFPA et le Gouvernement de la RDC.

2. Le programme pays compte sept produits couvrant les les principaux domaines d'intervention de l'UNFPA. Ils ciblent :

- Accroissement de la demande et l'offre des services de planification familiale
- Amélioration des soins obstétricaux et néonataux d'urgence.
- Renforcement de la prévention du VIH
- Intégration des questions des jeunes et des adolescents dans les politiques et programmes.
- Prévention des violences basées sur le genre et l'assistance aux survivants.
- Promotion de l'égalité de genre et des droits reproductifs.
- Renforcement des capacités du système statistique national.

Méthodologie de l'évaluation

3. La méthodologie utilisée est conforme aux directives de l'UNFPA en matière d'évaluation de programme pays¹, adaptée au contexte de la RDC, un pays fragile en situation post conflit. L'approche a été structurée sur la base des critères et questions d'évaluation pour déterminer les méthodes et outils de collecte des informations (matrice d'évaluation).

4. Il s'est agi de : analyse documentaire, entretiens individuels semi-directifs approfondis avec des informateurs-clés (planificateurs, gestionnaire du programme et de ses composantes, partenaires d'exécution et autres parties prenantes), discussions de groupe focalisés avec les bénéficiaires directs, et observations directes des structures sur les sites de mise en œuvre. Les données issues de ces différentes sources ont été triangulées pour ne retenir que les plus pertinentes et vraisemblables.

5. L'évaluation a connu certaines difficultés dont les principales ont été : i) durée trop brève (2 semaines) pour la collecte des informations auprès de 49 structures, ii) barrières linguistiques ; iii) faible disponibilité de certains répondants à cause de la morosité du contexte politique et sécuritaire. La méthodologie a eu comme limites principales l'absence de zones/cibles témoin/contrôle. Une analyse de l'évaluabilité et l'appréciation de l'évolution des indicateurs et la reconstruction de théories de changement ont été utilisées pour faire face à cette limite.

Principaux résultats selon le critères d'évaluation

Pertinence du programme

6. Le 4^{ème} PP a répondu aux besoins des populations ciblées identifiés à travers des études rigoureuses et quelques fois par la participation des bénéficiaires dans la formulation. Toutefois, des partenaires d'exécution déplorent la conduite des planifications et revues annuelles pas toujours participative. La cohérence entre le programme et les politiques de développement peut mise en exergue, entre autres, notamment par le positionnement de la planification familiale dans le Plan national stratégique de développement (PNSD). Les priorités dans la Politique nationale

¹ Handbook : « *How to design and conduct a country Programme Evaluation in UNFPA* »

de Genre, et la stratégie nationale de lutte contre les VBG (SNVBG) ont été bien adressés par les interventions du programme, en particuliers dans les zones humanitaires. Des projets spécifiques ont visé la prévention et la prise en charge médicale et psychosociale des survivantes de VBG, y compris les mariages précoces, ainsi que la gestion des données sur les VBG. Les jeunes ont constitué une cible prioritaire, à l'occasion de l'alignement suite à la revue à mi-parcours du plan stratégique, un produit spécifique a été ajouté au cadre des résultats.

7. Par contre, si le renforcement des capacités est l'une des stratégies majeures de la stratégie nationale de développement de la statistique, la focalisation sur l'INS limite sa portée sur le système statistique national, les statistiques sectorielles et l'état civil semblant négligées.

8. Enfin, le cadre des résultats du programme montre clairement l'alignement institutionnel avec l'UNDAF, le plan d'action humanitaire et le plan stratégique UNFPA.

Efficacité et efficacité

9. En termes de résultats, le programme a contribué à un environnement favorable à la planification familiale à travers l'élaboration du Plan Stratégique, à vision multisectorielle, de la Planification Familiale (2014-2020). L'amélioration de l'approvisionnement en produits contraceptifs a réduit les ruptures de stock, alors que la distribution à base communautaire et l'implication des hommes ont contribué à accroître la disponibilité et l'accès aux services de PF, plus de 5 millions de nouvelles adhérentes ont été recrutées. Le plaidoyer en faveur de la planification familiale a permis l'adhésion du Gouvernement matérialisé par l'allocation de US \$2,5 pour l'achat de contraceptifs, dont 1 million déjà décaissés.

10. Dans le domaine de la santé maternelle, l'offre des services des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) a été accru dans les zones du programme grâce au renforcement des capacités des prestataires, l'équipement en matériel et l'approvisionnement en médicaments des formations sanitaires. L'appui à la stratégie nationale « Couverture sanitaire universelle » a été fait par la contribution à la mise en place du paquet minimum de services offert par les formations sanitaires, quoique seul un nombre limité est pour le moment concerné. Le Programme Sage-Femme est parmi les principales innovations du 4^e programme, mais son impact sur l'assistance à l'accouchement n'est pas encore très significatif car limité à la formation, le déploiement des sages-femmes formées et leur valorisation ne sont pas encore assurés.

11. Ces diverses interventions ont contribué à une baisse des décès maternels dans certaines zones couvertes par l'Initiative H6+. Mais la mobilité du personnel formé et le manque de motivation limitent l'impact de ces formations dans les zones d'intervention.

12. En ce qui concerne la lutte contre la morbidité maternelle, l'UNFPA s'est positionné comme leader dans la réparation des fistules obstétricales. Le programme a adopté une approche à deux niveaux : (i) le plaidoyer, la sensibilisation et la communication, (ii) la formation d'une masse critique de chirurgiens à travers une expertise internationale qui allie la réparation des cas au transfert de compétences, et (iii) la réparation des cas et la réinsertion socioéconomique des femmes guéries. Cette stratégie est séduisante mais le passage à l'échelle et la pérennité restent fragiles à cause de l'insuffisance des ressources.

13. Pour les jeunes et ados, le programme a développé une approche aux niveaux politique, stratégique et opérationnel. Ainsi, des mécanismes tels que les réseaux de jeunes parlementaires, les « panels de jeunes » et le conseil national de la jeunesse sont mis en place et/ou renforcés pour favoriser un dialogue entre les décideurs et les jeunes autour des questions concernant ces derniers. Cependant, pour l'accès des adolescents et jeunes aux services, la couverture nationale reste faible, la proportion de zones de santé ayant intégré le paquet de services de santé pour adolescents (SSRAJ) n'est passé que de 16 % (2013) à 23 % (2016). L'approche du programme « Jeunes pour les jeunes » impliquant les adolescents et les jeunes dans la création de la demande et l'offre de services aussi bien à travers des campagnes multi média que par les centres des

jeunes, s'est révélée particulièrement efficace, plus de 30% des nouvelles acceptantes en PF sont des jeunes de moins de 30 ans. Enfin, les interventions humanitaires ciblent en priorité les adolescents et les jeunes dans le traitement des IST et de dépistage du VIH.

14. En ce qui concerne, l'égalité de sexes et les droits reproductif, le PP4 a contribué au renforcement du cadre légal avec l'appui à la révision du Code de la famille et la loi portant modalité d'application des droits des femmes et de la parité. Le PP4 a renforcé l'engagement de la société civile, des associations de femmes et des jeunes dans la promotion des droits sexuels et reproductifs, dont une proposition de loi sur la santé de la reproduction et l'adhésion des communautés à la promotion de la PF et la lutte contre le mariage des enfants.

15. L'UNFPA, les autres organisations des Nations Unies et les autres acteurs ont fait un plaidoyer qui a contribué à une meilleure prise en compte de la question des VBG parmi les priorités nationales. La nomination de la Représentante Personnelle du Chef de l'Etat en matière de violences sexuelles en période de conflit et du recrutement des enfants soldats est un aboutissement de ce plaidoyer. Au niveau programmatique, la prise en compte des VBG dans le nouveau PNSD, et l'intégration de la prise en charge médicale des VBG dans le paquet de soins dans les FOSA. Il faut compter parmi les résultats du programme, la mise en place d'une base de données sur les VBG, accessible en ligne, qui a permis au Ministère en charge du genre d'assurer une meilleure coordination des interventions et de mener un plaidoyer basé sur des évidences.

16. Pour ce qui est de la prise en compte de la dynamique de population dans les cadres de développement, le 4^e PP a facilité l'appropriation nationale du dividende démographique (DD) grâce à la Task Force mise en place à la Primature. Le plaidoyer, les conseils et l'appui à la production des données ont contribué à l'élaboration du nouveau plan national stratégique de développement intégrant la dynamique de population, la planification familiale et les VBG. Le programme a appuyé la mise en œuvre de la stratégie nationale de développement de la statistique (SNDS) à travers la formation d'experts en collecte et analyse de données, la production de données avec les enquêtes EDS et QUIBB. Il reste que malgré les appuis apportés en termes d'expertise technique et de plaidoyer, on note peu de progrès dans l'organisation du RGPH2

17. Pour les besoins de la réponse humanitaire, aussi bien le plan de contingence que le plan d'action humanitaire intègrent les questions de santé sexuelle et reproductive (SSR) et les VBG. Les besoins spécifiques des femmes et des filles, en termes de prise en charge des femmes enceintes, des accouchements, des complications obstétricales, des VBG, parmi les populations réfugiées, les déplacées et les communautés d'accueil, sont plus ou moins couverts. Le programme appuie la mise en place du Dispositif Minimum d'Urgence (DMU) dès le début des crises humanitaires, et des projets de secours sont mis en œuvre avec les acteurs humanitaires. Les prestataires sont formés, et des kits de SR d'urgence et des kits de dignité fournis aux populations affectées. Mais, l'approvisionnement adéquat en commodités, y compris par la mobilisation de financement conséquent, permettrait de renforcer l'efficacité de la réponse humanitaire.

18. Malgré ces performances obtenues grâce à des niveaux d'exécution appréciables, et les mesures d'assurance pour la gestion rationnelle des ressources, il subsiste des aspects à améliorer pour rendre les interventions plus efficaces et les résultats plus durables.

Contribution de l'UNFPA à la coordination au sein du système des Nations Unies

19. L'UNFPA participe activement, et mieux assure un leadership effectif dans les mécanismes de coordination des Nations Unies. En tant que lead du groupe inter agence de S&E et co-lead des groupes de résultats (Effet) UNDAF sur les services sociaux de base et le VIH, UNFPA contribue substantiellement au processus UNDAF, en particulier la coordination des revues annuelles. La coordination du HACT² a permis aux agences participantes, à travers des activités conjointes, de faire des économies d'échelle. L'initiative H6+ a adressé la problématique de la santé maternelle, infantile et des adolescents en ciblant les principaux piliers du système de santé selon les avantages comparatifs des agences participantes. En milieu humanitaire, UNFPA assure la

² Approche harmonisée de transfert d'espèces aux partenaires d'exécution

coordination du sous-cluster VBG du cluster protection et le Groupe de travail SR du cluster santé.

Avantages comparatifs et valeur ajoutée

20. UNFPA a bien utilisé son expertise reconnu dans la PF, les SONU, l'approvisionnement en contraceptif, la réparation des fistules et la prise en charge médicale et psychosociale des VBG comme avantage comparatif, et complété les interventions des autres acteurs, ou comme effet catalyseur.

Principales conclusions

21. Les conclusions et les recommandations présentées dans ce résumé constituent une synthèse en référence à des problématiques de niveau stratégique.

- ✓ Le plaidoyer mené par UNFPA au niveau national et international a permis le positionnement du mandat de l'UNFPA dans l'agenda du développement national. Ce qui s'est matérialisé par un engagement formel du Gouvernement dans le financement et le repositionnement de la planification familiale dans les politiques de développement, une meilleure prise en compte des données sociodémographiques et des besoins des adolescents et jeunes dans les politiques et programmes, et l'appropriation du dividende démographique. Cependant, il faut reconnaître que ces résultats ainsi que leur durabilité restent fragiles, à cause de plusieurs facteurs de risque, dont la très forte pression sur les budgets limités du gouvernement, la polarisation du système politique, les faiblesses des services techniques, et l'insécurité dans certaines régions.
- ✓ L'évaluation montre un potentiel à développer et des innovations à porter à l'échelle. Mais les défis sont énormes pour l'UNFPA en RDC pour faire la différence dans les principaux domaines de son mandat. Pour faire face, il faudrait assurer une augmentation des moyens financiers car, par rapport aux autres agences des NU, le PP semble être sous-financé, le budget annuel équivaut à moins de 2% du budget global de l'UNFPA. Une planification plus rigoureuse impliquant les différentes parties prenantes, une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources, la disponibilité d'un personnel approprié, et un appui constant de la part du siège et du bureau régional s'avèrent essentiels pour exploiter la dynamique actuelle du bureau pays.
- ✓ UNFPA a contribué efficacement au bon fonctionnement et à la consolidation des mécanismes de coordination au sein du Système des Nations Unies, en participant activement aux groupes de travail, et en assurant le lead ou le co-lead dans plusieurs cas, contribuant à permettre aux Nations Unies de faire des progrès dans le « Delivering as one ». La participation substantielle aux initiatives conjointes dans la santé maternelle et les violences basées sur le genre a permis de mieux positionner le mandat, en particulier la santé maternelle et néonatale et les violences basées sur le genre. UNFPA a su ainsi faire prévaloir son avantage comparatif et apporter de la valeur aux résultats globaux. Par ailleurs, il y a un besoin d'élargir les partenariats et les alliances au-delà du SNU.
- ✓ Certains besoins en rapport avec le mandat de l'UNFPA ne sont pas suffisamment pris en compte dans le PP4, soit parce qu'ils sont latents et non exprimés à cause des pesanteurs socioculturelles, ou parce qu'ils dépassent les ressources et les stratégies mises en place par l'UNFPA. Il en est ainsi de : (i) la problématique des adolescents et des jeunes qui nécessitent une prise en charge holistique au-delà de la portée du programme, (ii) les besoins en données pour le développement, le programme a focalisé son appui sur l'INS et le MINIGEFAE (base des données VBG) et prête moins d'attention au suivi et évaluation des politiques de développement national et aux objectifs de développement durable, et (iii) la résilience des communautés et des institutions par le lien entre l'humanitaire et le développement.

En outre, le programme a mis en œuvre plusieurs initiatives réussies dont la réparation des fistules, la formation des sages-femmes, dont le passage à l'échelle n'est pas assuré.

Principales recommandations

- ✓ Les principaux piliers du prochain programme du pays de l'UNFPA devraient être : (i) la planification familiale et la santé sexuelle et de reproduction, (ii) l'amélioration du système de collecte et d'analyse des données, et (iii) les questions liées à la jeunesse. Les questions de genre et droits reproductifs pourraient être prises en compte dans ces 3 piliers. La traduction en réalité du dividende démographique, prenant en compte les questions des jeunes et adolescents, offre un cadre propice pour une meilleure synergie entre les composantes. Pour mieux appréhender les interrelations entre les différentes thématiques, il faudrait avec l'aide du bureau régional et le siège, à approfondir l'élaboration des théories de changement amorcées au cours de cette évaluation, avec l'implication du gouvernement et des autres partenaires afin de rallier un grand ensemble d'acteurs et de mobiliser les ressources nécessaires pour apporter une réponse appropriée aux problématiques en jeu.
- ✓ Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de plaidoyer auprès des autorités nationales (Gouvernement, Parlement et autres institutions), des leaders d'opinion et traditionnels, et des autres partenaires au développement afin d'assurer une large dissémination des résultats obtenus dans le PP4, afin de renforcer l'appropriation nationale des problématiques adressées, et mobiliser davantage de moyens internes et externes pour la consolidation des acquis et le passage à l'échelle des expériences réussies et des innovations. Pour ce dernier, il importera : (i) une analyse approfondie de tous les paramètres pertinents, surtout sur les capacités et les coûts, (ii) une démarche de gestion des connaissances par la documentation des expériences novatrices et la production des évidences dans les domaines comme la lutte contre les VBG, la réparation des fistules, le programme « sages-femmes », et la mise en œuvre de programme dans un contexte de crises, et de haute vulnérabilité.
- ✓ Renforcer l'efficacité et l'efficience du Bureau pays avec une attention particulière au domaine des ressources humaines par les actions suivantes : (i) minimiser les longs intérimis par une meilleure planification et accélération du recrutement pour les postes vacants, en mettant l'accent sur l'expérience et la créativité nécessaires pour affronter les nombreux défis, (ii) assurer une meilleure capture et transfert des enseignements et connaissances acquis grâce à un bon hand-over et un briefing systématique du nouveau staff; (iii) améliorer la synergie et le partage d'expériences entre le personnel, (iv) et assurer un programme de formation continue pour renforcer les capacités du personnel sur les nouvelles priorités et les approches transversales.
- ✓ S'appuyer davantage sur des partenariats structurés et prolongés dans le temps avec les institutions académiques et de recherche pour : (i) la conduite de recherche-action en vue d'une meilleure valorisation des données, un meilleur ciblage des bénéficiaires, en particulier les groupes les plus vulnérables, et (ii) le renforcement de l'évaluation et la documentation des innovations et des expériences réussies en vue de générer des évidences et améliorer les connaissances. Pour cela, UNFPA devrait procéder à un inventaire des institutions pertinentes et développer (ou tirer profit) des partenariats existants, y compris dans le cadre de la coopération sud-sud, triangulaire et avec le secteur privé.

1. Chapitre 1 : Introduction

Cette évaluation porte sur le 4ème Programme-Pays RDC-UNFPA (2013-2017) (PP4). En effet, l'UNFPA exige une évaluation des programmes pays au moins une fois au cours de deux cycles de programmation, afin de contribuer au renforcement de la transparence et à la redevabilité vis-à-vis du Conseil d'Administration de l'UNFPA, des donateurs, des gouvernements partenaires et des bénéficiaires. La présente évaluation rentre dans cette logique. Elle fait par ailleurs partie de l'initiative pilote des « Cluster Country Programme Evaluation » initiée par le Bureau de l'Évaluation au Siège de l'UNFPA pour tirer les leçons sur la pertinence et la performance des interventions dans des contextes de haute vulnérabilité³ en vue de proposer des recommandations stratégiques et opérationnelles pour les interventions futures.

Les premiers utilisateurs des résultats de l'Évaluation seront le Conseil d'Administration de l'UNFPA, les décideurs de UNFPA (Bureau pays, bureau régional pour l'Afrique Australe et Orientale, les divisions du siège), le Gouvernement de la RDC, les autres partenaires nationaux et les partenaires au développement.

Ce rapport donne d'abord les objectifs et l'étendue de l'évaluation ; il présente ensuite la méthodologie et le processus suivis pour la réaliser, circonscrit le contexte du pays au moment de l'élaboration du programme et au cours de sa mise en œuvre, puis s'étend sur les réponses aux questions d'évaluation portant sur la pertinence, l'efficacité, l'efficience, la durabilité, le positionnement stratégique, tout comme la valeur ajoutée et les avantages comparatifs de l'UNFPA en RDC. Enfin, le rapport présente les conclusions et fait des recommandations visant à orienter le prochain programme pays et à améliorer les programmes de développement de la RDC.

1.1. But et Objectifs de l'évaluation du programme

L'évaluation du 4ième programme pays RDC-UNFPA vise à rendre compte de la performance globale du programme et à fournir des évidences pour orienter le prochain programme pays. Ses objectifs spécifiques sont :

- a) Apprécier la pertinence des objectifs tels que définis dans le cadre des résultats, ainsi que les approches d'intervention adoptées dans l'exécution du programme ;
- b) Évaluer l'efficacité et l'efficience dans la mise en œuvre du programme en termes de : (i) Progrès vers les produits, et leur contribution aux résultats stratégiques de l'UNFPA et aux objectifs nationaux de développement, et (ii) Approche d'intervention adoptée pour réaliser les performances du programme, c'est-à-dire comment le renforcement des capacités, le partenariat, les modalités de transfert de fonds et le suivi et évaluation, ont contribué à la réalisation des résultats ;
- c) Évaluer la pérennité des interventions menées et la durabilité des résultats obtenus par le programme ;
- d) Analyser le positionnement stratégique du bureau pays au sein de la communauté des partenaires au développement, sa capacité à répondre aux besoins nationaux dans un contexte de développement en évolution, y compris les urgences humanitaires et la valeur ajoutée du programme aux résultats de développement du pays ;
- e) Tirer les principaux enseignements de la coopération passée et actuelle afin de formuler des recommandations pour le nouveau cycle de programmation.

³ Deux questions d'évaluation standard sont communes aux évaluations des pays impliqués : (i) Dans quelle mesure le programme pays a tenu compte de la vulnérabilité du pays aux catastrophes et situations d'urgence, à la fois dans la planification et la mise en œuvre ? (ii) Dans quelle mesure l'UNFPA et les partenaires ont-ils été capables de répondre aux crises humanitaires survenues au cours de la période couverte par le programme-pays

1.2. Couverture de l'évaluation (temporelle, géographique et thématique)

L'évaluation porte sur toute la période d'exécution du programme, c'est-à-dire de 2013 jusqu'au moment de l'évaluation (1^{er} trimestre/ semestre 2017). Cependant, la dernière année 2017 n'est pas vraiment prise en compte dans l'appréciation des résultats atteints. L'évaluation couvre tous les produits définis dans le cadre des résultats du programme et leur contribution aux résultats des cadres stratégiques de référence. Elle porte aussi bien sur les interventions en matière de développement et de stabilisation que sur celles réalisées dans le cadre de l'humanitaire. En plus, au niveau stratégique, elle examine les interventions de plaidoyer, de conseils et de dialogue des politiques, le renforcement des capacités, l'appui aux services et la gestion des connaissances.

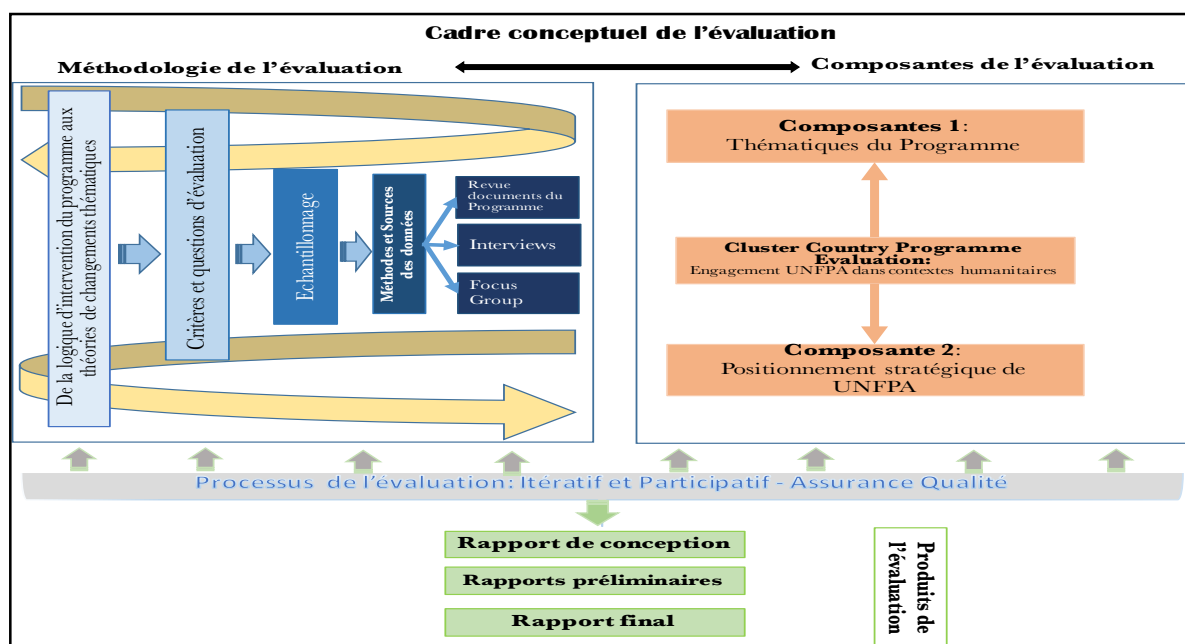
Le programme est actuellement mis en œuvre dans 12 des 26 nouvelles provinces du pays, spécifiquement à travers les bureaux décentralisés de Kinshasa, Lubumbashi et Goma, ce dernier couvrant les bureaux projets de Bukavu et Bunia.

1.3. Méthodologie et processus de l'évaluation

1.3.1. Cadre conceptuel d'évaluation

L'approche méthodologique adoptée est adaptée au contexte du programme et du pays, un pays vulnérable en situation post-conflit, tout en restant conforme aux orientations du manuel de l'UNFPA « *How to design and conduct a country programme evaluation* ». Schématiquement, l'approche méthodologique adoptée peut se résumer comme dans le graphique ci-après :

Figure 2 : Cadre conceptuel de la méthodologie de l'évaluation



Conformément aux termes de référence, l'équipe d'évaluation a été guidée par les normes établies par le Groupe d'évaluation des Nations Unies (UNEG). Les membres de l'équipe ont respecté les directives d'éthique pour les évaluateurs dans le système des Nations Unies et le Code de conduite.

1.3.2. Evaluabilité

L'appréciation de l'évaluabilité du programme est un exercice important. Elle permet de s'assurer que les conditions sont réunies pour une évaluation du programme pouvant donner des résultats utiles pour l'organisation commanditaire. De façon classique, l'évaluabilité consiste à apprécier

certaines aspects importants du programme : (i) conception du programme, (ii) existence et disponibilité des informations pertinentes, et (iii) contexte favorable : disponibilité et intérêt des parties prenantes.

Un autre aspect très important pour l'évaluabilité concerne le contexte institutionnel, notamment en termes d'opportunité et d'utilité de l'évaluation.

Le tableau ci-après présente un aperçu des résultats de l'appréciation de l'évaluabilité du programme sur la base de quelques critères :

Tableau n° 2 : Evaluabilité du programme

Domaine d'évaluabilité	Critères d'évaluabilité	Constats	Commentaire
Conception du programme	<ul style="list-style-type: none"> Cohérence Pertinence Adaptation 	<p>Même si une théorie de changement n'est pas explicitement donnée dans ce rapport, le programme présente une logique d'intervention cohérente avec des stratégies pertinentes par rapport aux principales problématiques adressées et vis-à-vis des bénéficiaires ciblés.</p> <p>La cohérence des stratégies d'intervention varie entre les produits. Certains produits comme la PF et la SR sont basées sur un cumul de l'évidence scientifique et de l'expérience globale de l'UNFPA. D'autres produits comme les Ados/jeunes et les VBG » ont une base de connaissance moins développée, et sont exécutées dans un environnement politique complexe qui ne permet pas la même cohérence et prévisibilité, ni dans les ToC ni dans les chaînes de résultats.</p> <p>Par ailleurs, l'intégration entre les produits n'est pas aussi perceptible.</p>	<p>L'équipe d'évaluation a tenté de reconstruire, avec les questionnaires du programme, des théories de changement pour les principales thématiques du programme en vue de mieux expliquer le processus de changement en mettant en évidence les liens de causalité. Cette théorie a permis de tester les hypothèses sous-jacentes des mécanismes à la base de la réalisation de chaque niveau de résultat.</p>
Existence et disponibilité des informations pertinentes	<ul style="list-style-type: none"> Système de Suivi & Evaluation Disponibilité de données désagrégées Disponibilité d'une documentation adéquate y compris les rapports et revues sur le programme 	<p>Le plan d'action du programme dispose d'un cadre des résultats, d'une matrice d'indicateurs et d'un plan de suivi et d'évaluation susceptible d'assurer la disponibilité de données sur la performance du programme.</p> <p>La matrice des indicateurs présente les situations de référence et les objectifs de performance de chaque indicateur. Un tableau de données fournit les baselines et cibles avec les valeurs des indicateurs pour les années sous revues.</p> <p>Une documentation pertinente sur le programme est disponible aussi bien en termes de rapports de projet que de rapports annuels du programme</p>	<p>En vue d'assurer la crédibilité des informations, une collecte de données complémentaires auprès des principales parties prenantes du programme comme informateurs clés a été conduite pour une analyse triangulaire des sources d'informations.</p> <p>Cette collecte d'informations complémentaire permet de combler d'éventuels gaps pour une analyse basée sur les droits et l'égalité des sexes.</p>
Contexte favorable : disponibilité et intérêt des parties prenantes.	<ul style="list-style-type: none"> Intérêt et participation des parties prenantes Disponibilité des ressources et des capacités Coordination et gestion de l'évaluation 	<p>La présente évaluation répond à une exigence organisationnelle de conduire une évaluation finale au moins une fois tous les deux cycles de programmation (Politique d'évaluation de l'UNFPA).</p> <p>Pour cette fin, il a été mis en place un groupe de référence pour assurer la participation des principales parties prenantes du programme et favoriser l'expression de leurs besoins.</p> <p>En plus, le groupe de référence doit fournir des commentaires sur tous les produits de l'évaluation.</p> <p>Un gestionnaire de l'évaluation coordonne le processus, fait le suivi et l'assurance qualité de la méthodologie et des produits de l'évaluation. Il apporte également à l'équipe d'évaluation un appui méthodologique.</p>	<p>Il importe de souligner que l'évaluation est conduite dans un contexte politique relativement agité et sécuritaire volatile. Ce faisant, l'accès à certaines zones d'intervention du programme n'a pas toujours été aisé.</p> <p>Malgré tout, les parties prenantes ont manifesté un grand intérêt et fourni des contributions aussi bien à la conception de l'évaluation que des informations sur le programme.</p> <p>Il faut reconnaître que la culture et les capacités évaluatives ne sont pas toujours développées. Si UNFPA dispose d'une pratique évaluative ; il est beaucoup moins le cas pour la partie gouvernementale et pour les partenaires de mise en œuvre.</p>

1.3.3. Les théories de changement

Des théories de changement pour les principales thématiques du programme ont été développées, de façon participative entre l'équipe d'évaluation et le staff du programme de l'UNFPA, en vue de mieux comprendre la logique d'intervention, et surtout les mécanismes et les hypothèses qui sous-tendent la réalisation ou l'atteinte des différents niveaux de résultats (Produit, effets immédiats, intermédiaires et finaux).

Ces théories de changement ont permis, dans une certaine mesure, d'expliquer dans quelle mesure les interventions du programme ont produit les résultats observés/rapportés, les contributions aux effets (changements) ou non, et de déterminer les facteurs explicatifs et éventuellement les autres facteurs contributifs. Mais il faut noter que les théories de changement restent à affiner.

1.3.4. Phases du processus d'évaluation

Le processus d'évaluation comprend cinq phases : i) *Phase préparatoire* : rédaction des termes de référence, cartographie des parties prenantes, compilation de la documentation initiale, constitution du groupe de référence ; ii) *Phase de conception* : analyse critique de la documentation, reformulation des questions d'évaluation proposées par le Bureau UNFPA, production du rapport de conception; iii) *Phase de collecte et d'analyse des données* nécessaires pour répondre aux questions d'évaluation ; iv) *Phase de rédaction du rapport* : préparation du draft 0 du rapport, feedback du bureau-pays de l'UNFPA, présentation des résultats préliminaires auprès du staff de l'UNFPA, réception des commentaires du staff de l'UNFPA, élaboration du Draft 1 du rapport, réception des commentaires de l'UNFPA, prise en compte dans la nouvelle version du rapport, partage du document auprès des membres du GRE, finalisation et dépôt du rapport final, et v) *Phase d'évaluation de la qualité du rapport*.

1.3.5. Critères et questions d'évaluation

L'évaluation a adopté les critères définis par la politique d'évaluation de l'UNFPA/UNEG⁴ : pertinence, efficacité, efficacité et durabilité. Elle a analysé également le positionnement stratégique du bureau conformément aux directives⁵ du Bureau de l'Evaluation de l'UNFPA. Sur ce, les questions d'évaluation suivantes ont été retenues :

QE1 : Les interventions du programme en matière de santé sexuelle et reproductive y compris la planification familiale, de prévention du VIH, de prévention des VBG et d'assistance aux victimes : (i) ont-elles été adaptées aux besoins des populations ciblées ? (ii) sont-elles alignées sur les politiques et programmes nationaux de développement ?

QE2 : Dans quelle mesure le programme prend-il en compte les besoins de disponibilité et d'utilisation des données sociodémographiques pour l'intégration d'analyses factuelles sur la dynamique des populations dans la formulation, la mise en œuvre et le S&E des politiques et programmes de développement ?

QE3 : Dans quelle mesure le programme pays a tenu compte de la vulnérabilité du pays aux catastrophes et situations d'urgence, à la fois dans la planification et la mise en œuvre ?

⁴ Les **critères d'évaluation** définis par la Politique d'évaluation de l'UNFPA pour les évaluations de programme pays, sont basés sur ceux de l'UNEG (United Nations Evaluation Group) et les principes du CAD/OCDE pour l'évaluation du développement, il s'agit de : Pertinence, Efficacité, Efficience et Durabilité

⁵ Les directives en matière d'évaluation de programme pays sont fournies dans le **Handbook** : « *How to design and conduct a country programme evaluation at UNFPA* »

QE4 : Dans quelle mesure les produits du programme définis dans le cadre des résultats ont-ils été atteints, notamment en ce qui concerne i) l'accès aux services de la SR, de SONU, de PF et la prise en charge des victimes des VBG ; ii) la disponibilité et l'utilisation des données ?

QE5 : Dans quelle mesure l'UNFPA et les partenaires ont-ils été capables de répondre aux crises humanitaires survenues au cours de la période couverte par le programme-pays ?

QE6 : Les ressources du programme (humaines, financières et techniques) ont-elles été utilisées de façon optimale pour les résultats réalisés ? Comment les approches et les outils ont-ils été combinés dans la mise en œuvre des stratégies en vue d'améliorer les performances ?

QE7 : Dans quelle mesure la mise en œuvre du programme aura permis de favoriser l'appropriation, la pérennisation des interventions et la résilience des structures appropriées, les organisations des jeunes et des femmes, à faire face à des chocs/crises éventuels ?

QE8 : Quelle est la contribution du bureau pays UNFPA au bon fonctionnement et à la consolidation des mécanismes de coordination au sein du système des Nations Unies en RDC ?

QE9 : Quels sont les principaux avantages comparatifs de l'UNFPA dans le pays, en particulier en comparaison avec d'autres acteurs du développement, y compris les agences des Nations Unies ?

QE10 : Quelle est la principale valeur ajoutée de l'UNFPA dans les résultats observés dans les différents domaines d'intervention de l'UNFPA dans le contexte d'un pays comme la RDC ?

Dans ce rapport et dans l'analyse, ces deux dernières questions (QE09 et QE10) ont été traitées ensemble en appréciant comment UNFPA a utilisé son avantage comparatif dans les principaux domaines d'interventions pour apporter de la valeur ajoutée.

La correspondance entre les questions et les critères d'évaluation est présentée au tableau 2

Tableau 3 : Concordance entre les critères et les questions d'évaluation

Critères	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10
Pertinence	X	X	X							
Efficacité				X	X					
Efficiéce						X				
Durabilité							X			
Positionnement stratégique								X	X	X

Les questions d'évaluation ont été transformées en besoins d'informations dans la matrice d'évaluation (annexe 2). Cette matrice a servi à la fois d'instrument de collecte et d'analyse des données. Elle a permis d'identifier les données à collecter, à travers l'élaboration des hypothèses, la définition des indicateurs, des sources et des méthodes de collecte de données pour chaque question d'évaluation. La matrice d'évaluation a été le principal outil de structuration de la collecte des données et de rapportage, permettant de transcrire les évidences recueillies dans les différentes sources.

1.3.6. Collecte des données sur terrain

Pour répondre aux questions-clés de l'évaluation, les évaluateurs ont recouru à quatre principales méthodes et techniques de collecte de données: l'analyse documentaire, les entretiens semi-directifs approfondis avec des informateurs clés (planificateurs, gestionnaires du programme et de ses différentes composantes, partenaires d'exécution, autres parties prenantes impliquées dans la mise en œuvre du programme et d'autres partenaires stratégiques), les discussions de groupes focalisés (essentiellement avec les bénéficiaires directs du programme) et les observations directes des structures sur les sites de mise en œuvre du programme. Ils ont ainsi procédé à la collecte des données primaires et des données secondaires. Les données primaires ont été directement collectées à partir des interviews semi-directives auprès des informateurs-clés, lors de discussions de groupes avec les bénéficiaires et à partir des visites sur terrain. Les

données secondaires ont été tirées des rapports de diverses études voir annexes (EDS et autres), de divers documents et autres rapports techniques et administratifs mis à la disposition des évaluateurs par l'UNFPA et par d'autres partenaires de mise en œuvre.

☞ **Echantillonnage**

La cartographie des parties prenantes a servi de base d'échantillonnage pour la sélection des parties prenantes à interroger : partenaires, bénéficiaires et autres structures concernées autant pour les interviews semi-structurées que pour les focus-groups, et les zones d'intervention à visiter.

Une stratification a été faite à plusieurs niveaux, d'abord sur la base des Produits du programme, mais également sur la base des thématiques pouvant se retrouver au niveau de ces produits. Selon les interventions mises en œuvre, les zones d'intervention ont été sélectionnées en conséquence sur la base de critères représentatifs (développement/humanitaire, intensité de la mise en œuvre, zones défavorisées/difficulté d'accès aux services, etc.). Les parties prenantes, y compris les bénéficiaires, ont été choisies selon les principes de genre et l'approche basée sur les droits.

L'échantillonnage prend en compte l'intensité et la nature des interventions, ainsi que les difficultés relatives à l'accès à certaines zones d'interventions pour des raisons de sécurité.

Tableau 4 : Répartition des structures interviewées par thématique aux niveaux central et décentralisé

Produits du CPAP	Thématique	Nombre structures du niveau central interviewées	Nombre structures du niveau décentralisé interviewées (Bureau Décentralisé de Kinshasa)	Nombre structures du niveau décentralisé interviewées (Bureau Décentralisé de Lubumbashi)	Nombre structures du niveau décentralisé interviewées (Bureau Décentralisé de Goma)	Nombre Total Structures Interviewées
Produit 1	PF	4	6	3	6	19
	UNFPA Supply	8	2	1	3	14
Produit 2	Santé Maternelle	5	6	2	10	23
	Sage-femme	3	1	-	-	4
	Fistule	2	2	1	1	6
Produit 3	VIH	3	2	-	6	11
Produit 4	Ados & Jeunes	6	-	1	-	7
Produit 5	Violence sexuelle & basée sur le genre	5	-	3	3	11
Produit 6	Genre & Droits Reproductifs	5	-	2	9	16
Produit 7	Dynamique. Pop.	7	-	-	-	7
Humanitaire	Humanitaire	1	-	1	10	12
Ensemble structures interviewées		49	19	14	48	130

☞ **Analyse documentaire**

Pour le besoin de cette évaluation, le bureau-pays de l'UNFPA-RDC a mis à la disposition des évaluateurs plusieurs documents programmatiques, stratégiques et des politiques incluant notamment les documents du 4^{ème} programme-pays, les rapports de revues annuelles, le rapport d'évaluation du 3^{ème} programme-pays, les différents rapports de suivi et d'évaluation, les rapports d'évaluation thématique, le plan stratégique UNFPA 2013-2017, les plans de travail annuels, le plan d'action humanitaire de l'UNFPA, , le Plan-cadre des Nations unies pour l'assistance au développement (UNDAF), le Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvret (DSCRPII), les documents de politique sectorielles (Plan National du Développement Sanitaire (2011-2015), Plan stratégique PF, Politique Jeunesse, Stratégie de lutte contre les VBG, etc.).

En plus de ces documents, les évaluateurs ont également recueilli et analysé les rapports de certaines études et enquêtes spécifiques comme le rapport de l'Enquête démographique et de Santé de la RDC de 2013-2014, le rapport sur l'ampleur de violences sexuelles et basées sur le genre de Ministère de Genre de 2013, le rapport de l'étude sur la Typologie et la Cartographie des violences sexuelles et basées sur le genre du CERED-GL de 2015, etc.

☞ **Interviews semi-directives approfondies et Discussions des groupes focalisés**

Plusieurs interviews semi-directives approfondies ont été réalisées avec des informateurs-clés et auprès des bénéficiaires. Ces interviews ont visé les responsables des ministères et services publics centraux (Ministères du plan, de la Coopération, de la Santé, de la Jeunesse, du Genre, des Affaires Sociales, etc.) et provinciaux (Inspections provinciales de la Santé, Divisions provinciales du Genre, etc.) impliqués dans la mise en œuvre du programme, les responsables des programmes du bureau-pays de l'UNFPA-RDC, les responsables des bureaux décentralisés de l'UNFPA, les partenaires de mise en œuvre, les organisations de la société civile, les bailleurs et d'autres agences du système des Nations-Unies. Par ailleurs, un membre de l'équipe a pu observer « l'UNFPA au travail » à travers sa présence à la revue annuelle du Programme-Pays, organisée par le Gouvernement en novembre 2016, et d'autres rencontres programmatiques. Les évaluateurs ont également rencontré des bénéficiaires directs pour des discussions de groupes, notamment au camp de Mugunga II au Nord-Kivu, à Nundu au Sud-Kivu, au Centre Médical Beniker à Lubumbashi, au Centre Sidiki Coulibaly à l'Université de Kinshasa, etc.

☞ **Visites des structures et des bénéficiaires**

Des visites des structures ont été organisées, tant à Kinshasa qu'en provinces, notamment pour se rendre compte des conditions dans lesquelles les activités ont été menées et recueillir les avis des partenaires de mise en œuvre et des bénéficiaires. Signalons aussi que des visites de terrain se sont réalisées tant au niveau stratégique qu'au niveau opérationnel. Au niveau stratégique, des entretiens ont été réalisées avec les responsables des ministères (Ministère de la Santé, Ministère du Genre, Ministère du Plan, GTI), du bureau-pays de l'UNFPA (Représentante, Deputy, les responsables de programmes, les bureaux décentralisés de Kinshasa, du Nord-Kivu et du Haut-Katanga), d'autres agences et personnalités du système des Nations Unies. Au niveau opérationnel, des missions de collecte des données ont été réalisées auprès de certains partenaires à Kinshasa, au Haut-Katanga (Lubumbashi), au Nord-Kivu (Goma et Camps de Mugunga II), au Sud-Kivu (Bukavu et Nundu), au Kongo-Central (Matadi et Kimpese). L'objectif était de visiter au moins une structure pour chacun des 7 produits du programme.

☞ **Analyse, interprétation des données et validation**

L'analyse et l'interprétation des données collectées se sont réalisées en trois principales étapes : (i) la sélection des données nécessaires en vue d'identifier des éléments de preuve pour informer chaque indicateur, (ii) l'interprétation des données afin de dégager des constatations fondées sur des preuves, et (iii) la formulation des réponses aux questions d'évaluation fondées sur la base d'un raisonnement cohérent.

En plus de l'analyse de contenu et des analyses descriptives et statistiques simples des données recueillies, l'analyse et l'interprétation des données collectées ont été réalisées en recourant à la triangulation des données, des sources, des outils et des approches et aux techniques de validation, notamment pour des raisons de cohérence. Par exemple, les données secondaires ont été rapprochées aux données primaires, notamment pour s'assurer de leurs validités. Les approches qualitatives ont été enrichies des approches quantitatives. Dans la mesure du possible, les données, particulièrement les données secondaires, ont été désagrégées par sexe.

Un processus de validation itératif avec le recoupement des informations et le partage des données recueillies avec des personnes ressources a été mis en place pour s'assurer de la qualité des données à analyser. Les rencontres de debriefing avec le bureau pays et les échanges avec le

Groupe de référence (examen rapport de démarrage et du rapport intérimaire) ont également été des opportunités de feedback pour consolider l'analyse.

☞ **Difficultés rencontrées**

L'équipe d'évaluateurs a rencontré beaucoup de difficultés durant tout le processus d'évaluation, particulièrement durant la phase de collecte des données sur terrain. La difficulté la plus importante est celle de la durée trop brève consacrée à la collecte des informations, même si la période a été étendue pour Kinshasa. En effet, la durée prévue pour la collecte des données, deux semaines (une à Kinshasa et une dans les provinces), s'est révélée largement insuffisante pour rencontrer les 46 structures sélectionnées dans l'échantillon, dont 26 à Kinshasa, 7 pour le bureau décentralisé de Kinshasa, 4 pour le bureau décentralisé de Lubumbashi et 8 pour le bureau décentralisé de Goma. Pour contourner cette difficulté, à Kinshasa, les contacts avec certains partenaires ont continué au-delà de la période officielle de collecte des données. De même, à Kinshasa, comme en provinces, le recours aux données secondaires tirées des divers rapports, publications, plans nationaux de développement, etc. ont permis de limiter cette difficulté.

Une autre difficulté est celle liée à certaines barrières linguistiques. En effet, dans certains cas, les bénéficiaires, particulièrement avec quelques réfugiés burundais à Nundu au Sud-Kivu, quelques déplacés internes du Camp de Mugunga II et les victimes de viols et les femmes réparées des fistules obstétricales à l'hôpital de Keyshero au Nord-Kivu et au CM Beniker à Lubumbashi. Certains réfugiés burundais à Nundu ne parlaient ni swahili, ni français. A Mugunga II et à l'hôpital de Kyeshero, quasiment tous les déplacés internes et les survivantes de violence sexuelle ne s'exprimaient qu'en swahili. Enfin, la morosité du contexte politique qui a prévalu au moment de l'évaluation (négociations politiques agitées entre acteurs politiques et sociaux, situation sécuritaire volatile, etc.) a impacté sur la disponibilité de certains répondants principaux.

Précisément, les principales limites de l'évaluation ont été les suivantes :

☞ **Faible disponibilité des plans de travail annuels (PTA) auprès des partenaires**

Malgré l'importance des PTA en termes de contractualisation entre les partenaires et l'UNFPA dans le cadre de la mise en œuvre du programme, certains partenaires n'ont pas pu mettre à la disposition de l'équipe les PTA signés avec l'UNFPA. Pour certains partenaires, particulièrement ceux du niveau provincial, les PTA se trouvaient au niveau national, c'est-à-dire à Kinshasa et pour d'autres, le système d'archivage n'était pas adéquat. C'est ainsi qu'il leur était difficile de retrouver les PTA, surtout pour des années antérieures. Enfin, d'autres partenaires ont fait observer que dès que signés par eux et envoyés au bureau central de l'UNFPA, les PTA ne leur reviennent jamais. Enfin, le système récemment mis en place en 2015 par l'UNFPA consistant à identifier des partenaires-clés avec qui il signe des PTA groupés pour l'ensemble d'autres partenaires ne permet pas, aux dires de ces partenaires, de suivre correctement les activités qui leur reviennent. Pour contourner cette difficulté, l'équipe d'évaluation s'en est remise aux chargés des programmes de l'UNFPA et aux différents rapports d'évaluation et de revue mis à leur disposition par UNFPA.

☞ **Faible rapportage et documentation de réalisations chez les partenaires d'exécution**

Chez quasiment tous les partenaires, l'équipe d'évaluation a observé un très faible rapportage des activités et une très faible documentation des réalisations et parfois de bonnes pratiques, avec comme conséquence une faible documentation des évidences. Le recours aux entretiens directs avec les responsables des structures de mise en œuvre sur les principales réalisations depuis le début du programme triangulé par les entretiens avec les bénéficiaires et l'observation des structures appuyées ont permis de contourner partiellement cette difficulté.

☞ **Faible capacité auto-évaluative des structures et partenaire**

Dans pratiquement aucune structure de mise en œuvre visitée il a été mis à la disposition des évaluateurs des rapports sur la mise en œuvre du programme. Or ces évaluations auraient pu fournir déjà des indications sur la façon dont les activités ont été menées et sur des évidences.

☞ **Insuffisance de données pour une analyse basée sur le genre et les droits humains**

L'échantillon a été élaboré de sorte à donner une relative représentation entre les sexes et la prise en compte des groupes défavorisés, d'une part, et dans le souci d'appliquer une approche basée sur les droits, de représenter autant que possibles les institutions responsables d'assurer les obligations de fournir les services attendus et les bénéficiaires de démontrer ou non l'effectivité de leurs droits, d'autre part.

1.3.7. Limites de l'évaluation

L'une des principales limites de cette évaluation pourrait être le manque de zone de contrôle/témoin pour pouvoir attribuer de façon plus rigoureuse au programme les changements observés dans les zones de mise en œuvre du programme. Devant l'absence de ces zones témoins, la méthode utilisée pour apprécier les changements dans les zones de mise en œuvre a consisté en une mesure avant et après le programme, se basant principalement sur les indicateurs du programme. A ce niveau, l'équipe d'évaluation a procédé au contrôle qualité des indicateurs et des données. Par ailleurs, les théories de changements qui ont été développées ont pu permettre, dans une certaine mesure, de renforcer l'analyse de la contribution des interventions du programme dans ces résultats, et d'identifier de probables facteurs confondants.

1.3.8. Considérations éthiques et code de conduite

Au cours de l'évaluation, plusieurs précautions ont été prises pour assurer la protection des droits des répondants. Les principes éthiques du respect ont été appliqués dans la sélection des répondants. Le consentement éclairé a été sollicité avant les entretiens et les données collectées ont été traitées de manière confidentielle garantissant l'anonymat des personnes interrogées et la confidentialité des informateurs individuels.

Les consultants ont recherché des informations crédibles basées sur des données et des observations fiables suivant les lignes directrices éthiques et les normes d'évaluation du GNUE dans le système des Nations Unies. L'équipe d'évaluation a adhéré à des mécanismes et des mesures pour s'assurer que le processus d'évaluation était conforme aux normes éthiques pertinentes. Les conclusions et les recommandations ont été faites sur la base des constatations, des jugements et des leçons apprises, reflétant de manière appropriée la qualité de la méthodologie, des procédures et de l'analyse utilisées lors de la collecte et de l'interprétation des données. L'équipe a suivi le manuel d'évaluation qui fournissait des lignes directrices sur la façon de concevoir et de mener l'évaluation de programme pays, un outil utile pour parvenir à un consensus sur la terminologie et les méthodes utilisées dans l'évaluation et les résultats rapportés.

2. Chapitre 2 : Contexte du pays

2.1. Défis en matière de développement et stratégies nationales

2.1.1. Le contexte politique, économique et social

La République Démocratique du Congo (RDC) est le 2^{ème} pays le plus vaste d'Afrique (2 345 095 km²) après l'Algérie (2 380 000 km²). Elle est située au cœur du continent et partage avec ses 9 pays voisins 10 347 km de frontière, dont 5 536 km de frontière liquide et 4 811 km de frontière terrestre (Lubiku 2016). L'incertitude sur la taille de sa population, estimée à 77,5 millions d'habitants en 2015 (INS dans PNSD 2016) est l'un des défis majeurs des liens entre la population et ses besoins de développement, le pays n'ayant organisé qu'un seul recensement (en 1984), depuis son accession à l'indépendance en 1960. Sa population est composée majoritairement (65 %) des jeunes, adolescents et enfants de moins de 25 ans. Le taux annuel moyen de sa croissance démographique est de 3,1%, à cause entre autres d'une forte fécondité (6,6 enfants par femme) et d'une faible prévalence contraceptive (8 %) (EDS-RDC 2013).

La RDC est dotée d'immenses ressources naturelles minérales, forestières, hydrographiques. Depuis l'indépendance le 30 juin 1960, la RDC a connu et connaît encore une situation politique

tumultueuse : sécessions et rébellions dès le lendemain de l'indépendance (1960-1965), dictature et monopartisme pendant 32 ans (1965-1997), rébellions, prolifération des groupes armés à l'Est du pays, crises électorales, divergences au sein de la classe politique, insécurité, etc. Lancé le 24 avril 1990, le processus de démocratisation du pays tend à se consolider mais est toujours inachevé. Sa Constitution actuelle, votée par référendum le 18 février 2006, consacre le principe démocratique, le pluralisme politique, l'organisation et l'exercice du pouvoir, et la restructuration administrative du pays de 11 à 26 provinces, y compris la Ville province de Kinshasa. Cette nouvelle structuration est devenue effective en 2015, soit pendant la mise en œuvre du 4ème programme. Les premières élections présidentielles et législatives démocratiques ont été organisées en 2006, puis sont venues celles de 2011, et le pays se prépare à les organiser pour la 3ème fois. Entretemps, la RDC est plongée dans d'importantes divergences de la classe politique, notamment autour de l'organisation des élections et de l'alternance au pouvoir, dans la fragilisation de l'Etat, et dans une énième crise politique.

La situation sécuritaire du pays est restée volatile au cours de la période à cause notamment de cette crise et instabilité politique. La persistance de cette situation est exacerbée par les difficultés à : (i) résoudre le problème des groupes armés ; (ii) mettre un terme aux rivalités des élites et affaiblir les bases de ressources des groupes armés ; (iii) gérer efficacement le processus de démobilisation-désarmement-réinsertion (DDR) des anciens soldats, (iv) apaiser les conflits fonciers ; et (v) organiser les élections locales en vue d'améliorer la gouvernance locale. Tous ces éléments sont considérés comme étant à la base des guerres et de l'insécurité récurrentes dans le pays, notamment à l'Est⁶. Les urgences humanitaires sont fréquentes du fait des attaques régulières par des groupes armés dans cette partie du pays, des troubles politiques et quelques fois des catastrophes naturelles ou des épidémies. Elles le sont aussi suite à l'instabilité politique dans certains pays frontaliers de la région des Grands Lacs.

2.1.2. La situation économique

Des avancées importantes sont signalées et reconnues sur le plan économique au moment de la mise en œuvre du 4ème Programme Pays et quelques années auparavant, notamment la stabilisation du cadre macroéconomique, la relance et la consolidation de la croissance économique, l'amélioration des infrastructures. L'économie de la RDC aura été parmi les plus dynamiques de l'Afrique et du monde (Ngonga Nzinga et Tombola Moke, 2015 : 79), avec un taux moyen de croissance de 7,8 % entre 2009 et 2014 (un record de 9,5 % en 2014) et un taux d'inflation bas depuis 2012. (Tableau 4).

Tableau 5 : Dynamique de l'économie congolaise entre 2010 et 2015.

Année	Croissance du PIB (en %)		Inflation, fin période (en %)	
	RDC	Afrique subsaharienne	RDC	Afrique subsaharienne
2010	7,1	6,7	9,8	7,7
2011	6,9	5,0	15,4	10,2
2012	7,1	4,6	2,7	8,1
2013	8,5	5,0	1,07	6,2
2014	9,5	5,0	1,03	6,2
2015(1)	8,4	4,5	0,66	7,4

(1) Situation provisoire à fin juin 2015

Source : BCC (2015) et FMI (2015) dans Ngonga Nzinga et Tombola Moke, 2015 : 51.

Néanmoins, la croissance économique en RDC est restée peu inclusive, sans effet substantiel sur la pauvreté, laquelle reste très élevée. Peu d'investissements ont été faits dans le domaine du social. Cela est généralement expliqué par les faits suivants : i) une croissance économique basée

⁶ Stearns, Verweijen et Eriksson Baaz, 2008

essentiellement sur l'économie extractive (49,1 % en 2013), ii) l'assiette fiscale demeure faible et par conséquent la mobilisation des recettes est résiduelle, à cause notamment de la corruption et de la faiblesse de l'Etat, et iii) la répartition du revenu national à l'ensemble de la population est inégale. Le budget de l'Etat congolais est très faible : autour de 7 milliards de dollars US en 2017⁷. Les investissements, notamment les investissements étrangers, ont été timides à cause de l'instabilité ; la production des biens et services, plus particulièrement celle des produits agricoles, a été difficile dans les régions en conflit ou en insécurité. Une bonne proportion des maigres ressources financières mobilisées par l'Etat est allouée au secteur de la sécurité et à l'effort de guerre.

De ce qui précède, Ngonga Nzinga et Tombola Moke font remarquer que « pour une croissance inclusive, il faut, entre autres choses, i) faire inscrire sur la durée la croissance économique pour faire bénéficier de ses fruits à une frange plus large de la population, ii) négocier la transition démographique dans un contexte de baisse de taux de mortalité en élargissant le programme de planification des naissances à l'effet de baisser le taux de fécondité et d'enclencher la modification de la pyramide des âges et le dividende démographique » (ibidem, page 49).

2.1.3. Les stratégies nationales de développement

Entre 2009 et 2012, le Gouvernement a recherché le développement essentiellement à partir des Programmes Economiques du Gouvernement : PEG1 (2002-2005) et PEG2 (2009-2012). Ces programmes visaient surtout la consolidation de la stabilité macroéconomique, l'amélioration de la gestion des affaires publiques, le renforcement de l'indépendance de la Banque Centrale et l'assainissement du climat des affaires (RDC, 2016). Au moment du lancement du 4ème Programme RDC-UNFPA en 2013, le défi majeur auquel le pays faisait face en matière de développement est la pauvreté. C'est pourquoi, la RDC avait lancé la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté de deuxième génération (DSCR-2, 2011-2015), dont l'objectif principal était l'amélioration sensible des conditions de vie de la population, grâce à : i) une croissance économique annuelle de 7,2 % respectueuse de l'environnement ; ii) la réduction de l'incidence de la pauvreté d'environ 11 points pour la situer à 60 % en 2015 ; iii) la création d'un million d'emplois décents par an ; iv) la maîtrise de l'inflation à un niveau moyen annuel de 9 %.

En particulier, le troisième pilier du DSCR-2 visait l'amélioration de l'accès aux services sociaux de base et le renforcement du capital humain, avec comme axes prioritaires : 1) le renforcement du capital humain, 2) la lutte contre le VIH/SIDA, 3) la réduction des inégalités, et 4) l'amélioration du cadre de vie.

D'après l'évaluation qui en a été faite, il a été noté les performances ci-après : accroissement des taux de scolarisation, de la couverture vaccinale, de la couverture sanitaire ; baisse des maladies endémiques (Min Plan & CEPAS, 2016). Mais il a été précisé que « ces résultats encourageants sont cependant insuffisants au regard des besoins d'une population croissante, et d'une demande de services de plus en plus diversifiée, et des capacités financières des populations limitées et inégalement réparties (socialement et géographiquement) » (ibidem).

2.1.4. Etat général de pauvreté de la population

En 2015, la RDC s'est classée au 176ème rang sur 188 pays pour l'Indice de Développement Humain (IDH), elle a ainsi gagné 11 points par rapport à 2014. L'incidence de la pauvreté était estimée à 63 %⁸ en 2012 ; 42,7 % d'enfants de moins de 5 ans souffraient d'insuffisance pondérale ; 50,4 % seulement de la population avaient accès à une source d'eau améliorée ; le taux de prévalence du VIH est de 1,2 % (EDS-RDC2013, 2014). Entre 2010 et 2012, le taux de chômage était de 50,2 %, le SMIG mensuel de 58,8 USD et la proportion des travailleurs pauvres, c'est-à-dire vivant avec moins de 2 USD par jour de 82,2 % (Ngonga Nzinga et Tombola Moke, 2015 : 56).

⁷ RDC-Ministère du Budget, 2016.

⁸ RDC : Résultats de l'enquête 1-2-3, 2012

A peine 11,2% de la population en âge d'activité avait un emploi salarié, la quasi-totalité se débrouillant dans le secteur informel.

2.1.5. Santé maternelle

Au moment du lancement du 4^{ème} PP UNFPA-RDC, l'état de la santé maternelle était préoccupant. Le taux de mortalité maternelle demeure très élevé quoiqu'accusant une légère baisse : 930 décès pour 100 000 naissances en 2007 à 846 pour 100 000 naissances en 2012 (EDS-RDC 2013, 2014). Des comportements à risque contribuent à cette situation. En effet, 29,3 % des femmes enceintes avaient effectué leur première consultation prénatale très tardivement, au 6^{ème} ou 7^{ème} mois. Et 40,7 % l'ont fait au 4^{ème} ou 5^{ème} mois de la grossesse. Il n'y a que 48 % des femmes qui ont effectué au moins quatre visites prénatales avant l'accouchement (EDS-RDC2013, 2014).

A ces comportements à risque s'ajoute la faiblesse de l'offre des services. Par exemple, bien que 80 % des accouchements aient été assistés par un personnel formé, seulement 7,4 % l'ont été par des médecins, et 3,1 % par des sages-femmes. La plupart des structures sanitaires ne disposent donc pas d'un personnel médical qualifié et suffisant pour faire face aux besoins dans ce domaine. On note aussi un faible accès aux soins obstétricaux : une infime proportion de centres de santé ou d'institutions hospitalières en général offrent un plateau technique des SONU dans presque toutes les provinces, y compris dans la ville de Kinshasa. Environ 40 000 femmes en RDC souffrent de la fistule obstétricale.

Cette situation était censée s'améliorer grâce au Plan National de Développement Sanitaire, plus particulièrement au Programme National de Santé de la Reproduction.

2.1.6. Planification familiale

La situation préoccupante de la PF est de l'élaboration du Plan Stratégique National à vision multisectorielle sur la planification familiale (PSNVM). Le taux de prévalence contraceptive (méthodes modernes) chez les femmes de 15-49 ans non enceintes était de 8 % en 2013 (contre 11 % pour les méthodes traditionnelles), soit en légère augmentation par rapport à 2007, alors qu'il se situait à 6 % (EDS-RDC2013, 2014). Et pourtant, la sexualité était intense : 59,3 % des femmes avaient eu des rapports sexuels au cours des 4 dernières semaines précédant l'enquête EDS de 2013 ; alors que 90,6 % de femmes et 98,4 % d'hommes avaient une bonne connaissance des méthodes de planification familiale.

Environ 28% des femmes en union avaient des besoins en matière de planification familiale non satisfaits (21 % pour l'espacement des naissances et 7 % pour la limitation des naissances) contre 20 % dont les besoins étaient satisfaits ; soit une proportion totale de 48 % des femmes qui avaient des besoins en planification familiale. Mais seulement 16 % de ces besoins étaient satisfaits pour les méthodes modernes de planification familiale (EDS-RDC, op.cit.).

Selon la même source, l'approvisionnement en contraceptifs se faisait surtout dans les pharmacies (45,1 %), puis dans les hôpitaux publics (19,5 %), les centres de santé publics (8,5 %), auprès des amis et parents (6,1 %) et des hôpitaux privés (4,7 %). L'enquête sur la sécurisation des produits de santé de la reproduction renseigne qu'environ 59 % des points de prestation de services offrent au moins 5 méthodes contraceptives modernes⁹.

Des facteurs socioculturels continuaient à influencer le faible usage de la contraception. Ces facteurs sont notamment les inégalités de genre, la perception de la femme comme une machine à reproduction des enfants, la méconnaissance des droits reproductifs et particulièrement du droit des femmes à utiliser une méthode de PF, l'absence d'une législation claire favorable à la PF, la préférence pour une fécondité nombreuse. Le nombre idéal d'enfants était de 6,1, tandis que

⁹ Evaluation des indicateurs pour le suivi du programme de sécurisation de produits de santé de la reproduction en RDC, Rapport de l'enquête 2016

23,4 % seulement de femmes, contre 23,7 % d'hommes, désiraient limiter le nombre d'enfants procréés (RDC-EDS 2013, 2014). Le faible niveau d'instruction, le fait d'habiter en milieu rural et le niveau de pauvreté apparaissent comme les principaux déterminants aussi bien de la faible prévalence contraceptive que du faible désir de limiter les naissances.

2.1.7. Jeunes et adolescents

La population de la RDC est constituée en majeure partie (65,5 %) des enfants, adolescents et jeunes âgés de moins de 25 ans. La jeunesse et l'adolescence sont des moments clés au cours desquels s'apprennent où s'amorcent les comportements en matière de reproduction. Cela s'observe à travers la précocité et l'intensité de la sexualité, des unions libres et de la fécondité. D'après l'EDS 2013, l'âge médian aux premiers rapports sexuels était de 16,8 ans chez les femmes et 17,7 ans chez les hommes. On n'observe aucun changement sur ces comportements par rapport à 2007. Cependant, l'usage des méthodes contraceptives était très faible : 11,3 % pour les adolescentes et 22,4 % chez les adolescents (EDS-RDC2013, 2014).

Pour ce qui est des unions conjugales, l'âge médian à la première union des femmes de 20-49 ans est précoce (18,8 ans), ce qui, avec la faible utilisation des méthodes contraceptives, contribue à des taux élevés de la fécondité des adolescentes : 138 ‰ en 2013¹⁰. Les données renseignent que 6 % des adolescentes étaient enceintes au moment de l'enquête EDS (EDS-RDC 2013).

S'agissant de leur activité économique, une proportion importante de jeunes et adolescents de 15 à 19 ans (40,9 %) et de 20 à 24 ans (61,7 %) travaillait déjà en 2013. On constate aussi que 20,7 % d'enfants de 5 à 17 ans ont participé à des activités économiques ; et que 21,2 % d'enfants de ces âges l'ont fait dans des limites tolérables. Ces travaux se font surtout dans le cadre des « entreprises familiales » (MICS 2010 : 162).

Les adolescents et jeunes se caractérisent aussi par une forte vulnérabilité : 16,8 % ne vivaient pas avec leurs pères alors que ces derniers étaient en vie ; et 4,7 % ne vivaient pas avec leurs mères alors que celles-ci étaient en vie (EDS-RDC2013, 2014 : 438).

2.1.8. VIH

En 2013, le taux de prévalence du VIH observé par l'enquête EDS était de 1,2 % chez les adultes âgés de 15-49 ans ; il était trois fois plus élevé chez les femmes (1,6 %) par rapport aux hommes (0,6 %). Le taux le plus élevé est observé chez les personnes âgées de 35-39 ans : 1,9 %, et celui le plus faible chez les jeunes de 15-19 ans (0,5 %) avec un taux plus élevé pour les filles. Le taux de prévalence du VIH des jeunes et adolescentes était plus élevé que celui des jeunes et adolescents.

Il y a une stagnation du taux de prévalence du VIH autour de 1,2 % depuis 2001. Il est aussi fait état d'une diminution des nouvelles infections, dont le nombre serait passé de 41 000 en 2009 à 34 000 en 2013, ainsi qu'une réduction des décès dus au VIH qui seraient passés de 39 000 décès en 2009 à 25 000 décès en 2013 (EDS-RDC2013, 2014). Le niveau des connaissances approfondies sur le VIH a connu une augmentation entre 2007 (4 %) et 2013 (19,2 %), tout comme l'accès aux antirétroviraux (ARV) : le nombre annuel de femmes enceintes recevant des ARV pour éliminer la transmission mère-enfant a plus que doublé, passant de 4 176 en 2012 à 10 560 à la fin de 2014.

Cependant, et comme signalé ci-dessus, les populations, plus particulièrement les adolescents et jeunes, continuaient à afficher des comportements à risque, qui s'observent par la multiplicité des partenaires occasionnels, le faible usage des méthodes contraceptives, etc.

2.1.9. Genre et Droits reproductifs

La problématique du genre et droits reproductifs en RDC tourne autour de deux faits apparemment contradictoires. Le premier est le niveau élevé des violations des droits

¹⁰ Ceci veut dire que 1 adolescente de 15-19 ans sur 10 avait déjà mis au monde un enfant.

reproductifs et des inégalités de genre, avec une sorte de résignation des populations face à ces fléaux, et le deuxième est la volonté politique de lutter contre ces violations et inégalités.

Les femmes congolaises sont encore victimes de plusieurs violations des droits humains, dont les violences basées sur le genre (VBG). Un rapport¹¹ du Ministère en charge du genre de 2013 renseigne que 25 612 femmes ont été victimes des violences sexuelles en 2013, dont 19 937 cas incidents, dans les provinces du Nord et Sud-Kivu, du Kongo Central, à Kinshasa, et dans les anciennes provinces Orientale, du Bandundu, et du Katanga (). En 2014, le nombre des femmes victimes était de 18 993, ce qui traduirait une légère baisse. Cependant, il se pose un problème de fiabilité et de comparabilité des données sur les VBG, tant les chiffres diffèrent selon les sources.

Un rapport réalisé à partir d'une analyse secondaire des données de l'EDS-RDC 2013 indique que 43 % des femmes congolaises sont victimes des violences domestiques, notamment les violences physiques graves (22,9 %), les violences physiques moins graves (45,3 %), les violences émotionnelles (36,6 %) et les violences sexuelles (25,5 %). Le faible niveau d'instruction, la pauvreté, le statut d'occupation et l'âge, sont apparus comme les facteurs qui déterminent ces violences domestiques (ONU FEMMES-CERED-GL, 2015 : 20).

Les femmes congolaises souffrent aussi d'autres inégalités de genre, comme la participation politique moindre que celle des hommes. A titre d'exemple, en dépit de la loi sur la parité, en aucun moment de l'histoire de la RDC la proportion des femmes au gouvernement n'a atteint 15 % Leur accès à l'école et à l'emploi demeure plus faible que celui des hommes.

Une sorte de résignation face à ces inégalités de genre et violences sexuelles est observée. Selon l'étude sur la masculinité, ces inégalités sont fondées sur le principe de la supériorité de l'homme et de son pouvoir patriarcal, basé lui-même sur les normes culturelles et religieuses, de sorte qu'elles finissent par être acceptées par tous (ONU FEMMES-Ambassade de Suède, 2015).

Il y a pourtant une volonté politique de lutter contre ces inégalités de genre et ces violences. La Constitution de la République stipule en son article 14 que « les pouvoirs publics veillent à l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard de la femme et assurent la protection et la promotion de ses droits (...). Ils prennent des mesures pour lutter contre toute forme de violences faites à la femme dans la vie publique et dans la vie privée ». Ainsi dit, la lutte pour l'égalité de genre est constitutionnelle. Par ailleurs, le Gouvernement dispose de plusieurs instruments additionnels pour la mener : la Politique nationale genre, la Stratégie nationale de lutte contre les violences sexuelles et basées sur le genre (SNVBG), un Représentant Personnel du Chef de l'Etat en charge de la Lutte contre les violences sexuelles et le recrutement des enfants soldats, un Communiqué conjoint entre la RD Congo et les Nations Unies pour lutter contre les violences sexuelles liées aux conflits, les lois de 2006 sur les violences sexuelles, une Agence nationale de lutte contre les violences faites aux femmes (AVIFEM). Plusieurs programmes ont été élaborés et mis en œuvre par le Gouvernement et les partenaires pour matérialiser cette volonté de parvenir à l'égalité de genre.

Au-delà des instruments nationaux, il y a aussi des instruments internationaux ratifiés par la RDC telles que la « Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard de la femme », Le programme d'action de Beijing, le Protocole de Maputo, etc.

2.1.10. Population et développement

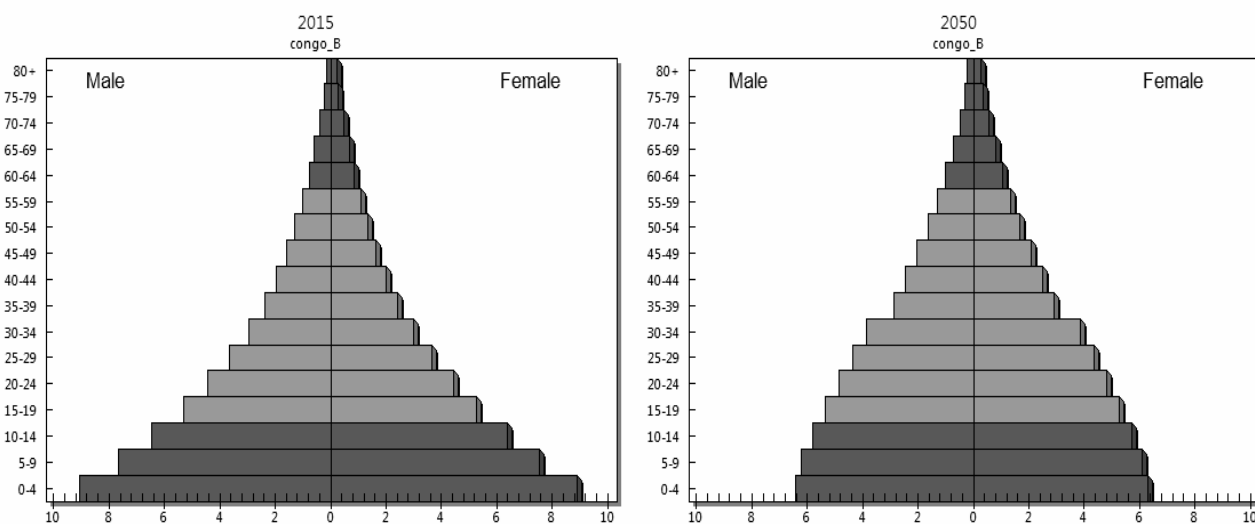
L'Institut National de la Statistique (INS) estime l'effectif de la population congolaise en 2015 à 77,4 millions. Cette estimation diffère de celle d'autres sources, de sorte que l'incertitude sur la taille et la composition de la population congolaise est un des premiers défis des liens entre la population et le développement, parce que ne permettant pas de bien quantifier les besoins de la population. La réalisation du 2ème Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH-2), qui devait permettre de lever ces incertitudes, est toujours en préparation, alors que le premier

¹¹ RDC-MINIGEFAE 2014 : Rapport sur l'ampleur des violences basées sur le genre de 2013

et seul recensement a été réalisé en 1984 (!). Et pourtant, le décret instituant le RGPH2 a été promulgué en 2009. La RDC fait donc face à un besoin énorme de données actualisées et détaillées sur la population.

Quelques opérations de collecte des données sociodémographiques d'envergure nationale telles que les Enquêtes MICS (Multiple Indicator Cluster Survey), et EDS (Enquête Démographique et de Santé), permettent de renseigner certains indicateurs sociodémographiques. Le taux de croissance démographique est élevé (3,1 % par an), à cause d'une fécondité qui reste elle aussi élevée (6,6 enfants par femme en moyenne) et d'une mortalité qui a amorcé une baisse. On assiste donc à une transition démographique qui est encore dans sa première phase, et qui se caractérise par la jeunesse de la population : 44.8 % de la population sont âgés de moins de 15 ans et 65 % de moins de 25 ans ; seulement 2,7 % sont des personnes de troisième âge (65 et plus). Une telle structure de la population pourrait constituer une opportunité pour bénéficier du dividende démographique. A condition cependant d'investir dans la santé, l'éducation et les emplois à offrir à cette jeunesse, et de renverser le rapport de dépendance économique qui est très élevé (0,904), et qui montre que très peu d'actifs (personnes âgées de 15 à 64 ans) s'occupent d'une grande population inactive (moins de 15 ans et plus de 65 ans).

Figure 3. Pyramides des âges en 2015 et 2050 sous l'hypothèse de fécondité basse : scénario optimiste



Source : RDC-PNSD, 2016.

D'autres défis proviennent des mouvements migratoires de la RDC. Au niveau interne, les populations rurales continuent à affluer vers les grands centres urbains et les villes, qui n'arrivent pas à répondre aux besoins toujours croissants des populations urbaines dans le domaine de logement, de transport, d'accès à l'eau et à l'électricité, aux écoles, aux hôpitaux et soins de qualité. Il y a ensuite les déplacements internes forcés des populations à la suite des guerres et autres conflits, notamment dans la partie Est du pays. Au total, près de 3,9 millions d'habitants ont été des déplacés forcés internes au plus fort de la crise. Le plus grand nombre des populations déplacées se retrouvent dans trois provinces : le Nord-Kivu, le Sud-Kivu et la province du Katanga démembrée.

Enfin, les migrations internationales des Congolais, longtemps ignorées dans la littérature et dans les politiques, nécessitent d'être dorénavant prises en considération. De milliers de Congolais ont émigré et vivent à l'étranger ou veulent aller y vivre, mais il est impossible de connaître leur nombre exact, ni tous les pays d'accueil. C'est plutôt dans les pays voisins (Angola, Congo) que le plus grand nombre des émigrants congolais s'orientent. On sait aussi que ces émigrants contribuent, de par leurs envois des fonds, à la survie de leurs ménages d'origine, au paiement des

soins de santé, de la scolarité et de logements. Plus d'une fois, plusieurs émigrants congolais ont été expulsés des pays comme l'Angola et le Congo, ce qui a généré des besoins humanitaires importants que l'Etat congolais a eu du mal à satisfaire¹².

2.1.11. La vulnérabilité et les risques de crises humanitaires

Les populations congolaises courent plusieurs risques de crise humanitaire. Pendant la mise en œuvre du programme sous revue, on a noté les grandes crises ci-après : la rébellion de M23 (2013), les violences intercommunautaires au Katanga (en 2013), la crise en République centrafricaine (2013), des expulsions des Congolais de Brazzaville (2014), les massacres des civils à Beni par les ADF-Nalu (2014), la 7^{ème} épidémie d'Ebola en RDC (2014) et d'autres épidémies (choléra, fièvre Ebola, fièvre jaune, fièvre de Marburg), les manifestations contre la révision du code électoral (2015), une recrudescence des maladies négligées, les retombées des crises au Sud-Soudan, au Burundi et en République Centrafricaine. Ces crises ont provoqué, entre autres, l'afflux et l'implantation des communautés de réfugiés, le déplacement des populations congolaises à l'intérieur du pays, la séparation des familles, la perte des biens essentiels, la destruction ou le pillage d'habitations, de champs et de stocks de produits alimentaires, l'effondrement des structures de services sociaux de base (RDC 2015), un niveau élevé des violences sexuelles, la destruction du tissu économique (avec comme conséquence la montée du chômage, la faiblesse de la production agricole, la baisse des investissements privés, l'aggravation et la féminisation de la pauvreté). Au total, on a estimé à 7,5 millions (9% de la population congolaise) les personnes qui avaient besoin d'une assistance humanitaire en 2015 suite à ces crises (RDC 2015). Ces conséquences ont été plus dramatiques pour les ménages monoparentaux, les ménages séparés (enfants non accompagnés), les personnes âgées inactives, les personnes alcooliques ou sous la drogue, les personnes handicapées, les victimes de traumatismes psychologiques et autres troubles mentaux, les survivants des tortures, les personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVV) (World Bank et UNHCR, 2015).

2.1.12. Le rôle de l'aide extérieure

Le Ministère du Plan et Suivi de la Modernité note cinq risques dans la mise en œuvre des trois Stratégies nationales de développement (DSRP-I, DSCR-1, DSCR-2) : (i) faiblesse des ressources internes à cause d'une faible mobilisation des ressources publiques ; (ii) déconnexion des instruments d'opérationnalisation des stratégies au budget national ; (iii) insuffisance de communication entre les partenaires et le gouvernement ; (iv) lourdeur des procédures administratives ; et (v) chocs exogènes (crise énergétique, crise alimentaire, crise financière internationale, chute des cours des produits de base) (RDC 2016).

Ces contraintes peuvent se résumer par le manque des moyens du gouvernement pour répondre aux besoins de la population. En effet, l'Etat congolais n'a alloué qu'une infime partie du budget aux dépenses à caractère social. On sait par ailleurs que ces fonds, même budgétisés, sont difficilement débloqués et versés aux services utilisateurs. C'est ainsi que le pays reste encore très dépendant de l'aide extérieure, notamment pour le financement de services sociaux de base.

Le DSCR-2 note que le budget congolais est financé à plus 40 % par des apports extérieurs (DSCR-2 : 112). Ces financements concernent des secteurs prioritaires comme la santé, l'éducation, les infrastructures de transport. Cette « dépendance du pays vis-à-vis du financement extérieur est un risque majeur pour le processus de mise en œuvre de la stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté » (ibidem). Cependant, la situation a évolué. Le financement du budget 2015 provient de quatre sources : les recettes internes (70 %), les recettes extérieures (19 %), les recettes des budgets annexes (7%) ainsi que celles des comptes spéciaux (4%).

¹² Des dizaines de familles expulsées de Brazzaville, avec hommes, femmes et enfants, ont été cantonnées dans des tentes en face de la Commune de Kinshasa pendant plus ou moins une année, vivant dans une promiscuité indescriptible.

Un document du Ministère de la Santé¹³, fait ressortir le fait que les dépenses courantes de la santé en RD Congo sont assurées par trois principales sources : (i) les ménages (41 %) ; (ii) la coopération extérieure (39 %) ; et (iii) les fonds publics (16 %). En ce qui concerne les dépenses d'investissement, la répartition se présente comme suit : i) coopération extérieure (85 %) ; ii) les fonds publics (15 %) ; iii) les ménages (0 %). Ceci est un exemple de la forte dépendance du financement des programmes de développement vis-à-vis des ressources extérieures et la contribution importante de la population aux dépenses courantes. Cette forte dépendance est aussi observée dans la mise en œuvre de la SNVBG. Le rapport d'évaluation établi par le CERED-GL (2014)¹⁴ indique que le Gouvernement congolais n'a quasiment pas financé la mise en œuvre de cette stratégie, alors que les fonds alloués par les partenaires dans la mise en œuvre de cette stratégie sont de l'ordre de 216 500 000 USD.

Le financement du programme pays était attendu des partenaires extérieurs. Le Gouvernement de la RD Congo ne s'était engagé à financer le programme pays qu'à concurrence de 1,2 %, contre 25,7 % pour l'UNFPA sur fonds réguliers, et le reste d'autres fonds extérieurs¹⁵.

3. Chapitre 3 : Réponse stratégique et programmatique de l'UNFPA

3.1. Réponse stratégique de l'UNFPA

Sur la base des priorités de la stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté de deuxième génération (DSCR2)¹⁶, le plan-cadre des Nations Unies pour l'assistance au développement (UNDAF) couvre la période 2013-2017. L'UNFPA s'est aligné sur la gouvernance et le développement des institutions, les services sociaux de base et le capital humain, la protection des droits humains et la réduction des conflits et la stabilisation et la consolidation de la paix. En ce qui concerne la réponse aux crises humanitaires, le programme fait référence au plan d'action humanitaire couvrant les périodes concernées

Les résultats attendus du 4^e PP ont initialement été articulés autour cinq des réalisations du Plan Stratégique de l'UNFPA révisé 2012-2013 portant sur : (i) la santé maternelle et néonatale ; (ii) la planification familiale ; (iii) la prévention du VIH et des IST ; (iv) l'égalité des sexes et les droits en matière de procréation et (v) les données pour le développement.

Ensuite, le programme pays a été aligné sur le nouveau Plan Stratégique 2014-2017. Il vise à contribuer à l'accès universel à la santé de la reproduction, la promotion des droits humains, la réduction de la mortalité maternelle et la planification familiale, comme indiqué par la cible du Plan Stratégique 2014-2017 de l'UNFPA :

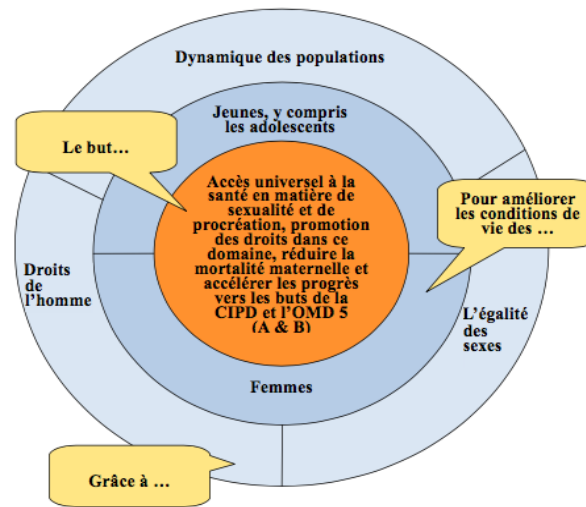
¹³ Résultats des Comptes de la Santé en 2012

¹⁵ RDC-UNFPA, 2013, Quatrième Programme de Coopération RDC-UNFPA – Plan d'Actions du Programme Pays 2013-2017, page 19.

¹⁶ RDC : Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (Deuxième Génération) - DSCR2 (2011-2015)

Figure 4 : Cible du Plan Stratégique UNFPA, 2014-2017

La cible



Les résultats du programme pays sont articulés autour des quatre axes du plan stratégique 2014-2017 de l'UNFPA comme suit :

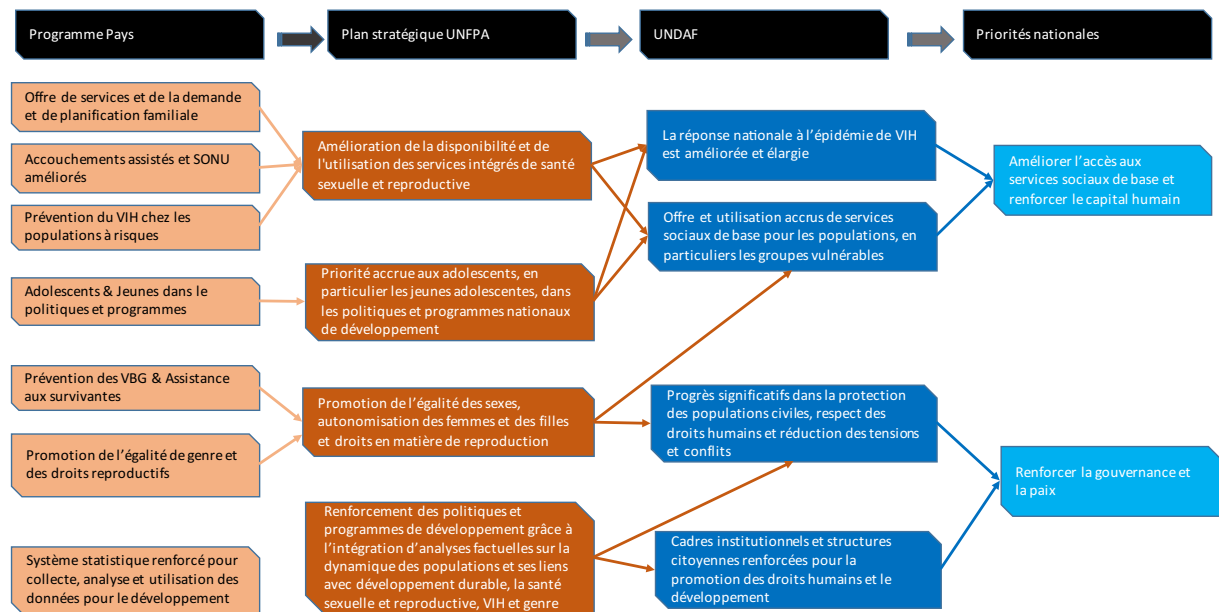
1. Disponibilité et l'utilisation de services intégrés de santé sexuelle et reproductive, de planification familiale, de santé maternelle et VIH : Trois produits du programme : (i) Planification familiale et sécurisation des produits SR/PF, (ii) Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), et (iii) Prévention du VIH.
2. Priorité aux adolescents, en particulier les adolescentes, dans les politiques et programmes de développement : Produit du programme pays identiquement intitulé.
3. Promotion de l'égalité des sexes, autonomisation des femmes et des filles et droits en matière de reproduction, notamment pour les femmes, les adolescent(e)s et les jeunes vulnérables et marginalisé(e)s : Deux produits du programme ; (i) Prévention des violences sexuelles et basées sur le genre et assistance aux survivantes et (ii) Promotion du genre et des droits reproductifs.
4. Renforcement des politiques et programmes de développement grâce à l'intégration d'analyses factuelles sur la dynamique des populations et ses liens avec le développement durable, la santé sexuelle et reproductive, les droits reproductifs, le VIH et l'égalité des sexes. Un produit du programme porte sur le renforcement du système statistique national en matière de collecte, d'analyse, de dissémination et d'utilisation des données socioéconomiques pour le développement.

La figure 5 résume les liens entre le programme pays et les différents cadres stratégiques de développement (DSCR-2, UNDAF et Plan Stratégique de l'UNFPA 2014-2017). En effet, les 7 produits attendus du programme pays de l'UNFPA sont alignés sur les 4 principaux résultats du Plan Stratégique de l'UNFPA comme repris ci-dessus.

Les produits du programme sont également alignés à quatre effets de l'UNDAF que sont : (i) Disponibilité et utilisation accrue des services sociaux de base pour les groupes vulnérables (Effet 3), (ii) riposte nationale de l'épidémie du VIH améliorée et élargie (Effet 4), (iii) des progrès importants de la protection des populations civiles, respect des droits humains et à la réduction des tensions et des conflits (Effet 6), et (iv) le renforcement de la capacité institutionnelle des droits de l'homme et du développement (Effet 1).

Les résultats de l'UNDAF sont eux-mêmes alignés à deux principaux résultats du DSCR2-2 que sont : Renforcer la gouvernance et la paix et améliorer l'accès aux services sociaux de base.

Figure 5 : Liens entre les cadres stratégiques de développement (DSCR2, UNDAF et Plan Stratégique UNFPA 2014-2017)



3.2. Réponse de l'UNFPA à travers le Programme pays

3.2.1. Acquis du 3ème Programme pays (2008-2012)

La mise en œuvre du 3ème PP a facilité le positionnement des objectifs de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) sur l'agenda national. Les principaux acquis de ce programme peuvent être résumés comme suit :

- Dans les zones d'intervention : le taux d'accouchements assistés est passé de 55 % à 86 % ; et le renforcement des SONU a amélioré la prise en charge des complications obstétricales et les CPN ont augmenté de 7 % à 28 % dans les zones du programme ;
- Dans le domaine de la prévention du VIH, l'UNFPA est devenu le principal partenaire du Gouvernement pour la programmation du condom ;
- S'agissant des données pour le développement, UNFPA a contribué à la réalisation de l'enquête MICS 2010 et à la mise en place par le Ministère du Genre, Famille et Enfant d'une base des données sur les violences basées sur le genre ;
- Au niveau provincial, il a été noté un engagement dans la réduction de la mortalité maternelle et le renforcement des capacités statistiques dans la perspective du prochain recensement de la population.

3.2.2. Le 4ème Programme Pays 2013-2017

Le 4ème Programme Pays constitue la réponse de l'UNFPA aux défis de développement de la RDC et s'aligne sur les documents stratégiques suivants : le Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté de deuxième génération, 2011-2015 (DSCR-2) ; l'UNDAF 2013-2017 ; le Plan d'Action du Gouvernement 2012-2016 ; le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS, 2011-2015) ; et le Plan Stratégique du PNSR 2011-2015. Ces documents stratégiques dégagent pour la RDC des problèmes prioritaires : (i) les problèmes démographiques comme une des causes de la pauvreté ; (ii) la mortalité maternelle élevée ; (iii) la mortalité infantile et infanto-juvénile élevée ; (iv) le niveau très élevé de la fécondité et les besoins non satisfaits en matière de planification familiale. La nécessité de renforcer les capacités statistiques pour l'organisation du deuxième recensement général de la population et de l'habitat constitue également une priorité nationale de premier ordre.

Le but de ce 4ième Programme est de contribuer à l'accès universel aux soins de santé maternelle et néonatale. Il était articulé autour de cinq (5) des six (6) principales réalisations/résultats du Plan Stratégique de l'UNFPA, révisé 2012-2013 : (i) la santé maternelle et néonatale ; (ii) la planification familiale ; (iii) la prévention du VIH et des IST ; (iv) l'égalité des sexes et les droits en matière de procréation ; (v) les données pour le développement. Aujourd'hui, le programme est aligné sur le plan stratégique 2014-2017, et se décline en 7 produits :

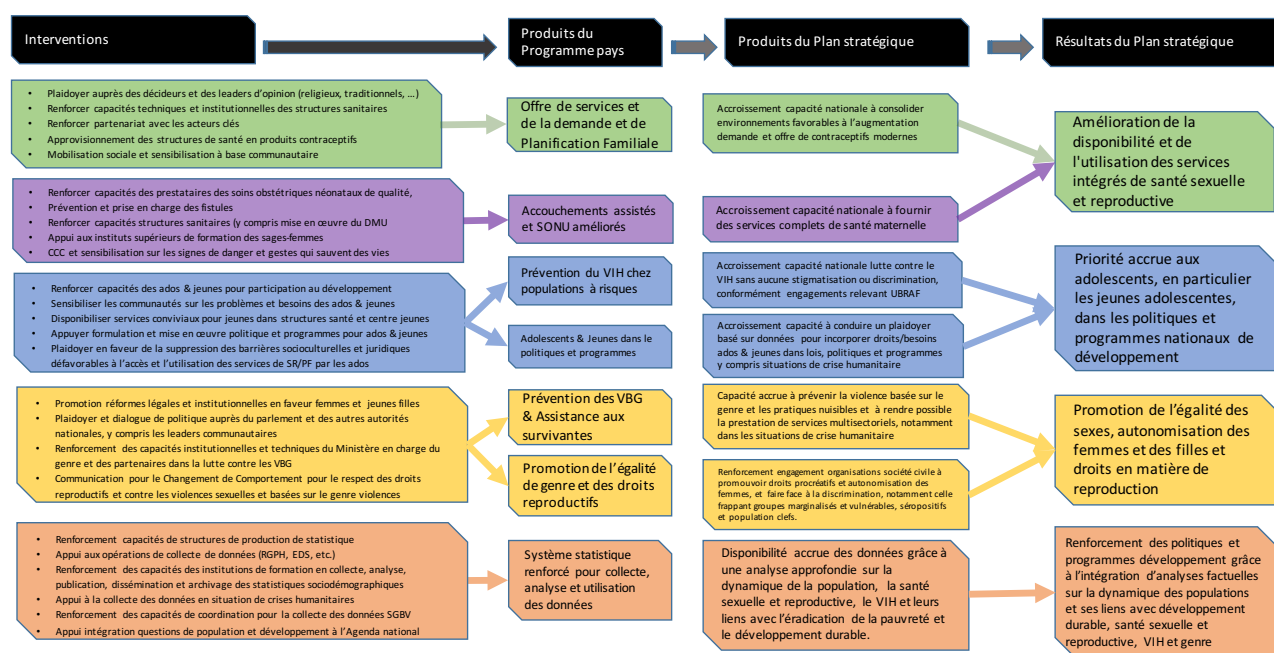
- Produit 1 : D'ici 2017, les capacités techniques et opérationnelles des partenaires nationaux sont renforcées pour accroître la demande, fournir des services de planification familiale de qualité, et renforcer la sécurisation des produits de santé de reproduction, y compris dans les situations de crises humanitaires.
- Produit 2 : D'ici 2017, les accouchements assistés par du personnel formé et les soins obstétricaux et néonataux d'urgence sont améliorés dans les zones ciblées, y compris dans les situations de crises humanitaires.
- Produit 3 : D'ici 2017, les capacités des institutions et des organisations communautaires sont renforcées dans la prévention du VIH, en particulier chez les femmes enceintes, les

jeunes, les travailleurs du sexe, les services en uniforme, les chauffeurs de camion et les personnes déplacées conformément aux droits humains.

- Produit 4 : D'ici 2017, les capacités des institutions nationales et des organisations de jeunes sont renforcées en vue de l'intégration des questions des jeunes et des adolescents dans les politiques et programmes.
- Produit 5 : D'ici 2017, les capacités opérationnelles et institutionnelles des partenaires nationaux sont renforcées pour la prévention des violences basées sur le genre et l'assistance aux survivants.
- Produit 6 : D'ici 2017, les capacités des institutions nationales, des organisations à base communautaire et des réseaux sont renforcées pour la promotion de l'égalité de genre et des droits reproductifs.
- Produit 7 : D'ici 2017, les capacités du système statistique national sont renforcées pour la collecte, l'analyse, la dissémination et l'utilisation des données sociodémographiques désagrégées.

La figure 6 ci-après présente la logique d'intervention, c'est-à-dire l'enchaînement logique mettant en relation les stratégies mises en œuvre et la chaîne des résultats.

Figure 6 : Logique d'intervention du programme pays



L'alignement au plan stratégique 2014-2017 a conduit à : (i) la reformulation de certains produits, (ii) l'intégration d'un nouveau produit pour les adolescents et les jeunes, et (iii) la division du produit sur l'égalité de genre et les violences basées sur le genre en deux produits distincts prenant individuellement ces deux aspects.

Le Tableau 7, ci-dessous montre la correspondance entre les produits avant et après alignement.

Tableau 6 : Cadre des résultats CPAP avant et après son ajustement au nouveau Plan Stratégique de l'UNFPA (2014-2017)

CPAP 2013-2014	CPAP-2015-2017
Réalisation 1 : Amélioration de l'accès aux services de santé maternelle et des soins aux nouveau-nés et de l'utilisation de ces services	Résultat 1 : Disponibilité et utilisation des services intégrés de santé sexuelle et reproductive (y compris la PF, la santé maternelle et le VIH)
Produit 1 : D'ici 2017, les services des accouchements assistés par un personnel qualifié et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence dans les zones d'intervention du programme, y compris dans les situations de crises humanitaires, sont améliorés	Produit 2 : D'ici 2017, les accouchements assistés par du personnel formé et les soins obstétricaux et : néonataux d'urgence sont améliorés dans les zones ciblées, y compris dans les situations de crises humanitaires
Réalisation 2 : Amélioration de l'accès à des services de qualité en matière de planification familiale et de l'utilisation de ces services par les individus et les couples en fonction de leurs intentions en matière de procréation	
Produit 2 : D'ici 2017, les capacités techniques et opérationnelles des partenaires nationaux, y compris des organisations communautaires, sont renforcées pour l'offre des services de planification familiale de qualité	Produit 1 : D'ici 2017, les capacités techniques et opérationnelles des partenaires nationaux sont renforcées pour accroître la demande, fournir des services de planification familiale de qualité, et renforcer la sécurisation des produits de santé de reproduction, y compris dans les situations de crises humanitaires
Produit 3 : D'ici 2017, les capacités techniques et institutionnelles du système national d'approvisionnement en médicaments essentiels sont renforcées pour la sécurisation des produits	
Amélioration de l'accès à des services de qualité en matière de prévention du VIH et des IST et de l'utilisation de ces services, en particulier pour les jeunes (y compris les adolescents) et autres populations clés à risques	Produit 3 : D'ici 2017, les capacités des institutions et des organisations communautaires sont renforcées dans la prévention du VIH, en particulier chez les femmes enceintes, les jeunes, les travailleurs du sexe, les services en uniforme, les chauffeurs de camion et les personnes déplacées conformément aux droits humains
	Résultat 2 : Priorité aux adolescents et jeunes dans les programmes et politiques
	Produit 4 : D'ici à 2017, les capacités des institutions nationales et des organisations des jeunes sont renforcées en vue de l'intégration des questions des enfants et des adolescents dans les politiques et programmes
Produit 4 : D'ici à 2017, les capacités des institutions et organisations communautaires sont renforcées en matière de prévention du VIH, en particulier chez les femmes enceintes, les jeunes, camionneurs, les hommes en uniforme, les travailleurs de sexe et les déplacés internes	
Réalisation 5 : Promotion de l'égalité des sexes et des droits en matière de procréation, principalement par des activités de plaidoyer et la mise en œuvre de lois et de politiques	Résultat 3 : Promotion de l'égalité des sexes et droits reproductifs pour les femmes, adolescents et jeunes vulnérables et marginalisés
Produit 5 : D'ici 2017, les capacités des institutions des organisations à base communautaire et de réseaux et organisation communautaires pour la mise en œuvre de l'égalité de genre et des droits reproductifs sont renforcées	Produit 5 : D'ici à 2017, les capacités opérationnelles et institutionnelles des partenaires nationaux sont renforcées pour la prévention des violences basées sur le genre et l'assistance aux survivants
	Produit 6 : D'ici à 2017, les capacités des institutions nationales, des organisations à base communautaire et des réseaux sont renforcées pour la promotion de l'égalité de genre et des droits reproductifs
Réalisation 6 : Amélioration de la disponibilité et de l'analyse de données permettant la prise de décision et l'élaboration des politiques sur la base de données factuelles synthétisant la dynamique des populations, la santé en matière de sexualité et de procréation (y compris la planification de la famille) et l'égalité des sexes	Résultat 4 : Intégration de la dynamique des populations dans les politiques et programmes
Produit 6 : Les capacités du système statistique national sont renforcées pour l'analyse, la dissémination et l'utilisation des données sociodémographiques de qualité désagrégées pour la planification et le suivi	Produit 7 : D'ici 2017, les capacités du système national sont renforcées pour la collecte, l'analyse, la dissémination et l'utilisation des données sociodémographiques désagrégées

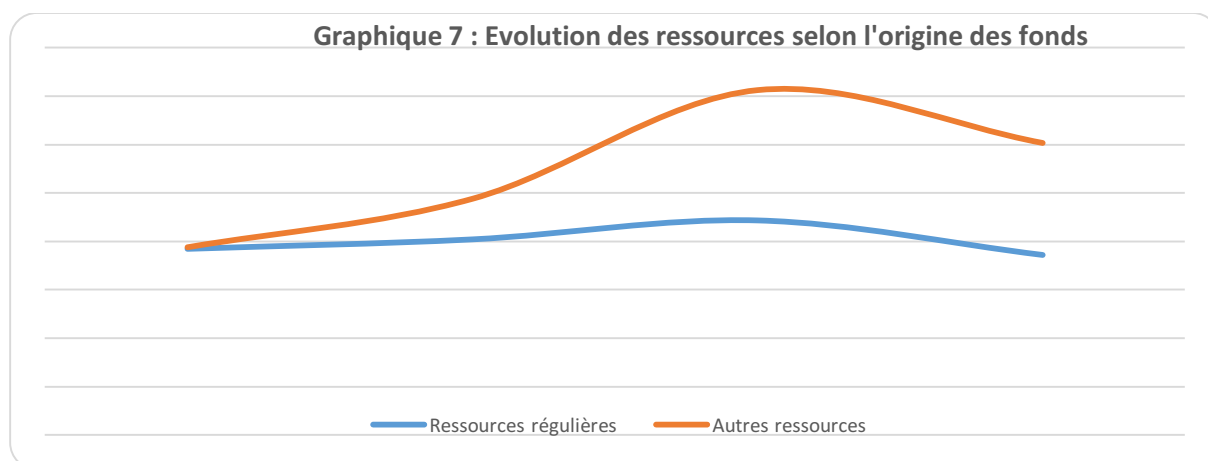
3.2.3. La structure financière du programme pays

L'examen de la structure financière du programme pays permet d'en apprécier l'efficacité, en mettant en rapport les ambitions affichées pour chaque produit, et les fonds qui y ont été alloués. Il permet aussi d'identifier les domaines clés du programme pays en fonction des montants y alloués, et de s'interroger sur le bien-fondé de cette priorisation.

UNFPA a mobilisé un montant de 75 937 830 \$US au cours des quatre années (2013-2016), soit 60% des 125 millions \$US attendus pour les cinq années du programme. De cette enveloppe globale, 32 114 337 \$US (42,3 %) proviennent des ressources régulières de l'UNFPA et 43 823 493 \$US (57,7 %) d'autres sources. Le tableau 7 indique que les ressources régulières ont connu peu de variation, quoiqu'une baisse soit observée en 2016. Quant aux autres ressources, une augmentation importante est observée en 2015, et une baisse relative en 2016.

Tableau 7 : Evolution des ressources et des dépenses selon l'origine

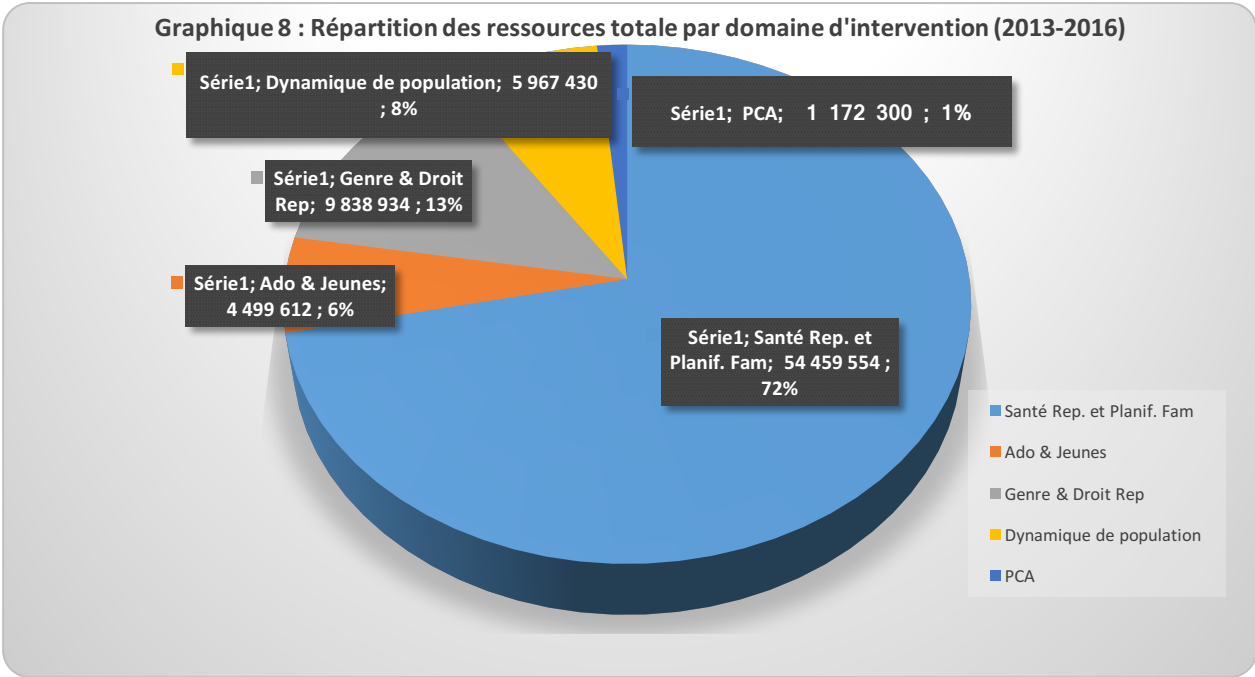
Evolution des ressources selon l'origine des fonds					
	2013	2014	2015	2016	Ensemble
Ressources régulières	7 699 997	8 091 999	8 874 391	7 447 950	32 114 337
Autres ressources	7 756 248	9 759 592	14 244 829	12 062 823	43 823 493
Total	15 456 245	17 851 591	23 119 220	19 510 773	75 937 830
Evolution des dépenses selon l'origine des fonds					
	2013	2014	2015	2016	Dépenses
Ressources régulières	7 576 981	8 112 316	8 888 310	7 383 345	31 960 952
Autres ressources	5 148 107	7 635 072	11 116 037	11 338 683	35 237 898
Total	12 725 088	15 747 388	20 004 346	18 722 028	67 198 850



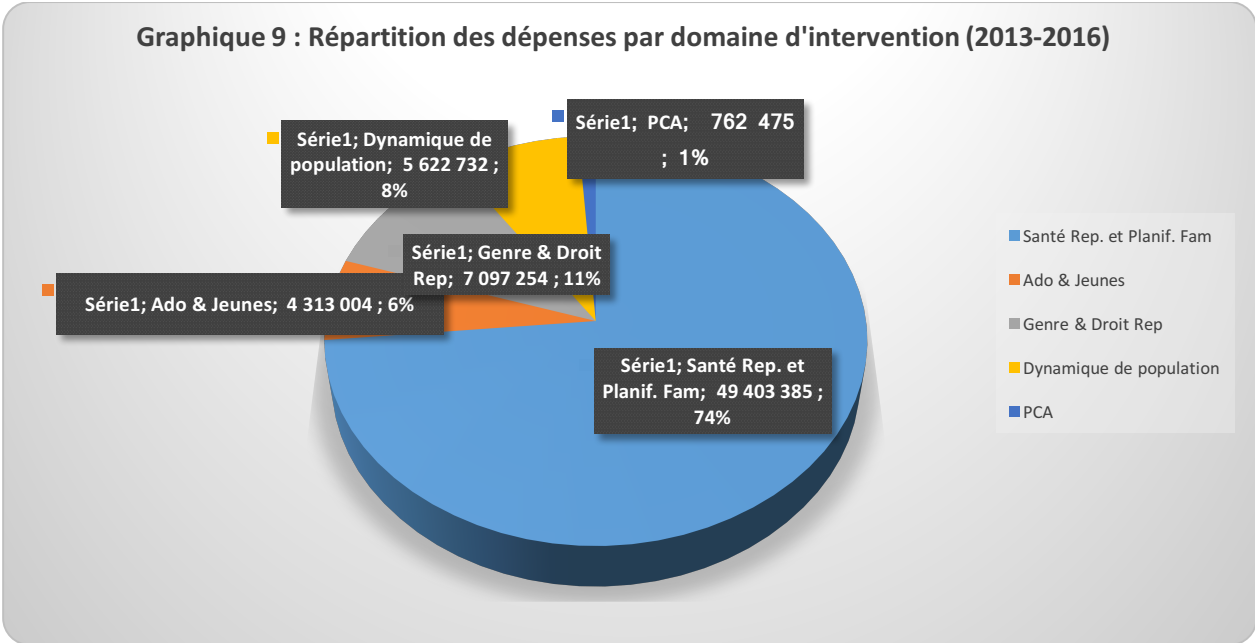
Sur ces 75.937.830 \$US, 67 198 850 \$US ont été effectivement dépensés, ce qui correspond à un taux d'absorption financière de 88,5 %. Le taux d'absorption financière s'est amélioré progressivement, en allant de 82,3% en 2013 à 96% en 2016.

En rapport avec les domaines d'intervention, 72 % des fonds ont été alloués à la Santé de la Reproduction et Planification Familiale (y compris le VIH), 13 % au Genre & Droits Reproductifs, 9 % à la Dynamique de Population, 6 % pour les programmes sur les adolescents et jeunes, et 1 % pour la coordination du programme. L'analyse de la pertinence du programme montre que cette

affectation des ressources semble être en rapport avec les besoins exprimés par les partenaires et la population, et bien conforme aux priorités de l'UNFPA.



Les dépenses engagées par domaine d'intervention ont évidemment été réalisées selon la même clé de répartition. On observe toutefois un taux d'absorption relativement faible de 72 % pour le domaine de Genre et Droits Reproductifs, dû en grande partie aux taux très faibles pour les VBG surtout en 2013 (27 %) et aussi en 2014 (69 %).



4. Chapitre 4. Réponses aux questions de l'évaluation

4.1. Pertinence du programme

Q1 : Les interventions du programme en matière de santé sexuelle et reproductive, y compris la planification familiale, la prévention du VIH, la prévention des VBG et l'assistance avec les victimes i) ont-elles été adaptées aux besoins des populations ciblées ; ii) sont-elles alignées sur les politiques et programmes nationaux de développement ?

Il y a une bonne concordance entre les besoins identifiés dans le programme lors de sa formulation et ceux des populations. Le programme a usé des résultats d'enquêtes et des études d'analyse situationnelle, d'une part, et de la concertation avec les partenaires de mise en œuvre durant les revues et planification annuelle d'autre part. Cependant, certains partenaires d'exécution n'ont pas été impliqués dans le processus de prise de décisions, notamment l'élaboration des plans de travail (PTA), et parfois de la programmation des activités et la mise en œuvre, ainsi que de l'achat et la distribution des médicaments.

Par rapport aux cadres nationaux, les interventions sont bien alignées. Elles sont en parfaite adéquation avec les objectifs et stratégies sectoriels. Le programme découle également des objectifs stratégiques de l'UNDAF, du plan d'action humanitaire (PAH) et le Plan Stratégique de l'UNFPA.

Réalisations et constats

Adaptation des interventions du programme en matière de santé de la reproduction (y compris la PF), de prévention du VIH et des violences basées sur le genre, et d'assistance aux survivantes aux besoins des populations ciblées.

Les interventions du 4ème Programme Pays sont adaptées aux besoins des populations cibles d'autant plus que l'identification de ces besoins a été faite autant que possible avec la participation¹⁷ des partenaires et bénéficiaires et/ou par des méthodes rigoureuses : enquêtes situationnelles¹⁸, consultations des partenaires et de toutes les parties prenantes (étatiques et non-étatiques), ateliers¹⁹ participatifs revues et de planification annuelles, campagnes multimédias, etc. Il en est de même pour l'identification des groupes cibles, notamment des populations vulnérables, défavorisées, marginalisées et exclues du processus adaptatif qui a été maintenu pendant la période de mise en œuvre. Par exemple, le programme a appuyé le PSI à mener une étude comportementale²⁰ en 2016 pour comprendre les freins à l'utilisation des 13 médicaments qui sauvent la vie des femmes enceintes, avant de développer un plan de marketing social des médicaments et un plan intégré de communication générique sur les 13 médicaments.

Toutefois, certains partenaires d'exécution déplorent le fait de ne pas avoir participé aux revues annuelles organisées au niveau central en 2014 et 2015. Ce qui peut conduire à la non-prise en compte de besoins émergents à la base. Ainsi, même s'ils expriment leurs besoins à travers les PTA, l'UNFPA procède parfois à la révision des PTA sans les associer. Il arrive aussi que l'UNFPA décide seul des activités à mener, soit disant « pour aller vite ». Enfin, lors des consultations des partenaires d'exécution, et des revues annuelles pour identifier et ajuster les besoins, il arrive que les documents de travail soient distribués séance tenante, ce qui ne permet pas aux partenaires de contribuer efficacement aux résultats de ces réunions.

L'analyse documentaire, les entretiens avec les partenaires et les populations bénéficiaires rencontrés ont fait ressortir à posteriori les besoins des populations ciblées. Pour les femmes et les hommes en général, et en particulier les femmes et filles en âge de procréer²¹, les femmes et filles enceintes, les nouveau-nés, les besoins ci-après ont été signalés : soins de qualité,

¹⁷ Rapport de l'atelier d'élaboration du CPAP, 2013

¹⁸ Evaluation rapide des SONU, Enquête ASF sur la PF

¹⁹ Rapports de revue annuelle 2013, 2014, 2016

²⁰ ASF-PSI, 2016

²¹ Idem

notamment au moment et après l'accouchement, permanence de l'offre des services, soins à moindre coût, gratuité des consultations, prise en charge post-opératoire, accès aux services, accès à l'information, dépistage, accès aux antirétroviraux, prise en charge des fistules obstétricales et traumatiques, réduction de la mortalité maternelle, prise en charge des VBG, prise en charge des césariennes, encadrement des jeunes, etc.

Pour leur part, les partenaires d'exécution ont formulé les besoins suivants²² : formation des sages-femmes, besoins en kits chirurgicaux, salles de travail appropriées, oxygène, matériel et équipement (échographie), plus grande couverture géographique, permanence de l'offre des services, prise en charge des plus démunis, prise en charge multisectorielle. Enfin, les jeunes ont formulé les besoins spécifiques ci-après : accès à l'information, plus grande couverture géographique de l'offre (un centre de jeunes dans chaque province), services adaptés aux besoins des jeunes, mettre fin au bénévolat des « prestataires », prise en charge multisectorielle.

Dans l'ensemble, on constate que ces besoins correspondent aux problématiques adressées par le 4^{ème} PP à travers ses différents produits qui ciblent les mêmes catégories de population. A titre d'exemple, les besoins relatifs à l'accès aux services de santé sexuelle, et reproductive, y compris des services adaptés aux jeunes, à la permanence de l'offre des services, sont exactement ceux pris en compte par les interventions des différents produits du programme (voir logique d'intervention du programme, le tableau 5 à la page 46).

Cependant, certains besoins formulés, notamment la prise en charge économique des plus démunis, et la fin au bénévolat des prestataires, relèvent plutôt de la responsabilité du Gouvernement ou d'autres acteurs au développement. Ces besoins figurent dans les politiques et programmes du Gouvernement, mais les ressources ou la volonté de mise en œuvre manquent.

Alignement des interventions du programme aux politiques et programmes nationaux et aux priorités nationales

L'analyse documentaire des cadres stratégiques de développement^{23,24} et les entretiens²⁵ avec les responsables des institutions étatiques et les partenaires d'exécution montrent que les interventions du 4^e programme sur la santé sexuelle et reproductive (SSR), la planification familiale²⁶ (PF), la prévention du VIH et des violences sexuelles et basées sur le genre²⁷ (VBG), ainsi que celles sur les adolescents et les jeunes, s'alignent bien sur les politiques et programmes nationaux de développement comme le PNDS (2013-2017), le Plan stratégique national à vision multisectorielle de la PF (2014-2020) (PSNVM) et la Politique nationale de la Jeunesse.

Le Plan Stratégique national de Planification Familiale (2016-2019), par exemple, poursuit comme objectif d'arriver à un taux de prévalence contraceptive de 19 %, et à 2,1 millions de nouvelles utilisatrices d'ici à 2020. Pour répondre à cet objectif, le programme s'est assigné comme priorité de recruter un million de nouvelles adhérentes à la contraception moderne par an. Le PSNVM s'était fixé comme sous-objectifs, entre autres, « d'accroître la qualité des services en Planification familiale » et de « stimuler la demande en planification familiale »²⁸. Ce que l'on retrouve dans certaines interventions du Produit 1. Le PSNVM avait prévu, entre autres stratégies d'opérationnalisation, « la volonté politique du gouvernement de la RDC qui en garantit la mise en œuvre », « l'intégration du volet communautaire de l'offre de services de PF pour renforcer l'offre au niveau des structures de santé ». Cet engagement politique est l'un des résultats recherchés (et

²² Idem

²³ Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté de 2^e génération (DSCR2), 2011

²⁴ Programme National de Développement Sanitaire, 2011-2015

²⁵ Interviews ; cf. Guide d'entretien pour la collecte des données

²⁶ Plan Stratégique du PNSR 2011-2015

²⁷ Politique nationale genre et Stratégie Nationale de Lutte contre les Violences Basées sur le Genre

²⁸ Plan stratégique national à vision multisectorielle (2014-2020)

obtenus) par le plaidoyer mené par l'UNFPA auprès du Gouvernement central et de certains gouvernements provinciaux notamment ceux du Nord-Kivu et du Katanga.

S'agissant des questions des Jeunes et Adolescents, le Programme Pays cadre bien avec les stratégies suivantes de la Politique Nationale de la Jeunesse²⁹ : i) promouvoir la santé des adolescents et jeunes en vue de leur développement harmonieux ; ii) réduire la propagation des IST et du VIH chez les jeunes et adolescents ; iii) impliquer la jeunesse dans la maîtrise de la problématique de la population ; et iv) promouvoir et protéger l'égalité des sexes, l'équité ainsi que l'élimination des violences (RDC-Ministère de la Jeunesse et Sports, 2009 : 43-44).

Dans le domaine du Genre et des droits reproductifs, le programme cadre avec la politique nationale genre, notamment les objectifs suivants : i) respect du droit à la SR, à l'éducation et la prise en compte des besoins différenciés de femmes, des adolescents et des hommes ; ii) contribuer à la maîtrise de la fécondité, à la prévention et dépistage du cancer du sein, de l'utérus et du VIH/SIDA ; iii) réduire la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale et infantile. Les stratégies du 4^e programme ciblent parfaitement les mêmes objectifs (RDC-MINIGFAE, 2009b).

Cohérence par rapport au Plan-cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement (UNDAF, 2013-2017)

Comme document de référence des programmes des agences ExCom³⁰ en contribution aux objectifs de développement de la RDC, l'UNDAF constitue le cadre de programmation stratégique du système des Nations Unies. Il constitue également le cadre pour les initiatives conjointes entre entités onusiennes sur des domaines précis. Grâce à l'analyse conjointe des défis de développement du pays et des avantages comparatifs des agences concernées, l'UNDAF permet de déterminer les domaines de prédilection pour chaque programme de coopération à travers ses résultats stratégiques et les produits spécifiques.

Le 4^e programme, conformément au mandat de l'UNFPA, s'est positionné de façon cohérente sur les Effets 3, 4 et 6 relatifs respectivement à « l'offre et l'utilisation des services sociaux de base », « la prévention et la réponse au VIH » et « la protection des populations civiles ». Ces axes stratégiques répondent globalement aux priorités nationales visant « l'amélioration de l'accès aux services sociaux de base et le renforcement du capital humain » et « le renforcement de la gouvernance et la paix ». Le graphique 4 au point 3.1 présente les liens entre le programme et les cadres stratégiques de développement (Plan stratégique UNFPA, UNDAF et DSRCP2).

Q2 : Dans quelle mesure le programme prend-il en compte les besoins en disponibilité et utilisation des données sociodémographiques pour l'intégration d'analyses factuelles sur la dynamique des populations dans la formulation, la mise en œuvre et le suivi et évaluation des politiques et programmes de développement ?

Le programme rencontre partiellement les besoins en données sociodémographiques exprimés dans les documents de stratégies nationales. Mais beaucoup d'efforts sont encore à faire pour que la RDC ne soit plus « parmi les pays à capacité statistique la plus faible au monde »³¹. Conformément à la Stratégie nationale de développement de la statistique (SNSD), le programme a prévu des actions de renforcement des capacités de structures de production statistique, avec un accent prioritaire pour l'organisation du 2^e recensement général de la population et de l'habitat, et du Ministère en charge du Genre pour la collecte des données sur les VBG et la collecte et utilisation des données en situation humanitaire.

Les stratégies d'intervention intègrent la prise en compte de la dynamique de population dans l'agenda de développement. Cependant, la stratégie de renforcement des capacités du système statistique national se limite à l'INS et le MINIGFAE et ne s'est pas étendue à d'autres structures de production et d'analyse de données statistiques, en particulier l'état civil, pour suppléer le manque de données démographiques. En effet, beaucoup de statistiques sont produites par plusieurs autres structures, mais ne sont pas

²⁹ Politique nationale de la Jeunesse

³⁰ Agences ExCom : UNDP, UNFPA, UNICEF

³¹ PNSD, 2016, Livre 2, page 46, figure 21

centralisées, avec comme risques l'existence d'une variété d'indicateurs souvent contradictoires sur un même phénomène, et la dispersion des efforts. Par ailleurs, les analyses faites des données des grandes enquêtes demeurent plutôt descriptives, et rarement approfondies. De plus, l'appui à la prise en compte des interrelations de la dynamique des populations avec le développement n'a pas été faite pour les politiques et stratégies sectorielles. Enfin, il manque toujours un schéma directeur pour améliorer la coordination, la centralisation et l'utilisation des données sociodémographiques.

Réalisations et constats

Les besoins en disponibilité et utilisation des données sociodémographiques pour l'intégration d'analyses factuelles sur la dynamique des populations dans la formulation, la mise en œuvre et le suivi et évaluation des politiques et programmes de développement sont bien exprimés dans le PNSD. En effet, il y est signalé « un intérêt croissant et une demande accrue de statistiques économiques et sociales (...), ce d'autant plus que la RDC a été classée par la Banque mondiale « parmi les pays à capacité statistique la plus faible au monde ». L'insuffisance des ressources humaines qualifiées est citée comme une des causes de cette faible capacité.

Le PNSD recommande « d'investir dans l'amélioration de la capacité statistique du pays : assurer la collecte des données cohérentes et effectuer fréquemment des enquêtes »³², de « réaliser le 2ème recensement général de la population et de l'habitat qui permettra de connaître la structure par âge et par sexe aux niveaux national et des entités décentralisées, et de savoir si la fenêtre d'opportunité est déjà ouverte pour la réalisation du dividende démographique »³³. Ces deux recommandations se retrouvent prises en compte dans le Produit 7 du PP4.

Par ailleurs, les entretiens³⁴ avec les partenaires d'exécution ont permis d'identifier les principaux besoins en données sociodémographiques pour le développement ci-après :

- ✓ Poursuite de la préparation du RGPH2 (appui à l'élaboration de la méthodologie du Recensement, de la cartographie et des instruments de collecte, appui technique et financier au BCR, appui à la formation d'une expertise nationale dans la collecte et l'analyse des données du recensement.
- ✓ Appui à la réalisation d'enquêtes sociodémographiques de qualité (EDS, MICS, ENHAPSE, QUIBB)
- ✓ Amélioration de la collecte et de l'analyse des données sur les VBG à travers le renforcement de la base de données sur les VBG logée au Ministère du Genre, Enfants et Famille
- ✓ Meilleure prise en compte des données sociodémographiques dans l'élaboration des politiques nationales et sectorielles
- ✓ Appui à la formation universitaire des cadres de l'Institut National de la Statistique (INS) en collecte et analyse de données (Master en Démographie)
- ✓ Appui à l'INS pour la saisie des données du Recensement de 1984 en vue de reconstituer la base des données de l'unique recensement organisé depuis l'indépendance.

Ces besoins ont très bien été pris en compte par le 4ème programme. Ils correspondent effectivement aux principales interventions du Produit 7, à savoir i) le renforcement des capacités des structures de production statistique au niveau central et provincial (stratégie 1), ii) l'appui technique pour la réalisation du 2ème Recensement Général de la Population et de l'Habitat (stratégie 2) ; iii) l'appui technique à l'intégration des questions de population et développement à l'agenda national (stratégie 3) et iv) le renforcement des capacités de coordination du Ministère du Genre pour la collecte des données SGBV (stratégie 4). Les besoins en données dans les situations humanitaires ont été pris en compte à travers la base de données sur les VBG, et par les opérations de collecte de données³⁵ dans les zones d'action humanitaire.

³² PNSD, 2016, Livre 2, page...

³³ Idem

³⁴ Interviews avec les parties prenantes ; cf. Guide d'entretien pour la collecte des données

³⁵ Evaluation des populations affectées par les crises et de leurs besoins en matière de SR, VIH et VBG

Q3 : Dans quelle mesure le programme pays a tenu compte de la vulnérabilité du pays aux catastrophes et situations d'urgence, à la fois dans la planification et la mise en œuvre ?

L'analyse de la vulnérabilité apparaît dans la formulation du programme pays. Le contexte de fragilité, les conflits internes et dans les pays voisins, les catastrophes naturelles et autres situations d'urgence récurrentes, est mis en exergue dans l'analyse de la situation. Cinq produits (1, 3, 4, 5 et 6) sur les 7 du programme font explicitement référence aux situations humanitaires. Les plans de contingence des provinces les plus vulnérables mettent à jour la situation et préparé la réponse. Les besoins des principales catégories de populations cibles (femmes, jeunes filles et garçons) les plus affectées sont estimés et des interventions en matière de SR/PF, VIH et GBV sont prévues notamment par la mise en place DMU.

Cependant, la fragilité d'un pays, de surcroît dans la région des Grands Lacs confrontée à des tensions politiques et des conflits communautaires, et les difficultés de mobilisation des ressources, rendent la prévisibilité des interventions très aléatoire pour répondre aux besoins.

Enfin, la planification des interventions ne permet pas d'assurer la continuité entre l'urgence et le développement en passant par le relèvement.

Cohérence des interventions du programme avec le plan d'actions humanitaire (PAH)

L'analyse de la vulnérabilité³⁶ a permis d'identifier les femmes, les jeunes filles et les garçons parmi les populations déplacés internes, les retournés, les réfugiés, les survivantes de VBG, les personnes vivant avec le VIH/Sida, les vulnérabilités liées à l'âge et au genre, comme les catégories les plus susceptibles d'être affectées par les situations d'urgence humanitaire. Ainsi, tirant les leçons des expériences passées, un effort a été fait pour une meilleure prise en compte³⁷ des soins obstétricaux et néonataux d'urgence dans la réponse humanitaire. Aussi, on retrouve une bonne convergence entre les objectifs et stratégies du programme avec les cadres stratégiques de réponse humanitaire. Le cadre logique du plan d'action humanitaire 2012³⁸ vise comme objectif spécifique 1 de « réduire la mortalité maternelle et la mortalité infantile »

On retrouve dans les différents plans d'actions humanitaire (RDC, PAH 2015, 2016), entre autres stratégies : i) protéger les personnes affectées par la crise humanitaire, y compris les survivantes de VBG ; et ii) diminuer la surmortalité et la sur morbidité des personnes affectées par la crise. En outre, ces plans d'actions humanitaires définissent comme personnes vulnérables : les déplacés internes, les retournés, les réfugiés, les survivants des VBG, les personnes vivant avec le VIH/Sida, les vulnérabilités liées à l'âge et au genre, les mêmes catégories de populations ciblées par les produits du programme pays prenant en compte les questions humanitaires.

Plusieurs produits du programme traduisent dans leur formulation la prise en compte de l'humanitaire, et des stratégies précises explicitent comment cette question sera réalisée.

● Produit 1 du Programme pays : D'ici 2017, les services des accouchements assistés par un personnel qualifié et des soins obstétriques et néonataux d'urgence dans les zones d'intervention du programme, y compris dans les situations de crises humanitaires, sont améliorés.

- Stratégies 15 : Prise en charge médicale des victimes des violences sexuelles. Elle sera mise en œuvre à travers les activités suivantes : (i) former les prestataires de santé en PEC médicale post viols ; (ii) assurer la prise en charge médicale de victimes de violences sexuelles ; (iii) assurer l'approvisionnement des structures de prise en charge médicale des survivants de violences sexuelles en intrants Kits Post Viol et Kits SR.

³⁶ Plan d'action humanitaire. RDC, 2015, 2017

³⁷ CPAP, p7 : « Les soins obstétriques et néonataux d'urgence n'étaient pas considérés comme une thématique humanitaire, les efforts de plaidoyer par le Bureau Pays ont facilité l'intégration dans le Plan d'Action Humanitaire 2012, des interventions visant l'amélioration de la santé maternelle. »

³⁸ République Démocratique du Congo : Plan d'actions humanitaire, 2012, p38

- Stratégie 16 : Renforcement des structures nationales pour la mise en œuvre du Dispositif Minimum d'Urgence. Elle regroupe les activités suivantes : (i) renforcer les capacités techniques des prestataires et des structures pour la mise en place du DMU ; (ii) renforcer le plaidoyer pour la participation de l'UNFPA dans les différents fora de mobilisation des ressources pour la mise en place du DMU dans le cadre humanitaire ; (iii) renforcer la coordination de la mise en place du DMU dans les zones de crise humanitaire aigue ; (iv) appuyer la mise en œuvre du Plan de Contingence.
- Produit 3 du Programme pays : D'ici 2017, les capacités techniques et institutionnelles du système national d'approvisionnement en médicaments essentiels sont renforcées pour la sécurisation des produits ».
 - Stratégies 32 : Approvisionnement régulier en produits PF/VIH/Kits d'urgence et SONU des structures de santé appuyées y compris les zones en situation humanitaire. L'activité principale consistera à approvisionner les structures en produits SR conformément au Plan national d'Approvisionnement en produits PF/VIH/Kit d'Urgence et SONU : approvisionner les structures en produits SR conformément au Plan national d'Approvisionnement en produits PF/VIH/Kit d'Urgence et SONU.
- Produit 4 du Programme pays : D'ici 2017, les capacités des institutions et organisations communautaires sont renforcées en matière de prévention du VIH, en particulier chez les femmes enceintes, les jeunes, camionneurs, les hommes en uniforme, les travailleurs de sexe et les déplacés internes.
 - Stratégies 45 : Prévention des IST et du VIH/sida et la prise en charge des IST y compris en situations humanitaires : assurer l'information et l'offre des services de lutte contre le VIH/sida au profit des jeunes et adolescents en contexte humanitaire.
- Produit 5 du Programme pays : D'ici 2017, les capacités des institutions, des organisations à base communautaire et de réseaux et organisations communautaires pour la mise en œuvre de l'égalité de genre et des droits reproductifs sont renforcées.
 - Stratégie 54 : Plaidoyer auprès des leaders d'opinions et des hommes en uniformes pour la protection des femmes dans les zones affectées par les conflits. Cette stratégie sera mise en œuvre à travers les activités ci-après : (i) renforcer les capacités des hommes en uniformes sur la protection des femmes dans les zones affectées par les conflits ; (ii) faire le plaidoyer auprès des leaders communautaires pour la protection des femmes dans les zones affectées par les conflits ; (iii) assurer la confection, le pré positionnement et la distribution des kits de dignité culturellement adaptés aux femmes en âge de procréer affectées par les conflits.
- Produit 6 du Programme pays : Les capacités du système statistique national sont renforcées pour l'analyse, la dissémination et l'utilisation des données sociodémographiques de qualité désagrégées pour la planification et le suivi.
 - Stratégie 65 : Renforcement des capacités de coordination du Ministère en charge du Genre pour la collecte des données SGBV. Elle sera mise en œuvre à travers les activités suivantes : (i) renforcer les capacités institutionnelles du Ministère en charge du Genre dans la gestion des données SGBV ; (ii) renforcer les capacités des intervenants dans la collecte des données sur les violences basées sur le genre ; (iii) appuyer la production et l'utilisation des données SGBV.

Cependant, bien que les questions semblent ainsi bien prises en compte dans les produits du programme, les indicateurs ne sont pas systématiquement désagrégés pour faire ressortir à quel point les aspects essentiels, par exemple de la mise en place du DMU et de la coordination des violences basées sur le genre, pourront être appréciés.

Les questions humanitaires ont été intégrées de façon transversale dans l'élaboration du Plan d'Actions du 4e Programme.

En élaborant le programme, l'analyse a évoqué les caractéristiques de la situation de vulnérabilité du pays mettant en exergue la fragilité³⁹ de l'Etat. Les matrices de fragilité découlant de l'analyse

³⁹ CPAP, p5 : « Etat fragile et pays en période post-conflit, la République démocratique du Congo est dans une étape de reconstruction et de consolidation de la paix »

de la situation de la RDC démontrent une insuffisance de capacité⁴⁰ des secteurs sociaux à fournir les services de base aux populations nécessiteuses. C'est certainement pourquoi, l'option a été prise par le programme d'intégrer la réponse aux crises humanitaires de façon transversale dans les principaux domaines du mandat de l'UNFPA, à travers la mise en place du dispositif minimum d'urgence, la réponse aux violences basées sur le genre et la gestion des données.

Pour mieux prévoir la réponse humanitaire, l'analyse de la vulnérabilité a été quelquefois effectuée au cours du cycle du programme sans toutefois être systématisée. Ainsi, UNFPA a développé en 2015 des plans d'urgence pour les provinces les plus à risques du Nord Kivu⁴¹ et du Sud Kivu⁴² qui identifient les principaux types de crises et principales interventions et engagements humanitaires prévus. Les besoins estimés de la réponse de l'UNFPA déterminés dans le plan consolidé ciblaient « au moins 30% des populations affectées les plus vulnérables, soit 1.323.305 personnes dont 847586 IDPs, 439.139 retournés, 36.581 réfugiés dans les zones touchées pour leur accès au dispositif Minimum d'Urgence en Santé Reproductive (DMU/SSR)⁴³ ».

En plus, le programme prévoit le renforcement des capacités de mise en œuvre y compris pour la réponse humanitaire, et de coordination⁴⁴ autour des mécanismes au sein du système des Nations Unies. Le programme a prévu de bâtir ou de poursuivre le partenariat avec les agences des Nations Unies pour la lutte contre les violences basées sur le genre dans les zones de conflit.

Enfin au niveau opérationnel, en plus de ressources humaines spécialisées, un coordonnateur de l'action humanitaire et un spécialiste des violences basées sur le genre, le Bureau décentralisé de Goma (Province Nord Kivu) couvre une zone d'urgence et de transition pour répondre aux situations humanitaires et intégrer la santé de la reproduction dans la réponse humanitaire.

Planification de la réponse des crises survenues durant le cycle du programme :

UNFPA a élaboré de façon ponctuelle des projets humanitaires, le plus souvent financé par le CERF mais aussi d'autres donateurs, pour répondre à des situations d'urgence spécifiques dans les principaux domaines d'intervention. A titre d'exemple, l'accroissement de l'accès⁴⁵⁴⁶ aux services de santé sexuelle et reproductive, et la prévention et la réponse aux violences sexuelles et basées sur le genre, y compris la gestion des données⁴⁷, au profit des populations déplacées internes et communautés hôtes consécutivement aux conflits inter communautaires, aux réfugiés du sud Soudan⁴⁸, de la République Centre Africaines et du Burundi.

Il faut relever l'absence ou l'insuffisance du financement de l'humanitaires par UNFPA. Les « plans de travail humanitaire » financés sur fonds propres, donnait la possibilité de pré-positionner des kits d'urgence et des kits de dignité offrant une capacité de réponse immédiate en attendant un appel de fonds additionnel pour une réponse plus élargie. Cette approche justifiait davantage la pertinence des bureaux décentralisés et des bureaux projets labellisés « humanitaires ».

⁴⁰ RDC, Rapport final de l'évaluation de la fragilité en RDC : PSG 5 : Revenus et service, 2014

⁴¹ Plan de contingence UNFPA, Nord Kivu, 2015

⁴² Plan de contingence UNFPA, Nord Kivu, 2015

⁴³ Plan de réponse humanitaire 2015 de UNFPA RDC

⁴⁴ RDC-UNFPA. CPAP, 2013, p13

⁴⁵ Projet : Amélioration de l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence de qualité et à la planification familiale dans les zones de santé du Nord-Equateur et du Maniéma »

⁴⁶ Projet : Amélioration de l'accès aux services de santé de la reproduction d'urgence chez les déplacés internes et les populations d'accueil au Katanga et au Sud-Kivu

⁴⁷ Projet : Amélioration du système d'information et de gestion des données sur les violences sexuelles dans les provinces de l'Ituri, Nord Kivu, Province Orientale

⁴⁸ Réduction de la mortalité chez les réfugiés sud-soudanais et populations d'accueil par la mise en œuvre du Dispositif Minimum d'Urgence en Santé Sexuelle et Reproductive

La planification des interventions humanitaires n'est faite qu'avec des projets ponctuels financés le plus souvent dans le cadre du mécanisme du CERF. UNFPA pu bénéficier des fonds de stabilisation⁴⁹ généralement pour la lutte contre les VBG, mais la planification des interventions ne pas permis d'assurer la continuité entre l'urgence, le relèvement et le développement.

4.2. Efficacité du programme

L'efficacité du 4ème programme est analysée par rapport aux progrès réalisés vers les sept produits suivants :

- 1) Capacités techniques et opérationnelles des partenaires nationaux pour accroître la demande, fournir des services de planification familiale de qualité, et renforcer la sécurisation des produits de santé de reproduction, y compris dans les situations de crises humanitaires, renforcées.
- 2) Accouchements assistés par du personnel formé et soins obstétricaux et néonataux d'urgence accrus dans les zones ciblées, y compris dans les situations de crises humanitaires ;
- 3) Capacités des institutions et des organisations communautaires dans la prévention du VIH, en particulier chez les femmes enceintes, les jeunes, les travailleurs du sexe, les hommes en uniformes, les chauffeurs de camion et les personnes déplacées conformément aux droits humains, renforcées.
- 4) Capacités des institutions nationales et des organisations des jeunes en vue de l'intégration des questions des jeunes et des adolescents dans les politiques et programmes, renforcées.
- 5) Capacités opérationnelles et institutionnelles des partenaires nationaux pour la prévention des violences basées sur le genre et l'assistance aux survivants, renforcées.
- 6) Capacités des institutions nationales, des organisations à base communautaire et des réseaux sont renforcées pour la promotion de l'égalité de genre et des droits reproductifs.
- 7) Capacités du système statistique national pour la collecte, l'analyse, la dissémination et l'utilisation des données sociodémographiques désagrégées, renforcées.

Q4 : « Dans quelle mesure les produits du programme définis dans le cadre des résultats ont-ils été atteints, notamment en ce qui concerne i) l'accès aux services de la SR, de SONU, de PF et la prise en charge des victimes des VBG ; ii) la disponibilité et l'utilisation des données »

Réalisations et constats

Amélioration de la morbidité et réduction de la mortalité maternelle et néonatale grâce à l'efficacité d'interventions innovantes pour renforcer les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), la planification familiale, le programme sage-femme et la prise en charge des fistules

La RDC est parmi les pays qui comptent les ratios de mortalité maternelle les plus élevés au monde, 843 décès maternels pour 100 mille naissances vivantes⁵⁰, soit environ 3 femmes meurent chaque heure des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement.

Il existe des évidences que les interventions du programme ont contribué à l'amélioration de la santé maternelle et néonatale et la réduction des décès maternels. Les estimations par le Modèle Impact⁵¹ des retombées des produits de santé de la reproduction et de planification familiale corroborées par le vécu des prestataires de santé recueilli durant des missions conjointe⁵² de suivi par le gouvernement et UNFPA révèlent une tendance à la baisse des décès maternels.

⁴⁹ Projet : Gouvernance foncière, cohésion sociale, réinsertion socioéconomique et prévention des violences basées sur le genre dans la zone prioritaire

⁵⁰ Enquête Démographique et de Santé, EDS RDC 2013-2014

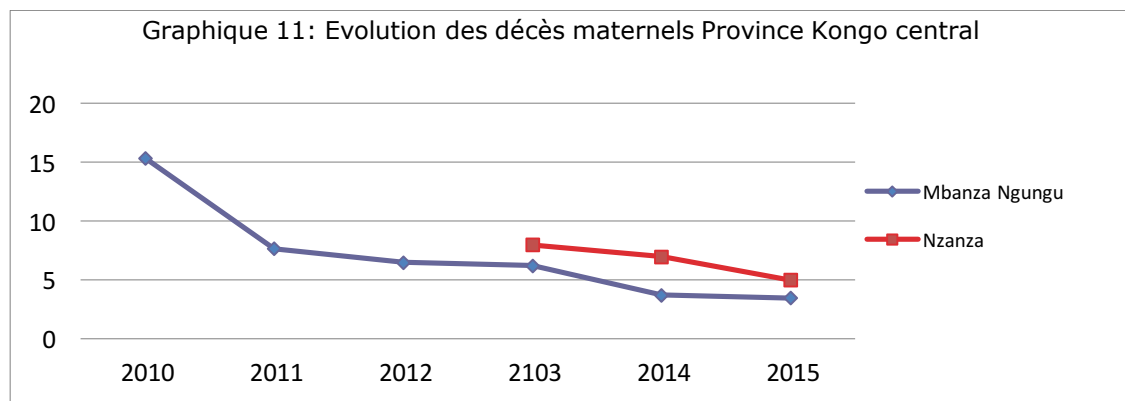
⁵¹ UNFPA RDC. Rapport annuel 2016,

⁵² Rapport de la mission conjointe Gouvernement RDC-UNFPA, 2015



Source : Rapport annuel UNFPA RDC, 2016, données estimées selon le Modèle Impact 2.0

La baisse du nombre de décès maternels évités est certainement le fait du volume des produits SR/PF qui sert à l'estimation par le Modèle Impact.



Source : Rapport mission conjointe Gouvernement-UNFPA, 2015

Produit 1 : D'ici 2017, les capacités techniques et opérationnelles des partenaires nationaux sont renforcées pour accroître la demande, fournir des services de PF de qualité, et renforcer la sécurisation des produits de SR, y compris dans les situations de crises humanitaires

Le programme contribue aux objectifs fixés pour relever la prévalence contraceptive nationale. Dans ce sens, le programme a contribué au recrutement de 8 millions de nouvelles acceptantes alors que la cible du programme était de 5 millions en 2017 grâce à l'achat et la distribution de contraceptifs dans 26 % de l'ensemble des Zones de Santé du pays pour une valeur estimée à USD 22,5 millions, de 2013 à 2016.

L'amélioration de la chaîne d'approvisionnement en produits SR/PF est observée, grâce à l'utilisation des évidences des enquêtes de suivi, les études comportementales et la cartographie des interventions.

L'environnement a été rendu de plus en plus favorable avec un engagement national en faveur de la PF matérialisé par l'octroi d'une ligne budgétaire de USD \$2,5 million dont un million libéré en 2016 grâce au plaidoyer de l'UNFPA. Mais la pérennité de cet engagement reste aléatoire.

Les performances du programme sont renforcées par les approches communautaires, même si l'implication des hommes dans ces différentes thématiques demeure encore faible. Et les défis restent importants pour renforcer la disponibilité des services de PF, l'intégration et/ou le maintien des services de PF avec les services de santé maternelle et néonatale et de VIH.

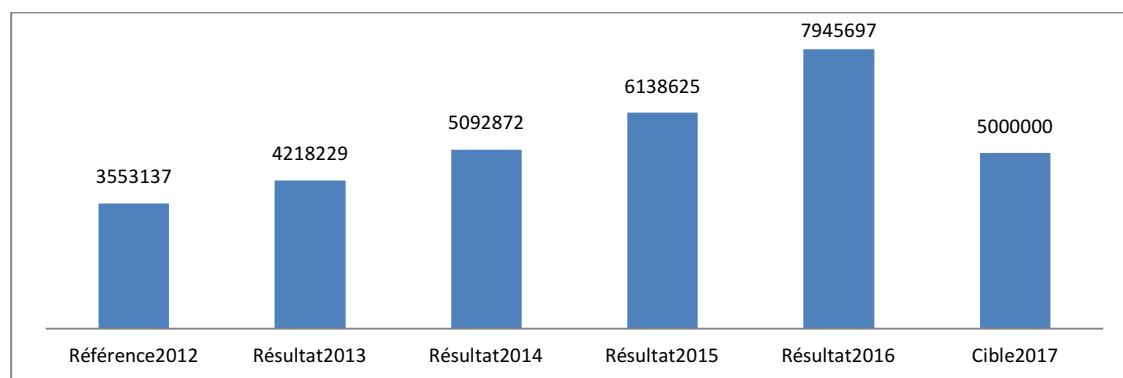
Evolution des indicateurs et réalisations

La RDC connaît un niveau de prévalence contraceptive faible de 7,8 %⁵³ en 2013 et en 2014, pendant que la cible fixée pour 2017 était de 15 % et une demande non satisfaite de près de 28 %.

⁵³ Enquête Démographique et de Santé, EDS RDC 2013-2014

Le programme s'est fixé un objectif d'un million de nouvelles utilisatrices par an pour contribuer à l'objectif national d'atteindre 19 % de la prévalence contraceptive en 2020. A ce titre, des performances substantielles ont été réalisées en termes d'offres de services de PF avec une évolution satisfaisante des indicateurs au cours des quatre années sous revue. Ainsi, le nombre de nouvelles adhérentes aux méthodes de contraception moderne a connu un accroissement fulgurant à partir de 2015 (voir graphique 9). Cette performance a été facilitée par les campagnes⁵⁴ multimédia d'offre de services gratuite utilisant les jeunes, de même que les efforts fait en matière d'amélioration de la chaîne d'approvisionnement.

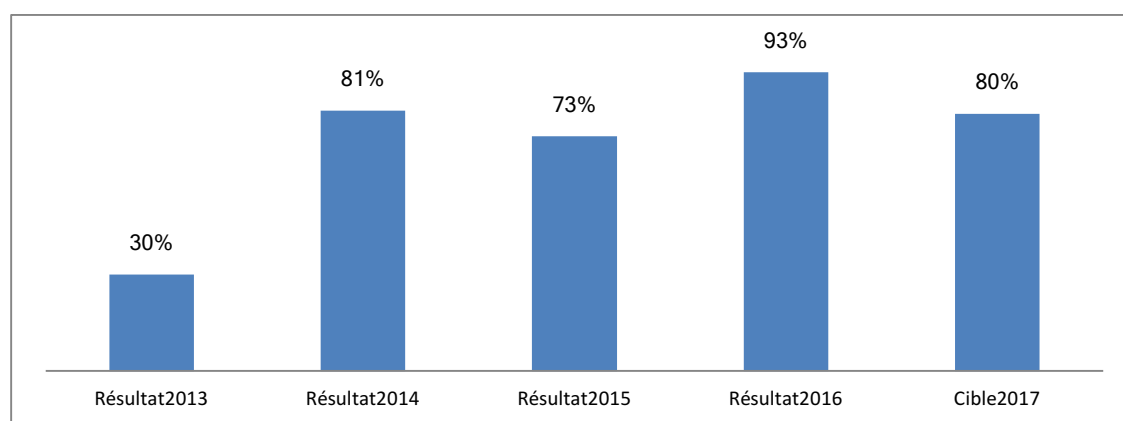
Graphique 12 : Evolution du nombre de nouvelles adhérentes en planification familiale depuis 2013



Source : Evaluation, tiré du tableau des indicateurs du programme

Toujours en matière d'offre de services de contraception, l'enquête⁵⁵ de suivi des indicateurs du programme global de sécurisation des produits de santé de la reproduction (UNFPA Supplies) montre que 93 % des formations sanitaires enquêtées proposent au moins trois moyens de contraception moderne et 79% offrent au moins 5 méthodes contraceptives modernes.

Graphique 13 : Evolution proportion (%) des structures de santé offrant au moins 3 méthodes de contraception



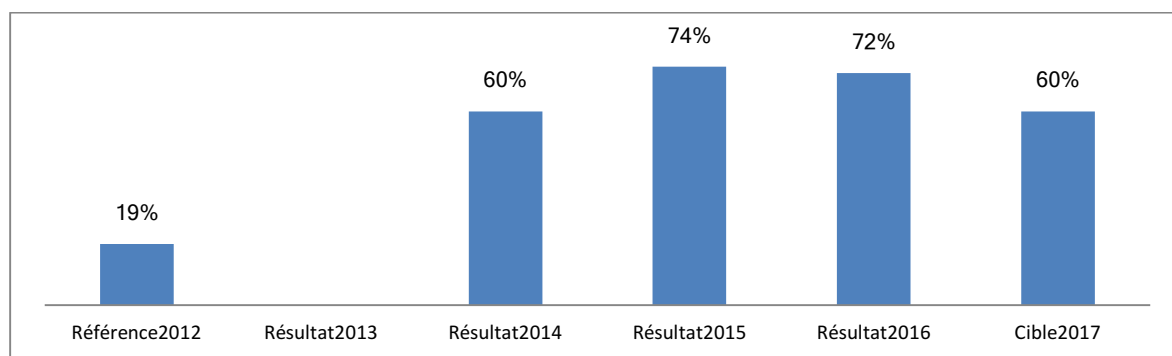
Source : Evaluation, tiré du tableau des indicateurs du programme

De même, la proportion de points de distribution n'ayant pas connu des ruptures de stocks de contraceptifs s'est nettement améliorée entre 2012 et 2016, passant de 19 % à 72 %, grâce notamment à l'allocation de près de USD 22,5 millions dans l'approvisionnement des structures en produits contraceptifs au cours des quatre années de mise en œuvre.

⁵⁴ Rapport campagne « Tam Tam » d'offre de service de planification familiale 2016

⁵⁵ UNFPA-RDC. Rapport enquête SPSR 2016

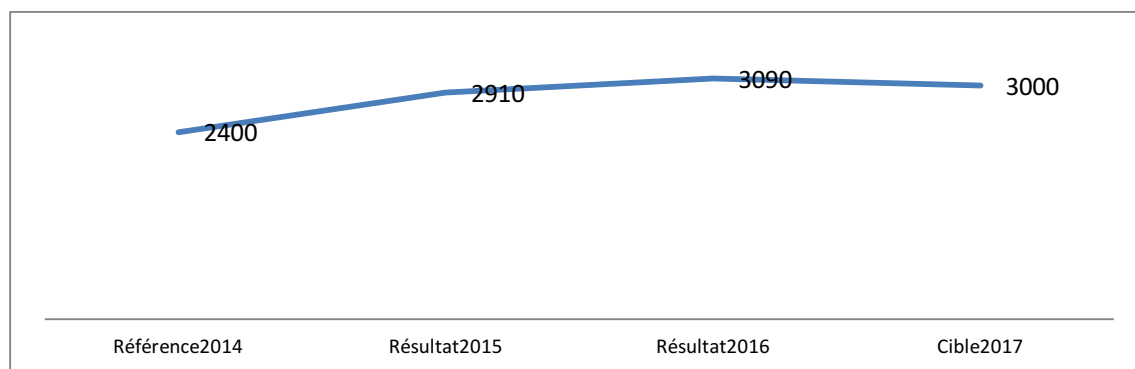
Graphique 14 : % points distributions n'ayant pas connu rupture stocks de contraceptifs au cours de 6 derniers mois



Source : Evaluation, tiré du tableau des indicateurs du programme

Parallèlement aux efforts de disponibilisation des contraceptifs, d'autres efforts ont été réalisés dans la formation de prestataires de service de PF. Le nombre de ces derniers est passé de 2400 en 2014 à 3090 en 2016, dépassant légèrement la cible fixée pour 2017 à 3000. Toutefois, les données de suivi produites par les autorités sanitaires montrent un déficit criant de personnels qualifiés pour offrir des services de qualité.

Graphique 15 : Evolution du nombre de prestataires formés depuis 2014



Source : Evaluation, tiré du tableau des indicateurs du programme

Les résultats obtenus en rapport avec ce produit sont consécutifs à un partenariat efficace au niveau stratégique et technique. En effet, le programme a noué des partenariats efficaces qui ont concouru à la réalisation des performances présentées précédemment. Au-delà des institutions étatiques : Ministère de la santé publique (PNSR, PNAM et Divisions provinciales de santé), Ministère du Genre, Famille et Enfant (SNFD et Divisions provinciales du genre), le programme a développé des partenariats avec des ONG internationales et nationales (ABEF, Word Production, Oxfam-Québec, le CHAI, Médecins du monde, Pathfinder, etc.). Les résultats obtenus ont bénéficié d'un ensemble de facteurs favorisés par le programme :

Un engagement plus soutenu des autorités et un partenariat stratégique pour la promotion de la planification familiale

Grâce à un plaidoyer basé sur des évidences du sénior management de l'UNFPA, tant au niveau national, avec les conférences nationales⁵⁶ et internationales⁵⁷ sur la PF, les autorités de la RDC se sont fortement engagées. Cet engagement s'est manifesté par la mobilisation de ressources domestiques avec l'inscription d'une ligne budgétaire pour l'achat de contraceptifs. Sur un

⁵⁶ Actes des conférences nationales sur la planification familiale 2014, 2015

⁵⁷ Communication du Premier ministre, SEM Matata Ponyo à la Conférence de Bali, 2016

engagement de USD 2,5 millions, un montant de USD un million a été versé à UNFPA en 2017, une première en RDC. Au Nord-Kivu, une matinée de plaidoyer a été organisée par le Comité Technique Permanent de la Planification Familiale (CTMP/PF) du Nord-Kivu, dont UNFPA assure la vice-présidence, à l'intention des députés provinciaux et des membres de l'exécutif provincial. Il en a découlé un engagement formel de l'autorité provinciale pour la création d'une ligne budgétaire destinée à l'achat des contraceptifs sur fonds propres de la province.

Une intégration progressive des services de santé maternelle et néonatale, de planification familiale et de prévention du VIH pour améliorer la disponibilité des services de PF dans les structures de santé, mais également au niveau des communautés.

Le programme a permis l'intégration (et/ou le maintien) des services de PF dans 226⁵⁸ (sur 516) Zones de Santé, soit près de 44% du total de ZS qui ont des services de PF dans le pays. Au niveau communautaire, le programme a renforcé la distribution à base communautaire en développant des nouveaux partenariats avec les ONG DKT, E2A, et ABEF/IPPF, et l'Université de Tulane pour augmenter l'accessibilité dans la communauté. Mais les entretiens avec les partenaires sur le terrain dans les provinces de Nord-Kivu révèlent que l'utilisation des relais communautaires pour l'offre des services se serait heurtée au cours du cycle du programme à des approches conduites par certaines organisations qui motivaient financièrement les relais communautaires, créant ainsi un biais et une démotivation de ceux utilisés par l'UNFPA qui n'étaient pas payés.

Approvisionnement des structures de santé en produits de SR/PF de qualité grâce à une distribution à tous les niveaux de la chaîne de distribution y compris le niveau communautaire.

Avec la contribution de « UNFPA Supplies »⁵⁹, UNFPA a approvisionné le pays en contraceptifs pour une valeur moyenne de USD \$22,5 millions sur la période sous revue, ce qui représente près de 50 % du budget alloué à la SR/PF. En 2015, le pays a bénéficié d'un financement additionnel de USD 3 millions du fonds RMNCH pour les produits de PF et les médicaments vitaux de la SR tels que le Sulfate de Magnésium, l'Ocytocine et le Misoprostol et les tests rapide de dépistage de VIH.

Depuis 2014, UNFPA a contribué à l'amélioration de la chaîne d'approvisionnement (La proportion de points de distribution n'ayant pas connu de ruptures de stocks de contraceptifs est, passée de 19 % à 72 % entre 2012 et 2016), grâce à une meilleure gestion basée sur des évidences. Le suivi régulier des indicateurs⁶⁰ de la sécurisation des produits de la SR, les études comportementales (quantitatives et qualitatives) menées en partenariat avec l'ONG Population Services International (PSI) sur l'élimination de barrières à l'accès aux 13 médicaments qui sauvent la vie de femmes, et la cartographie des intervenants PF avec l'ONG Clinton Health Access Initiative (CHAI). UNFPA a aussi contribué au plan stratégique du système national d'approvisionnement en médicaments essentiels (SNAME) 2016-2020.

En ce qui concerne l'approvisionnement des structures de santé en contraceptifs, le programme a appuyé le Ministère de la Santé dans l'achat et la distribution des contraceptifs modernes dans 133 ZS de 8 DPS, soit 26 % de l'ensemble des ZS du pays ; et 46 % des ZS qui ont des services de PF. La distribution des produits contraceptifs est renforcée grâce à la collaboration avec les ONG.

Pour les situations d'urgence humanitaire, le programme a appuyé les projets humanitaire (CERF et Pooled Fund) et de transition (SGBV Canada, Japonais) pour la quantification, l'acquisition et la mise à disposition des contraceptifs et kits de SR d'urgence jusqu'aux formations sanitaires ciblées en faveur des réfugiés Burundais au Sud-Kivu, des réfugiés Sud-soudanais, des déplacés internes.

⁵⁸ Rapport de la cartographie PF du partenaire Clinton Health Access Initiative (CHAI), 2016

⁵⁹ Programme global de sécurisation des produits de santé de la reproduction

⁶⁰ Enquêtes sur la sécurisation des produits de santé de la reproduction 2014, 2015 et 2016

Cependant, des contraintes majeures obèrent l'efficacité de la chaîne d'approvisionnement dont le transport, réalisé essentiellement par avion, crevant considérablement les budgets alloués à l'achat des produits. Face à ce défi, l'UNFPA cherche une meilleure cout-efficacité à travers une collaboration structurée avec le PAM, afin d'utiliser son système logistique performant et bien implanté. Par ailleurs, en l'absence d'un SIGL fonctionnel, depuis 2016, l'unité des commodités utilise la stratégie de push informé pour améliorer la disponibilité des produits au niveau des ZS.

Renforcement des capacités institutionnelles et techniques des structures, des prestataires et des agents communautaires en vue d'offrir des services de PF de qualité

Le programme a beaucoup investi dans le renforcement des capacités techniques et institutionnelles du Ministère de la Santé pour améliorer la gestion de la chaîne d'approvisionnement en commodités. Le Programme National d'Approvisionnement des Médicaments essentiels (PNAM) a été équipé et appuyé pour conduire des missions conjointes de suivi et de supervision de la gestion des commodités. Deux dépôts de ZS ont été réhabilités pour le stockage des produits de SR dans la ville de Kinshasa.

Au niveau technique, depuis 2013 plus ou moins 850 prestataires et gestionnaires ont été formés en gestion de commodités, en prévision et en gestion de l'information sur la logistique avec le logiciel Channel. En plus, 26 cadres et formateurs du Ministère de la santé, de l'Autorité de Régulation de Passation des Marchés Publics (ARMP) et de la Faculté de Pharmacie de l'Université de Kinshasa ont été formés en procédures de passation de marchés publiques. La formation en ligne en passation de marché du niveau 1 a été postée sur les sites web de l'ARMP et de l'Université de Kinshasa, ce qui a permis de former plus de 200 agents et étudiants.

Il faut souligner que ces formations sont pertinentes, mais ne profitent qu'à un nombre réduit des prestataires, alors que les besoins à couvrir dans ce domaine demeurent immenses.

Produit 2 : D'ici 2017, les accouchements assistés par du personnel formé et les soins obstétricaux et néonataux d'urgence sont améliorés dans les zones ciblées, y compris dans les situations de crises humanitaires

La problématique de la santé maternelle est adressée par le renforcement des SONU, la réparation des fistules obstétricales, et le programme sages-femmes où de réels progrès sont démontrés par l'évolution des indicateurs. Un accent particulier a été accordé à l'environnement et au système de santé avec l'appui à l'élaboration de documents stratégiques et normatifs. Le programme a redynamisé la surveillance des décès maternels et riposte, actuellement 100 % des DPS notifient les cas de décès maternels en RDC.

Concernant les SONU, UNFPA a appuyé la constitution d'un pool de formateurs qui ont formé 919 prestataires. L'amélioration de l'offre de SONU a été axée sur le renforcement du plateau technique, grâce à l'initiative H6+, avec la définition d'un paquet de service complets et une liste de 13 médicaments pour sauver la vie des femmes. Pour le moment cette initiative ne concerne pour le moment que 29 FOSA dans la zone couverte par le programme pays. Il est aussi noté une mobilisation communautaire en faveur de la SMNEA, à travers des campagnes de sensibilisation, qui impliquent des leaders communautaires.

UNFPA a fait des campagnes de réparation des fistules obstétricales une expérience réussie. Durant les quatre années de mise en œuvre, un total de 3970 cas de fistules obstétricales a été réparé, mais cela ne représente qu'une très faible proportion du fait que la prévalence des fistules obstétricales est estimée à plus de 40.000 cas en RDC. La pérennité de cette activité reste fragile, à cause de l'insuffisance des ressources (financières et humaines) malgré une relative bonne appropriation nationale.

Enfin compte tenu de l'importance du pilier sage-femme dans la lutte contre les décès maternels, le plaidoyer mené auprès du Ministère de l'enseignement supérieur et universitaire a permis la création de la filière sages-femmes dans les programmes universitaires. Quelques 9 établissements de formation des sages-femmes ont bénéficié de renforcement institutionnel (équipements didactiques) et technique avec la formation de 154 enseignants permettant, en fin de compte, à ce jour la formation de 3818 sages-femmes suivant les normes ICM de l'OMS. Ici aussi, bien qu'une appropriation soit observée, le programme souffre de plusieurs problèmes dont le faible nombre d'enseignants et d'instituts de formation couverts.

Evolution des indicateurs et réalisations

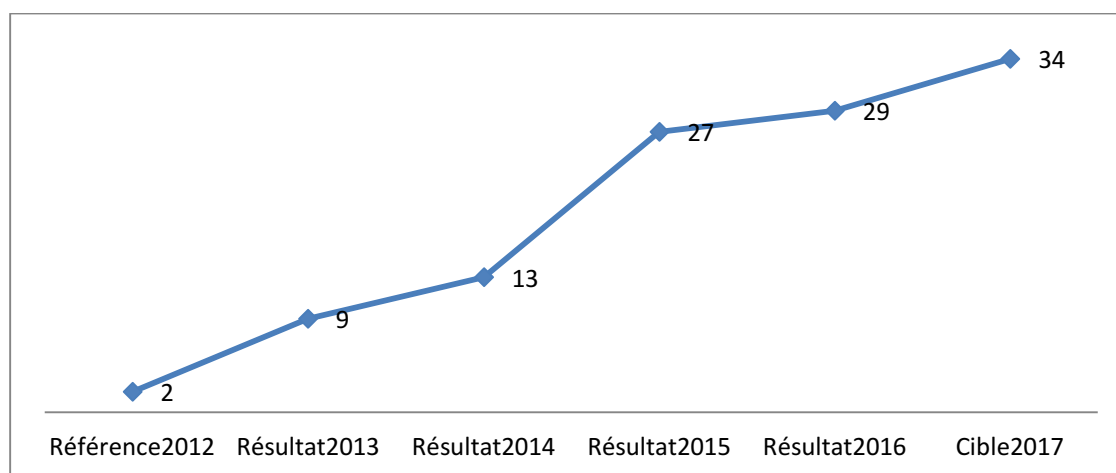
Avec l'initiative H6+⁶¹, UNFPA a assuré son leadership dans la santé de la reproduction, la maternelle et néonatale. A ce titre, le programme a renforcé les capacités de coordination du gouvernement dans la SRMNEA à travers la mise en place d'une Task-force au niveau national et dans 3 provinces (Kongo-Central, Bandundu, Kinshasa), et une coordination inter-agence (UNICEF, OMS, Banque Mondiale, ONU FEMMES, ONUSIDA et PAM) par UNFPA jusqu'en 2016.

L'UNFPA a contribué à l'élaboration de documents de politiques et de stratégies (Normes et directives SRMNEA, Plan stratégique SRAJ, Plan stratégique PF 2014-2020, Plan stratégique SR 2016-2020 - en cours d'élaboration), et le processus de réforme sanitaire en RDC incluant le contrat unique, la couverture universelle de santé, etc.). Le programme a aussi appuyé l'élaboration et la mise en œuvre des cadres d'accélération des OMDs 4 et 5.

Le programme a également appuyé la surveillance des décès maternels et riposte fortement recommandée par l'OMS et l'UNFPA dans les pays où les décès maternels sont élevés à travers l'élaboration d'un guide et des outils, et l'intégration des décès maternels dans les outils de la surveillance de maladies ou événements à déclaration hebdomadaires obligatoires. Avec comme résultat, 100 % des DPS notifient les cas de décès maternels.

L'évolution des indicateurs⁶² démontre une réelle contribution du programme à l'amélioration de la santé maternelle. Bien que limité dans les zones couvertes par l'initiative H6+, des efforts importants sont observés pour accroître la disponibilité et l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence. Le nombre de FOSA de référence offrant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets a connu une forte augmentation, passant entre 2012 et 2016, de 2 à 29.

Graphique 16 : Evolution du nombre de FOSA offrant les SONU complets depuis 2013



Source : Evaluation, tiré du tableau des indicateurs du programme

Des écoles de formation des sages-femmes équipées (matériels et didactiques) pour dispenser des enseignements basés sur les compétences.

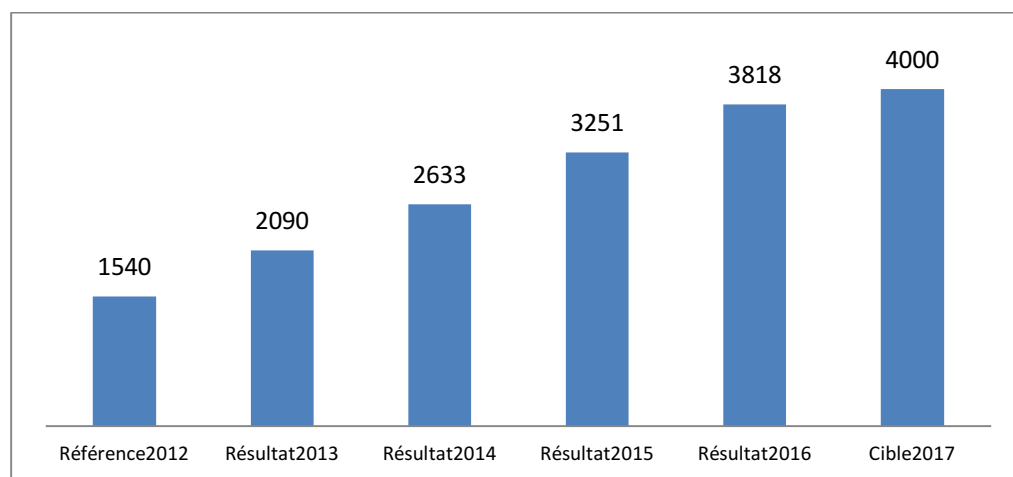
L'appui du programme à la formation des sage-femme a permis d'accroître de façon constante le nombre de sages-femmes formés suivant les normes ICM de l'OMS, 3 818 formées sur un objectif de 4000, soit plus de 95 % avant terme.

⁶¹ Rapport étude de cas RDC. Evaluation H6+

⁶² Matrice des indicateurs du programme

Le programme Sage-Femme a connu des avancées remarquables en RDC. Le plaidoyer mené par l'UNFPA au niveau du Ministère de l'Enseignement Supérieur et Universitaire a permis la création d'une filière de formation de sages-femmes matérialisée aussi par la reconnaissance de la profession sage-femme comme une catégorie professionnelle à part entière par la commission des RHS du Ministère de la Santé, et la révision du curriculum de formation des sages-femmes avec un programme de formation adapté aux besoins du pays et répondant aux normes de l'ICM/OMS. La mise en place effective du programme a bénéficié d'un appui financier et technique pour la formation des 154 enseignants dans 9 établissements de formation de sages-femmes à la pédagogie axée sur les compétences et de 133 encadreurs de stages en techniques d'encadrement de stagiaires selon l'approche par compétences.

Graphique 17 : Evolution du nombre de Sages-Femmes formés 2013



Source : Evaluation, tiré du tableau des indicateurs du programme

Toutefois, le programme de formation de sages-femmes fait face à certains problèmes : i) la validation du programme souffre de l'absence de collaboration entre les deux ministères de tutelle : Ministère de l'ESU (formateur) et Ministère de la Santé (utilisateur) ; ii) l'insuffisance d'enseignants qualifiés ; iii) absence de mécanismes de réglementation adéquat pour la pratique ; iv) l'absence d'une politique nationale ou provinciale de recrutement des sages-femmes formées ; v) l'inadéquation entre les infrastructures existantes et le nouveau curriculum sage-femme, de sorte que, une fois sortie de la formation, les sages-femmes formés ne peuvent appliquer toutes les connaissances apprises pendant leur formation.

La réduction de la morbidité maternelle a ciblé principalement, suivant une approche basée sur les droits humains, la prévention et la réparation des fistules obstétricales affectant davantage les catégories de la population vivant dans des situations de précarité et de vulnérabilité.

Une autre initiative importante du programme est sans nul doute les campagnes de réparation des fistules obstétricales⁶³. Pour en assurer la pérennité, l'UNFPA associe les structures sanitaires locales aussi bien publiques que privées (l'Hôpital Biamba Marie-Mutombo à Kinshasa, l'Hôpital de Kyeshero à Goma, l'Hôpital Panzi à Bukavu et l'Hôpital Benniker à Lubumbashi).

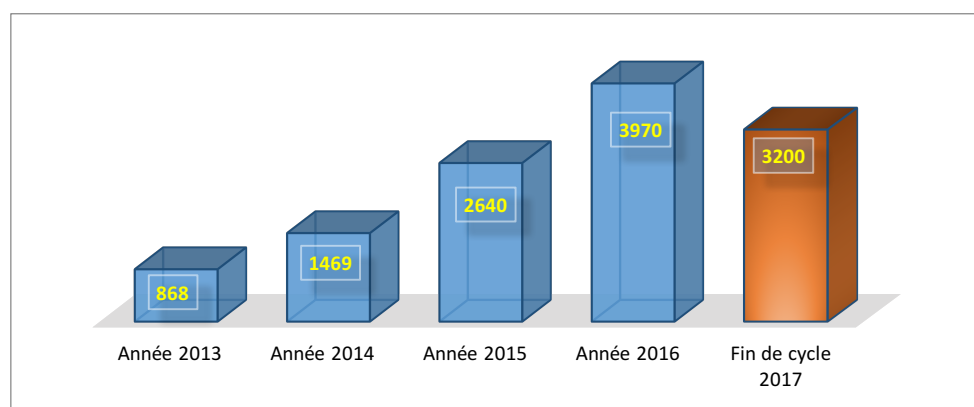
Le programme a réalisé une très bonne performance en réparant quelque 3.970 cas de fistules depuis 2013 pour une cible de 3.200 en 2017. Le graphique n°17 montre les progrès réalisés depuis le début du cycle à travers des campagnes qui combinent trois aspects⁶⁴ :

⁶³ <https://www.youtube.com/watch?v=c25Mt6UNN6c>, pour voir un film relatant la pertinence et la haute portée de la campagne de réparation des fistules

⁶⁴ Rapport annuel UNFPA 2015

- Plaidoyer auprès des autorités politiques et académiques pour la mobilisation des ressources et des décideurs, ainsi que l'intégration de modules universitaires dans la formation des médecins ;
- Réparation des fistules couplée au renforcement des capacités des chirurgiens locaux par des chirurgiens internationaux, 36 médecins ont été formés en réparation de fistules obstétricales.

Graphique 18 : Evolution du nombre des cas des fistules réparées depuis 2014



Source : Evaluation, tiré du tableau des indicateurs du programme

Cependant, la pérennité de cette activité reste fragile faute de ressources (financières et humaines) suffisantes. En dehors du matériel doté aux FOSA par l'UNFPA, l'intervention financière de ce dernier ne couvre en moyenne que 50 % de coûts requis pour chaque cas. La différence est couverte par d'autres sources, dont les hôpitaux eux-mêmes : Hope in Action pour l'Hôpital de Kyeshero et les Cliniques Benniker à Lubumbashi. Il y a également le cas des femmes qui arrivent à l'Hôpital en dehors des campagnes, leur prise en charge est assurée entièrement par les hôpitaux concernés. La réinsertion socioéconomique de ces femmes porteuses de fistules demeure faible. Quant aux ressources humaines, il ressort que le nombre de médecins capables d'opérer les fistules obstétricales est très faible. Le plaidoyer, la communication et la sensibilisation devraient renforcer la faible sensibilité nationale pour la problématique des fistules. UNFPA est en train d'appuyer le PNSR à développer une stratégie nationale d'élimination de la fistule obstétricale.

Compte tenu de la modicité des fonds propres, du coût élevé de ces opérations et de la pauvreté des malades, il y a lieu d'imaginer d'autres mécanismes de prise en charge des cas de fistules.

Partenariat

Les résultats obtenus au niveau de ce produit ont été obtenus consécutivement au partenariat efficace au niveau stratégique et technique, avec : les institutions étatiques du Ministère de la santé publique, du Ministère de l'Enseignement Supérieur et Universitaire, du Ministère du Genre, Famille et Enfants) et de leurs services décentralisés; les ONG internationales et nationales, et les institutions du secteur privé (Hôpital Marie-Mutombo, Hôpital de Kyeshero, Centre Médical Benniker de Hope Mama Afrique à Lubumbashi) ;

Des formations sanitaires renforcées avec des prestataires de santé formés capables de fournir des services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), y compris pour la mise en œuvre du dispositif minimum d'urgence (DMU) et la réparation des fistules.

Le programme a appuyé la formation d'un pool de formateurs en SONU sur la base d'un guide de formation en 21 modules élaboré par un groupe de travail composé des experts du MSP, des universités, des cliniciens spécialistes et des généralistes, des sages-femmes, des experts des Nations Unies et autres partenaires de la santé. Pour appuyer cette formation basée sur les compétences, le programme a octroyé du matériel didactique à trois pools de formation installés dans les provinces du Kongo central, du Kwilu et à l'Université de Kinshasa. Au total, 58 formateurs ont été formés en 2013 (26) et 2014 (32) au niveau central (26), au Kongo Central

(16) et au Bandundu (16). Par la suite, 919 prestataires ont été formés à l'offre de soins obstétricaux et néonataux d'urgence dans les zones couvertes directement par l'UNFPA.

Comme identifié dans la théorie de changement (Annexe 3), la rétention des prestataires formés et la motivation sont des facteurs indispensables pour bénéficier de l'impact de ces formations.

Des structures de santé renforcées avec un plateau technique (équipement et matériels médicaux) de qualité et régulièrement approvisionnées en médicaments : médicaments pour sauver la vie des femmes (Life-saving), Kits de SR, Kits post-viol et Kits de réparation de fistules.

Un paquet de services complets a été développé sous forme de normes et directives pour l'offre de service comprenant au moins : i) la planification familiale ; ii) la couverture adéquate en CPN de qualité ; iii) le dépistage systématique du VIH chez les femmes enceintes ; iv) la généralisation de l'assistance à l'accouchement avec l'utilisation accrue du partogramme, la césarienne et la disponibilité du sang ; v) les soins essentiels du nouveau-né ; vi) la couverture adéquate en consultation post-natale ; vii) les soins appropriés pour les petits poids à la naissance ; viii) la prophylaxie ARV chez les femmes séropositives et les nouveau-nés de femmes séropositives VIH ou exposés ; (ix) et la nutrition dans le SRMNEA. Ceci est complété par la définition de 13 médicaments qui sauvent la vie des femmes et des enfants.

Pour renforcer l'offre de services de santé maternelle et néonatale, UNFPA a tiré avantage de l'aspect catalytique de l'Initiative H6+, en complétant la dotation des commodités par UNICEF par l'approvisionnement en contraceptifs, en médicaments SONU et en équipements dans les zones ciblées. Les rapports de supervision⁶⁵ indiquent que le nombre de FOSA offrant des services complets de SONU se situait à 29 en 2016, ce qui montre que les besoins sont encore immenses dans ce domaine si on tient compte du nombre total de 7.688⁶⁶ FOSA.

Encadré : Leçons apprises

- Les interventions à caractère stratégique et catalytique facilitent un rapide passage à l'échelle : (i) La formation SONU selon la nouvelle approche est à étendre dans tout le pays et à appuyer par plusieurs autres bailleurs, (ii) L'intégration de la surveillance de décès maternels dans les outils de la direction de la lutte contre les maladies a permis de passer à la notification nationale très rapidement et à moindre coût, (iii) Le programme sage-femme est également à étendre pour faire face aux besoins ; d'où la nécessité de mobiliser de plus en plus d'autres bailleurs
- La formation des médecins lors des campagnes nécessite un coaching de plusieurs jours pour voir l'apprenant opérer seul sous la supervision du Formateur ;
- L'implication des ONGs est un atout pour la réinsertion sociale des femmes guéries de fistules et suivi post guérison dans la communauté.

Produit 3 : D'ici 2017, les capacités des institutions et des organisations communautaires sont renforcées dans la prévention du VIH, en particulier chez les femmes enceintes, les jeunes, les travailleurs du sexe, les hommes en uniforme, les chauffeurs de camion et les personnes déplacées conformément aux droits humains.

Le programme a mis l'accent sur la distribution d'une grande quantité de préservatifs, notamment auprès des populations à risque (les militaires et policiers, les travailleurs de sexe et les jeunes). Plus ou moins 182 940 630 préservatifs ont été distribués entre 2013 et 2016, dont 177 686 330 préservatifs masculins

⁶⁵ Rapports de supervision

⁶⁶ Evaluation des indicateurs pour le suivi du programme de sécurisation de produits de santé de la reproduction en RDC : Rapport d'Enquête, 2016

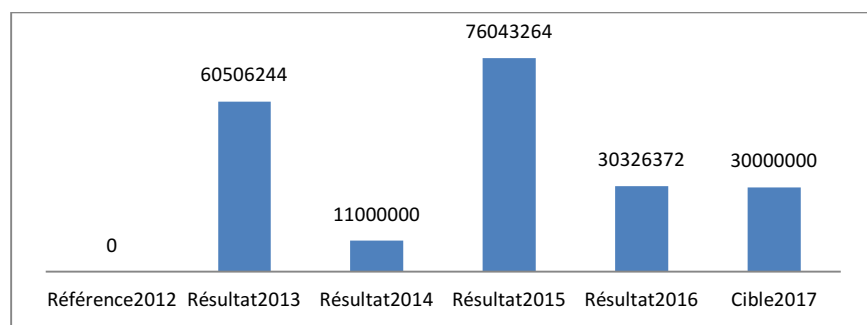
et 5254300 féminins à travers le système de santé et le réseau communautaire. Grâce aux activités de prévention des IST et du VIH, le nombre de jeunes dont les IST ont été traités et de ceux qui se sont faits dépistés du VIH a doublé pendant la mise en œuvre du programme.

Au total, les résultats obtenus pour ce produit 3 paraissent faibles, peut-être parce qu'il a été peu financé : en 2013 (\$504 000\$), 2014 (\$204,000) 2015 (\$128,000) et en 2016 pas de financement. Cela semble s'expliquer par un changement de cadre (activités maintenues, mais conduites sous le Produit 4 Adolescents/Jeunes), plutôt qu'un changement fondamental des priorités.

Evolution des indicateurs

Le programme a appuyé la promotion de l'utilisation des préservatifs, notamment par le canal du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida (PNMLS). De 2013 à 2016, c'est plus ou moins 182.940.630 préservatifs qui ont été distribués, dont 177.686.330 préservatifs masculins et 5.254.300 féminins à travers le système de santé et le réseau communautaire. Cette distribution a ciblé de façon spécifique, les populations les plus à risque : 400.000 préservatifs distribués auprès des militaires et policiers en situation humanitaire à Goma ; 682.221 auprès des Professionnels de sexe à Lubumbashi. Le programme de promotion de l'utilisation des préservatifs à travers le marketing social ciblant les jeunes dans les villes de Kinshasa et Lubumbashi a permis de distribuer environ 4.551.000 préservatifs masculins emballés (2 968 000 à Kinshasa et 1 583 276 à Lubumbashi.). A Goma, 30.000.000 de condoms masculins et 600.000 condoms féminins ont été distribués.

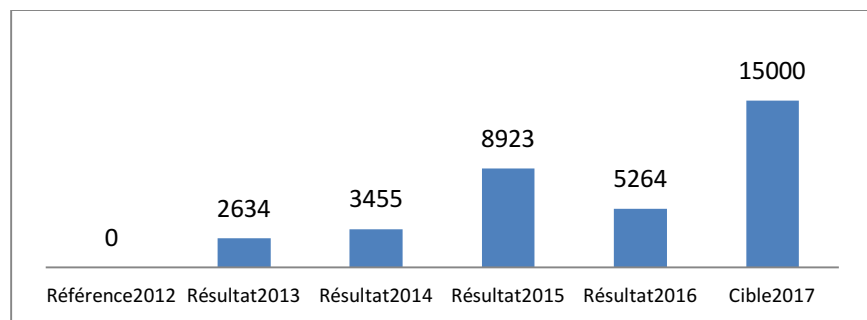
Graphique 19 : Evolution du nombre des condoms distribués depuis 2013



Source : Evaluation, tiré du tableau des indicateurs du programme

En rapport avec l'appui à la prévention des IST/VIH et l'offre des services de santé sexuelle et de reproduction, on observe que le nombre de cas d'IST qui ont été traités chez les adolescents et jeunes a connu une augmentation entre 2013 et 2016, même si une baisse sensible est observée entre 2015 et 2016. Il a été constaté aussi que la cible fixée au début du cycle de « 3.000 cas traités par an » semble peu ambitieux et devrait être révisée à la hausse. En 2016 enfin, 10407 cas d'IST sont traités parmi les déplacés internes.

Figure 20 : Evolution du nombre des cas des IST traités auprès de jeunes de 15-24 ans



Source : Evaluation, tiré du tableau des indicateurs du programme

Le nombre d'adolescents et de jeunes qui ont été dépistés au VIH a plus que doublé entre 2014 et 2016 (allant de 9585 à 23644), dont 51 % de ces jeunes sont des filles.

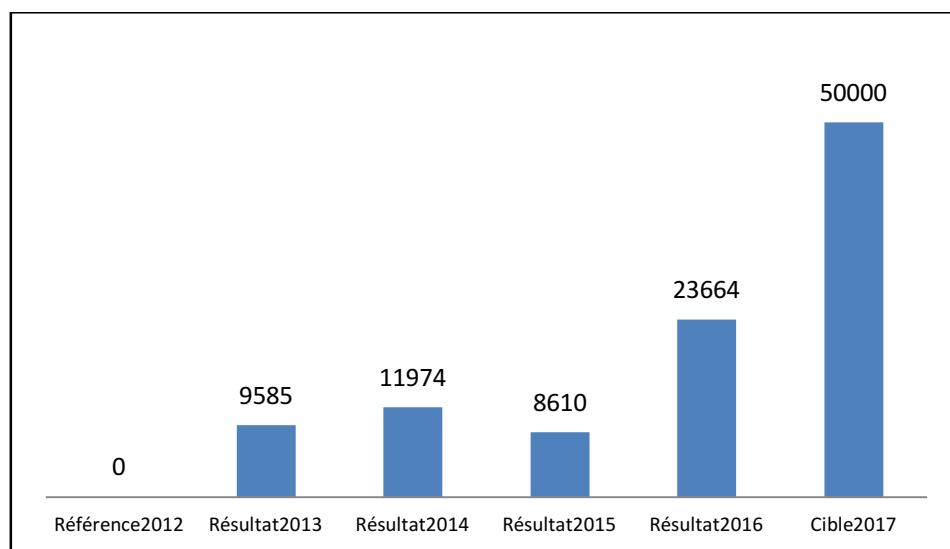
Le programme a par ailleurs procédé au renforcement des capacités des acteurs pour la sensibilisation et l'offre des services : 20 pairs éducateurs militaires et policiers ont été formés par la PNC et FARDC sur les techniques de prévention du VIH/SIDA. Dans les centres de jeunes, des pairs éducateurs ont été formés pour la sensibilisation et la distribution de condoms.

Le programme a aussi appuyé la sensibilisation des populations à risque : 32.794 jeunes ont été sensibilisés à travers divers canaux (Causeries éducatives, théâtres et autres) sur la prévention du VIH et la santé sexuelle et reproductive, parmi lesquelles 16.637 filles et 16.157 garçons. En plus, près de 150.000 jeunes et adolescents ont été sensibilisés à travers les radios locales à Lubumbashi. Dans le Nord et Sud-Kivu, 15.197 personnes ont été sensibilisées sur le VIH/SRAJ/IST, dont 300 militaires et policiers et 1200 dépendants ; 2 000 passagers et membres d'équipage des bateaux ; 50 Hôteliers ont été sensibilisés sur la disponibilité et l'utilisation systématique des préservatifs par les clients ayant des rapports sexuels occasionnels.

Par ailleurs, 74.995 autres personnes incluant diverses couches de la population ont été sensibilisées sur les moyens de prévention des IST/VIH-SIDA à Kasumbalesa et Likasi (Province Haut Katanga) ; 1.200 militaires, 800 policiers et 600 dépendants ont été sensibilisés à Bukavu (Province Sud Kivu) ; 85 motards et 120 professionnelles de sexes l'ont été à Bukavu

Le programme a aussi appuyé le renforcement des capacités des acteurs pour la sensibilisation et l'offre des services. Ainsi, 90 pairs éducateurs ont été formés en technique de pair-éducation sur le VIH et SSRAJ, dont 60 jeunes et adolescents à Goma (30 adolescents de 13-18 ans dont 17 filles et 13 garçons) et 30 jeunes à Bukavu (19 filles et 11 garçons). On note également que 26 jeunes filles ont bénéficié de la formation en leadership en SR et SS à Goma. Elles ont été sélectionnées parmi les jeunes des associations qui œuvrent dans le secteur d'appui aux activités des jeunes.

Graphique 21 : Evolution du nombre des jeunes de 15-24 ans dépistés du VIH/SIDA



Source : Evaluation, tiré du tableau des indicateurs du programme

Partenariat

Pour réaliser ces performances, le programme a collaboré avec les partenaires suivants : (i) institutions étatiques du Ministère de la santé publique, Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA (PNMLS), Fonds Social de la République et Police Nationale Congolaise, Centre hospitalier Général Bisengimana de Goma, Police de protection des Enfants, (ii) les ONG internationales et nationales : Bomoto, Word Production, Caritas Goma, HAI, Hope in Action.

Les principales stratégies d'intervention mises en œuvre ont été :

- Renforcement de la promotion de condoms masculin et féminin ;
- Intégration de la prévention primaire et de la planification familiale dans la stratégie de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- Appui à l'offre des services de santé sexuelle et de reproduction aux populations à risque ;
- Prévention et la prise en charge des IST y compris en situations humanitaires ;
- Renforcement de la CCC (communication pour le changement de comportement) en matière de prévention du VIH ;
- Assistance technique stratégique à la partie nationale.

Parmi les facteurs explicatifs des performances figurent les faibles ressources allouées d'une part, et le fait qu'en dépit de la mise en place des services de prévention du VIH, de santé maternelle et de planification familiale dans certaines formations sanitaires appuyées, l'intégration effective des soins et des services n'a pas été optimale et reste difficile à apprécier.

Produit 4 : D'ici 2017, les capacités des institutions nationales et des organisations des jeunes sont renforcées en vue de l'intégration des questions des jeunes et des adolescents dans les politiques et programmes.

Ce produit ne figurait pas dans le CPAP lors de sa formulation en 2013, il a été ajouté lors de l'alignement du CPAP au Plan Stratégique de l'UNFPA (2014-2017), avec une allocation budgétaire conséquente depuis 2016. Mais il faut rappeler que certaines interventions étaient déjà intégrées dans le produit 3 (VIH), notamment, la prévention du VIH et le traitement des IST chez les jeunes.

Les activités du programme ont été orienté autour de trois grands axes stratégiques. D'abord l'appui à l'amélioration du cadre institutionnel de prise en charge des questions des jeunes (réseau des coordinations estudiantines, réseau des jeunes parlementaires, Conseil national de la jeunesse, etc.). Ensuite, un appui a été apporté particulièrement aux structures d'offre des services de SR aux jeunes, notamment 3 centres de jeunes à Kinshasa, Matadi et Lubumbashi. Enfin, le programme a appuyé la fourniture des services sur la SR et la PF aux Jeunes, la prévention des IST et du VIH, dans ces centres et par d'autres réseaux des Jeunes.

Le programme a aussi renforcé les capacités des jeunes en leadership/management. Une sensibilisation a été faite contre les mariages précoces auprès des jeunes, sans synergie avec le Produit 5 (Egalité de genre et droits reproductifs), et un programme a été développé en faveur des jeunes en situation de rupture familiale. Par ailleurs, peu d'activités ont été menées par rapport à l'appui aux institutions nationales pour l'intégration des Adolescents et Jeunes.

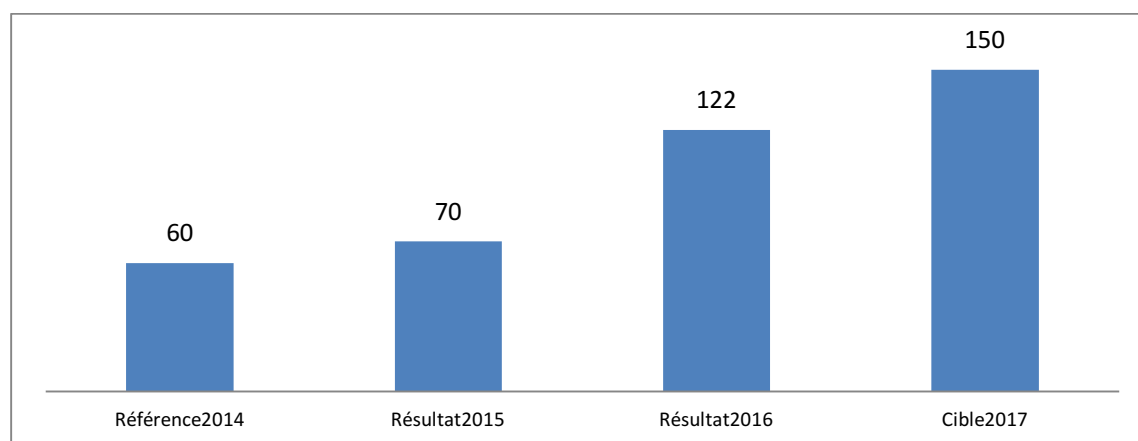
En outre, ce produit semble avoir été mis en œuvre sans vraiment se référer à la problématique du dividende démographique. C'est pourquoi, il y manque plusieurs autres activités qui devraient permettre à la RDC de profiter de la fenêtre d'opportunité du dividende démographique.

Evolution des indicateurs et réalisations

Vu le démarrage effectif récent de ce produit en 2016, le programme a réalisé des performances satisfaisantes au regard des indicateurs du produit. Le nombre de mécanismes mis en place pour soutenir la participation des adolescents et des jeunes dans le dialogue politique sur les questions de population a été porté d'un en 2014 à quatre en 2016.

Le nombre de structures offrant des services de SR adaptés aux besoins et aux droits des adolescents et de jeunes a été multiplié par 2 pendant la même période (de 60 à 122 entre 2014 et 2016).

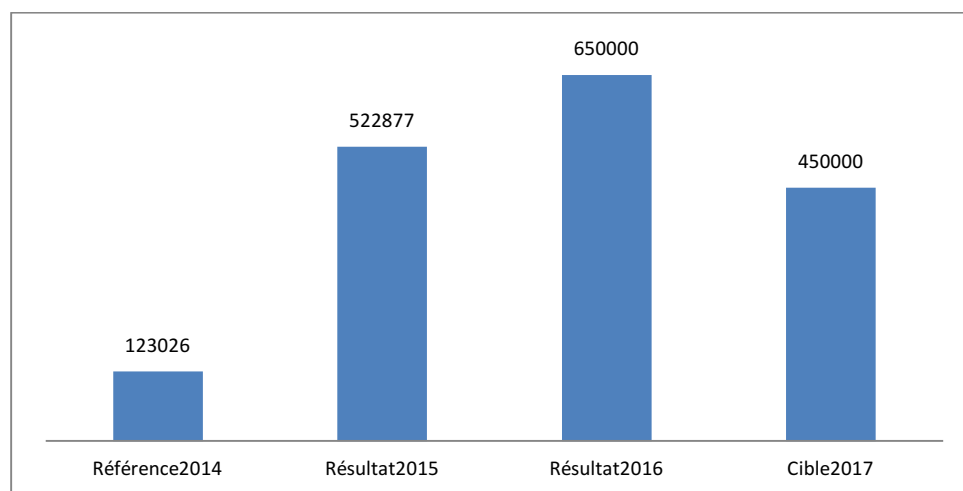
Graphique 22 : Evolution du nombre des structures offrant des services de santé SR adaptés aux jeunes



Source : Evaluation, tiré du tableau des indicateurs du programme

Et plus d'un million d'adolescents et de jeunes ont bénéficié des services et des informations sur la SS-SR-PF depuis 2014, contre un peu plus d'une centaine seulement en 2014.

Graphique 23 : Evolution du nombre de jeunes ayant bénéficié des services de SSR



Source : Evaluation, tiré du tableau des indicateurs du programme

Partenariat

Les partenariats avec les institutions suivantes ont contribué à ce produit : (i) institutions étatiques centrales et décentralisées (Ministère Enseignement Primaire Secondaire, Ministère de la Jeunesse - Conseil National de la Jeunesse, Ministère de la Santé – PNSA, et Ministère du Genre, Famille et Enfants, Centre Sidiki Coulibaly de l'Université de Kinshasa ; (ii) ONG internationales et nationales : Pathfinder, Médecins du monde, Centre Bomoto, CAMPS, PPSSP-Beni ; (iii) Organisations de jeunes : « Ailes du cœur », GAPEC, Coordination des Jeunes en Population et Développement et Groupe des animateurs pour l'autonomisation dans l'égalité des chances

Stratégies d'intervention :

Les adolescents et les jeunes participent davantage aux processus de développement et aux décisions qui les concernent.

Le programme a renforcé les mécanismes de promotion du leadership des adolescents et jeunes et de leur participation au processus du développement. L'approche a consisté à améliorer le

cadre institutionnel de prise en charge des questions des adolescents et jeunes. Le programme a cherché aussi à regrouper en réseaux tout un écosystème d'organisations de jeunes pour les rendre plus dynamiques et de faciliter les interactions entre elles, d'une part et avec les décideurs, d'autre part. Bien que le produit n'a été formulé qu'en 2014 et effectivement financé en 2016, dès 2013 un réseau des coordinations estudiantines engagées dans la promotion de la santé sexuelle et reproductive et la lutte contre les violences sexuelles en milieu universitaire a été mis en place. En 2015, la restructuration du Conseil National de la Jeunesse (CNJ) a contribué à relancer son rôle d'interface entre les structures de jeunesse, les autorités politico-administratives et les partenaires au développement. Cette redynamisation du CNJ a facilité la mise en place en 2015 d'un cadre de concertation permanente entre le Ministre de la Jeunesse et les leaders des organisations et mouvements des jeunes. Enfin, la mise en place en 2016 du réseau des jeunes parlementaires, constitué de députés nationaux âgés de moins de 40 ans, constitue un maillon de plus afin de positionner les adolescents et jeunes dans les différents centres de décision.

En ce qui concerne l'environnement politique et le cadre juridique, il y a un besoin de rendre plus propices la participation des adolescents et jeunes, non seulement à l'élaboration des politiques et programmes, mais aussi à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation, et davantage à tirer parti des résultats. Il ressort des entretiens avec les responsables des organisations des jeunes, corroborés par ceux du staff de UNFPA⁶⁷, que ces structures d'encadrement et le Ministère de la Jeunesse, avec ses structures techniques, n'ont pas toujours les capacités nécessaires pour accompagner ces organisations de jeunes dans leur participation au développement. Ce constat devrait inciter l'UNFPA à collaborer avec les autres partenaires dans ce secteur pour renforcer la capacité des structures techniques du Ministère de la Jeunesse en exploitant la visibilité de cette question en RDC et à travers l'Afrique. Dans cette perspective, il ne faut pas oublier que « la jeunesse » est une question transversale qui devait mobiliser l'ensemble du gouvernement, d'où la nécessité d'impliquer le Premier Ministre. Il faut aussi que le programme accorde plus d'attention à la situation des jeunes adolescentes les plus vulnérables et marginalisées qui sont rarement entendues dans les structures habituelles pour la jeunesse, et qui sont les plus à risque du mariage et grossesses précoces, abus sexuels, et d'autres formes d'exploitation et pratiques néfastes. Ceci n'exige pas seulement un bon plaidoyer, mais aussi d'initier le staff de l'UNFPA et les autres acteurs clés aux méthodes spécifiques et des approches sensibles à culture et à genre qui vont les aider à impliquer davantage ces jeunes adolescentes.

L'approche « Jeunes pour jeunes », une approche basée sur les droits : renforcer les structures ciblées à offrir des services adaptés aux droits et besoins spécifiques des adolescents et jeunes, et renforcer les capacités de ces derniers à pouvoir en jouir eux-mêmes.

La disponibilité et l'accessibilité des services de SR adaptés aux besoins des adolescents et jeunes ont considérablement accru grâce à l'appui du programme. Le nombre de structures de santé offrant des services de SR aux adolescents et jeunes (SRAJ) est passé de 60 en 2014 à 122 en 2016. C'est un début prometteur mais le défi majeur pour l'UNFPA et le Gouvernement reste de trouver les moyens et les modalités de multiplier ces services à travers un réseau national composé de plus de 7600 formations sanitaires. Le programme a également assuré la disponibilité et l'accès des services de SR adaptés aux besoins spécifiques des adolescents et des jeunes dans les espaces socioéducatifs et associatifs. Trois centres des jeunes ont été appuyés pour offrir des services de santé sexuelle adaptés aux besoins et aux droits des adolescents et des jeunes. Il s'agit : du Centre Sidiki Coulibaly de l'Université de Kinshasa, du Centre des jeunes de la Katuba de Lubumbashi (Province du Haut Katanga) et le Centre des jeunes de Matadi (Province du Kongo central).

Mais lors du focus-group réalisé avec les réseaux et associations des Jeunes, il a été déploré la faible couverture géographique de l'offre et des Centres de Jeunes. Le souhait a été émis d'implanter au moins un Centre de Jeunes dans chaque province.

⁶⁷ Interviews individuels et focus group

L'accessibilité des services de SRAJ a profité aux adolescents et jeunes qui sont impliqués dans l'offre de services mais également à leur utilisation, grâce à l'approche « jeunes pour jeunes » de la stratégie de création de la demande couplée à l'offre des services en situation avancée (Tam-Tam de PF, Campagne Zéro grossesse...). Comme résultats, 60 %, soit environ plus de 4,5 millions des nouvelles adhérentes aux méthodes de contraception moderne recrutées au cours de quatre dernières années, sont constitués d'adolescents et de jeunes de moins de 30 ans.

Produit 5 : D'ici 2017, les capacités opérationnelles et institutionnelles des partenaires nationaux sont renforcées pour la prévention des violences basées sur le genre et l'assistance aux survivants.

UNFPA a conduit un plaidoyer et le dialogue de politique pour changer le narratif sur les violences sexuelles en RDC afin de mettre en exergue les efforts déployés aux niveaux politique, stratégique et technique pour la prévention et la réponse aux VBG.

Les réformes législatives et le renforcement des capacités du Ministère en charge du genre et des autres intervenants dans ce domaine ont contribué à la lutte contre les VBG et l'assistance aux survivantes. Un nombre croissant de survivants ont bénéficié d'une prise en charge médicale (6145 en 2014, 14349 en 2016) ; et psychosociale (3795 en 2014, 10731 en 2016).

Des activités de communication pour le changement des comportements ont été déployées pour la prévention des mariages précoces, tout en laissant pour compte d'autres types de VBG.

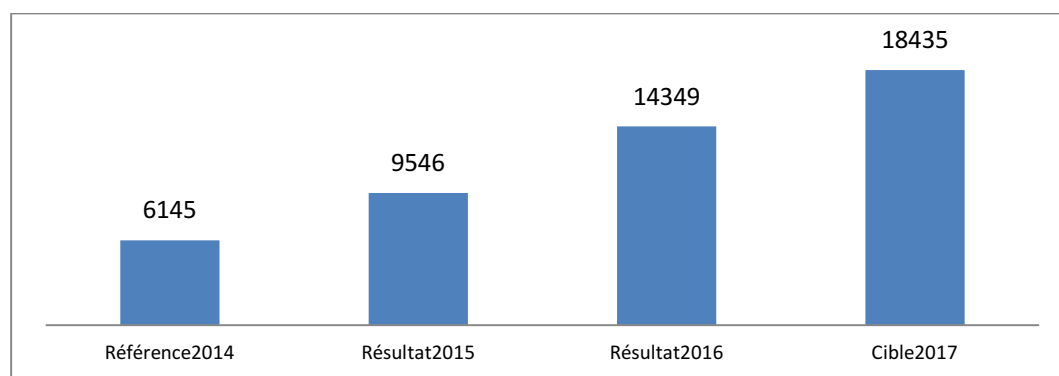
Une base des données en ligne sur les VBG est opérationnelle et accessible et permet au Ministère du Genre et aux autres parties prenantes de disposer d'informations sur l'ampleur du phénomène et ses tendances pour soutenir la prise de décision.

Evolution des indicateurs et réalisations

Pour les besoins d'une meilleure coordination des interventions, l'UNFPA appuie le système de collecte de données sur les VBG. Une base de données sur les VBG, avec une application en ligne, est opérationnelle et permet une gestion automatique et un accès public contribuant à renforcer le plaidoyer et le dialogue politique basés sur des évidences. La base de données est alimentée par plusieurs intervenants grâce à un manuel de procédures pour la collecte de données et la mise en place d'espaces de communication pour la saisie de données.

Dans le cadre de l'assistance aux survivantes, le programme a réalisé des performances dans la prise en charge médicale et psychosociale des victimes de VBG. En 2016, ce sont 14349 survivantes qui ont bénéficié des soins médicaux, alors qu'elles n'étaient qu'à 6145 en 2014.

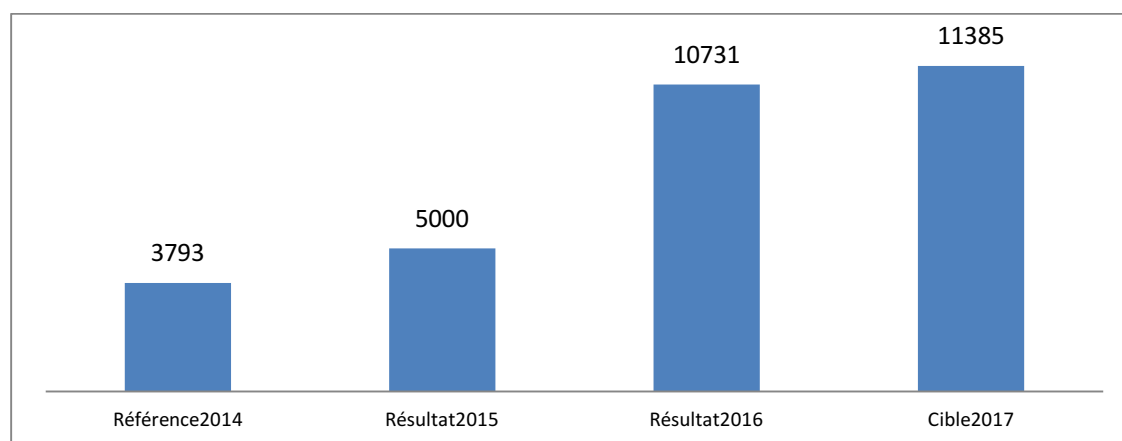
Graphique 24 : Evolution du nombre victimes de VBG ayant bénéficié de l'assistance médicale



Source : Evaluation, tiré du tableau des indicateurs du programme

Concernent l'assistance psychosociale, elles étaient à 10731 survivantes de VBG à en avoir bénéficié en 2016 contre seulement 3793 en 2014. Ces chiffres montrent les efforts réalisés durant le 4^{ième} programme pour atteindre un nombre de plus en plus grand de victimes bénéficiant d'une assistance quelconque.

Graphique 25 : Evolution du nombre victimes de VBG ayant bénéficié de l'assistance psychosociale



Source : Evaluation, tiré du tableau des indicateurs du programme

Partenariat

Les partenaires qui ont concouru à la réalisation de ce produit sont les suivants : les institutions étatiques centrales : le Ministère du Genre, Enfants et Famille, le Bureau du Représentant Personnel du Chef de l'Etat en charge des violences sexuelles en période de conflits et du recrutement des enfants soldats, le Programme National Santé de la Reproduction, le Service National Femmes et Développement (SNFD), l'Agence nationale de lutte contre Violences sexuelles faites à la Femme et à la jeune fille (AVIFEM) ; et les institutions étatiques décentralisées : la Division provinciale Genre du Katanga, la Division provinciale PNSR du Nord-Kivu, la Division provinciale PNSR du Sud-Kivu, la Division Provinciale Genre de l'Ituri ;

Pour les ONG internationales et nationales : Caritas Congo, LIZADEEL, CAMPS, Caritas Goma, PPSSP-Beni, Hope in Action, Heal Africa, etc.

Des partenaires stratégiques comme la Banque Mondiale, à travers son projet PARSS, le Japon, la Belgique, le Canada et la Suède ont octroyé des fonds pour la mise en œuvre du programme, souvent à travers des projets conjoints impliquant les agences UN (PNUD, UNICEF, ONU-Femmes)

Plaidoyer et dialogue politique auprès des autorités nationales et des leaders communautaires, et renforcement des capacités institutionnelles et techniques du Ministère du genre et des partenaires en vue de réformes législatives, politiques et institutionnelles pour l'application des droits reproductifs et la réponse aux VBG

Le programme a adressé la problématique de la prévention et la prise en charge des VBG sur le plan politique et stratégique. UNFPA a saisi la décision politique de la nomination d'un Représentant personnel du Chef de l'Etat pour les questions de violences sexuelles pour renforcer le plaidoyer aux niveaux national et international⁶⁸ en vue de changer le narratif qui dépeint la RDC comme le pays des violences sexuelles sans tenir compte des progrès réalisés. Au niveau national, UNFPA a contribué au suivi de l'engagement conjoint entre la RDC et les Nations Unies pour la lutte contre les violences sexuelles en zones de conflit. Au niveau législatif, la révision du code de la famille contient des dispositions garantissant la protection de la famille en général, et la femme en particulier.

Le Ministère du Genre, Enfant et Famille a été doté en matériels informatiques et en équipements roulants (véhicule, motos, moteurs hors-bords) pour le suivi des interventions réalisées dans le cadre de la mise en œuvre du programme au niveau national et provincial. De même, le

⁶⁸ Appui de UNFPA à la participation de la RDC à la Conférence d'Istanbul, 2015

programme a formé plus de 300 prestataires dans la collecte de données et a doté en équipements informatiques 11 structures de coordination dans les provinces du Nord-Kivu et Ituri.

Les intervenants dans la lutte contre les violences sexuelles et basées sur le genre offrent les services appropriés aux survivantes de violences sexuelles et basées sur le genre

Le renforcement des capacités des structures médicales à travers une dotation en matériels et équipement, l'approvisionnement en commodités et kits post-viol a contribué à l'amélioration du plateau technique des structures pour une prise en charge de qualité des violences sexuelles. Ainsi, les victimes des violences sexuelles (VVS) ont bénéficié des traitements des IST, de la contraception d'urgence pour prévenir les grossesses non désirées, de la prise en charge des grossesses, des accouchements assistés. La prise en charge psychosociale a été intégrée dans 22 structures médicales à l'Est de la RDC pour un meilleur counseling des victimes.

En collaboration avec le Bureau du Représentant personnel du Chef de l'Etat en matière des violences sexuelles en périodes de conflits et du recrutement d'enfants soldats, le programme a aussi appuyé la campagne « briser le silence » dans le but de permettre aux femmes de sortir du silence pour bénéficier de la prise en charge et aux autres membres de la communauté d'être sensibilisés sur les violences sexuelles.

Parmi les facteurs pouvant entraver l'efficacité des interventions, il y a l'environnement socioculturel, politique et sécuritaire défavorable, le caractère structurel des VBG.

De la même façon, les difficultés pour mettre en place un système de collecte de données sur les violences sexuelles performant et efficace pour l'aide à la prise de décision est consubstantiel au contexte de la faiblesse du système national statistique.

Produit 6 : D'ici 2017, les capacités des institutions nationales, des organisations à base communautaire et des réseaux sont renforcées pour la promotion de l'égalité de genre et des droits reproductifs.

Le programme a appuyé des réformes législatives telle que la loi de mise en œuvre de la parité, comme mécanismes légaux de promotion de l'égalité des sexes et les droits reproductifs.

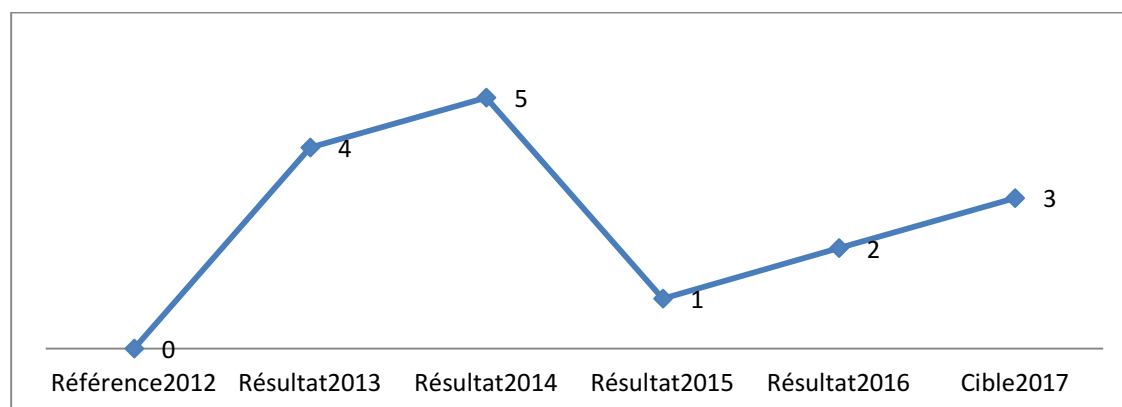
Le programme a contribué à la mise en place de mécanismes de coordination du genre et de promotion de l'égalité des sexes et des droits reproductifs au niveau politique notamment le Forum National des Ministres provinciaux en charge du genre, institué depuis 2015. Au niveau technique, la contribution à l'animation du « Groupe thématique genre » et la coordination du sous-groupe de travail « Violence sexuelles » contribuent à renforcer les actions de lutte contre les inégalités liées au genre et la promotion des droits des femmes.

Au niveau communautaire, l'accent a été mis dans la sensibilisation et la communication pour le changement de comportement mais aussi le plaidoyer avec l'appui des organisations de la société civile.

Evolution des indicateurs et réalisations

Le programme a mis en place des mécanismes pour la promotion de l'égalité de genre comme la plateforme d'organisations de la société civile engagée en faveur de la planification familiale et un cadre d'échanges entre les femmes parlementaires pour la planification familiale et les questions des adolescentes et les jeunes.

Graphique 26 : Evolution du nombre de mécanismes de promotion de l'égalité des sexes et des droits reproductifs



Source : Evaluation, tiré du tableau des indicateurs du programme

Pour ce qui est du système de suivi et de rapportage de la mise en œuvre des recommandations et des obligations des droits reproductifs, un appui a été apporté au processus de revue universelle périodique des droits de l'homme, particulièrement les droits reproductifs et l'égalité entre les sexes.

Partenariat

Au niveau de ce produit, le partenariat s'est orienté autour des institutions étatiques centrales : Ministère du Genre, Enfants et Famille, le Bureau du Représentant Personnel du Chef de l'Etat en charge des violences sexuelles en périodes de conflits et du recrutement des enfants soldats, le Programme National Santé de la reproduction, le Service National Femmes et Développement (SNFD) et décentralisées : Division provinciale Genre du Katanga, la Division provinciale PNSR du Sud-Kivu, la Division Provincial Genre de l'Ituri, la Division Provincial Genre du Nord-Kivu, etc.

Pour les ONG internationales et nationales : Caritas Congo, Lizadeel, CAMPS, Caritas Goma, PPSSP-Beni, Word Production.

Les principales stratégies :

Plaidoyer auprès des autorités en faveur de la suppression des barrières socio-culturelles et juridiques à l'application des droits reproductifs, la santé maternelle et à l'égalité de genre

Le programme a contribué aux réformes législatives dont l'élaboration de la loi portant « modalités d'application sur les droits des femmes et de la parité » promulguée en 2015. Cette loi a apporté des innovations en matière des droits reproductifs et de santé maternelle, elle consacre l'égalité entre homme et femme en matière de SR, donne la possibilité au couple de décider librement de l'utilisation de la PF et favorise la poursuite des études des jeunes filles enceintes.

L'assistance technique fournie par le programme au MINIGEF et les actions de plaidoyer menées en direction des parlementaires ont contribué à l'examen et à l'adoption du code de la famille (CF) révisé en mai 2016 et sa promulgation par le Chef de l'Etat en juin 2017. Le CF révisé consacre la capacité juridique de la femme mariée, interdit le mariage des enfants ou l'émancipation des enfants par le mariage, consacre le principe de la concertation entre les conjoints pour les décisions du ménage, etc. Le programme a également appuyé la mise en place des mécanismes nationaux de coordination tels que le groupe thématique Genre, le comité de coordination pour la lutte contre les violences sexuelles dans la province du Sud-Kivu. Par ailleurs, le programme a

conduit, à la demande du Gouvernement, à l'évaluation de la SNVBG en 2014 et soutient le processus en cours de révision de cette stratégie⁶⁹.

Le programme a aussi appuyé le forum des ministres provinciaux du genre dont l'institutionnalisation contribue à renforcer les échanges stratégiques sur les questions de VBG, de mariage précoce et susciter un meilleur engagement des gouvernements provinciaux à répondre à ces fléaux.

Les mécanismes communautaires opèrent pour la promotion des droits reproductifs et de l'égalité de genre et la prévention et la réponse aux violences sexuelles et basées sur le genre

Le programme a mis en place de réseaux d'hommes engagés, de leaders traditionnels ainsi que la plate-forme des étudiants, comme mécanismes communautaires de sensibilisation des communautés au changement de comportement sur la question de violences faites aux femmes et aux jeunes, notamment, durant les campagnes de lutte contre les violences sexuelles et le mariage précoce pendant le mois de la femme et la journée internationale de la petite fille.

Le programme a également appuyé la réinsertion économique des femmes guéries des fistules et des filles-mères à Masina (Sud Kivu). Les organisations de la société civile ont été mises à contribution en vue de promouvoir les droits sexuels et reproductifs, la participation des campagnes de PF, le plaidoyer et la mobilisation des communautés contre le mariage des enfants.

Cependant, certains facteurs inhibiteurs, notamment la faible vulgarisation et la non-application des lois, limitent encore l'accès des femmes et la jouissance de leurs droits en particulier ceux en matière de reproduction.

Le programme a contribué au lancement de la campagne nationale pour la lutte contre le mariage précoce en 2015 pour une période de 3 ans. Cette campagne a contribué à l'amélioration des connaissances sur les inconvénients du mariage précoce et la nécessité d'investir dans l'éducation des filles. Les associations des jeunes ont été mobilisées autour du Ministère du Genre, Enfant et famille pour sensibiliser leurs pairs sur la lutte contre le mariage précoce. Au Katanga (Lubumbashi et Kasenga), Mai-Ndombe, Kwilu, Kwango, 315 leaders d'opinion se sont engagés à lutter contre les mariages précoces et les violences sexuelles. Un réseau de chefs traditionnels engagés à cette lutte a été mis en place à Kasenga. Les leaders traditionnels à Kinshasa ont été également sensibilisés sur les violences sexuelles et se sont engagés à lutter contre ces actes qui bafouent la dignité humaine. Un réseau d'hommes engagés dans la lutte contre les violences basées sur le genre a été mis en place dans le Maniema.

Produit 7 : D'ici 2017, les capacités du système statistique national sont renforcées pour la collecte, l'analyse, la dissémination et l'utilisation des données sociodémographiques désagrégées.

La RDC souffre d'un manque criard de données fiables du fait de l'insuffisance de capacités en collecte et en analyse mais aussi faute d'avoir conduit un recensement général de la population depuis 33 ans.

Pour faire face à cette situation, le programme appuie la préparation du 2e recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) à plusieurs niveaux. Au niveau stratégique, un plaidoyer auprès des partenaires comme la Banque Mondiale, la Banque Africaine de Développement et la coopération Japonaise pour la mobilisation des ressources, et au niveau technique, en mettant à disposition des experts, un Conseiller technique. Un renforcement des capacités en collecte et en analyse des données a également été apporté, sous différentes formes (formation académique – à l'IFORD – de démographes et ateliers de formation (CS Pro, IMIS-REDATAM, etc.).

Le programme a soutenu deux grandes enquêtes (EDS2013 et QUIBB 2015), et renforcé le système de collecte des données sur les VBG. L'appui à la production des données, et l'utilisation des données

⁶⁹ L'évaluation a été réalisée par le Centre Régional de Recherches et de Documentation sur les Femmes, le Genre et la Construction de la Paix dans la région des Grands-Lacs (CERED-GL).

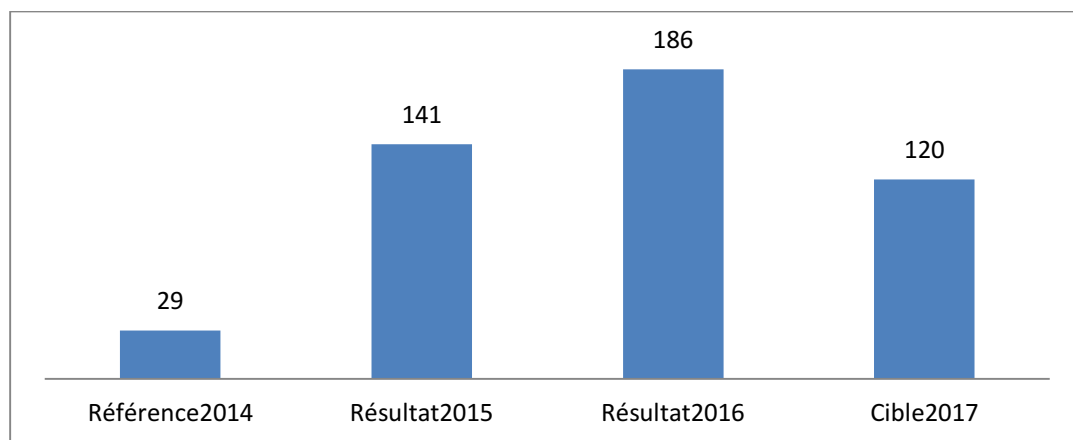
sociodémographiques dans les politiques de développement, en particulier dans le processus d'élaboration du Plan National Stratégique de Développement (PNSD) a contribué à une bonne prise en compte de stratégies pour la réalisation du dividende démographique.

Evolution des indicateurs et réalisations

Les opérations de collecte de données sociodémographiques appuyées ont consisté à la 2^e enquête démographique et de santé (EDS RDC, 2013-2014), l'enquête sur les indicateurs de base du bien-être (QUIBB), et surtout la préparation du 2^e recensement général de la population et de l'habitat, même si le dénombrement n'a pas encore été conduit.

Le nombre d'experts nationaux formés dans le domaine de « Population & Développement » est passé de 29 en 2014 à 186 en 2016.

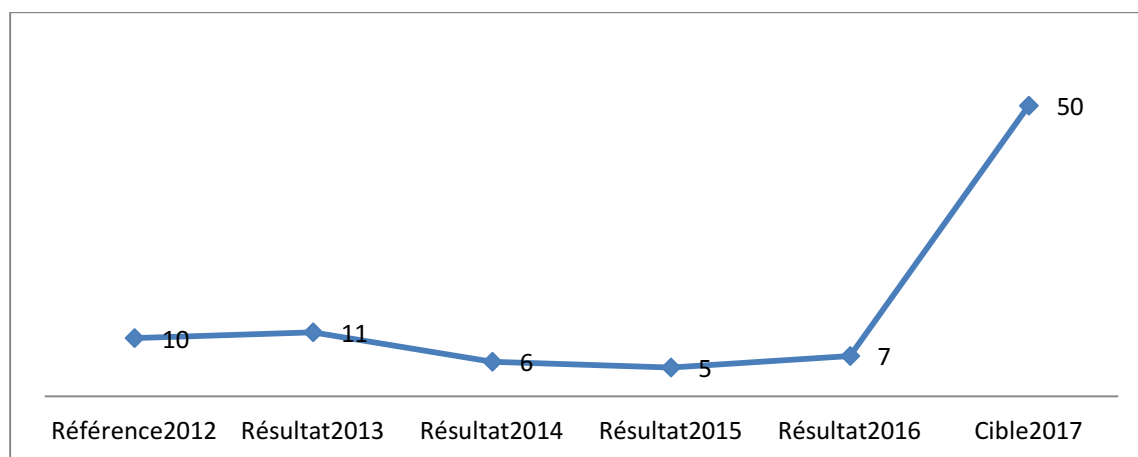
Graphique 27 : Evolution du nombre d'experts nationaux formés dans le domaine de « Population & Développement »



Source : Evaluation, tiré du tableau des indicateurs du programme

En ce qui concerne les publications sur les questions de population, elles ont atteint un nombre de 7 jusqu'en 2016.

Graphique 28 : Evolution du nombre de publications sur les questions de population



Source : Evaluation, tiré du tableau des indicateurs du programme

La production des données doit comprendre une bonne composante d'analyse et de dissémination afin de permettre leur utilisation pour la planification du développement. Dans cette optique, le programme a produit ou appuyé les analyses des enquêtes mais aussi des études spécifiques, notamment :

- ☞ Rapport de l'enquête démographique et de santé 2013-2014, RDC.
- ☞ Rapport sur l'ampleur des violences sexuelles en République Démocratique du Congo 2012-2013, UNFPA/RDC, Kinshasa, 2014 ;
- ☞ Bilan de la mise en œuvre de la CIPD +20 « Démographie, santé de la reproduction et genre : enjeux essentiels pour le développement durable en République démocratique du Congo », UNFPA/RDC, Kinshasa, 2017
- ☞ 10 ans : Comment cet âge déterminant pour les filles conditionne notre avenir en République démocratique du Congo, UNFPA, Kinshasa, 2017 ;
- ☞ Rapport bilan global des OMDs de la RDC, 2016
- ☞ Les grossesses des adolescentes en République démocratique du Congo, UNFPA/RDC, Kinshasa, 2014.

Il faut souligner également que pour établir les situations de référence du programme sous revue, beaucoup des évaluations rapides (SONU) et des cartographies (Planification familiale, VIH) ainsi que des études exploratoires (Genre et VBG) ont été conduites.

Partenariat

Les partenaires qui ont concouru à la réalisation de ce produit sont les suivants : Ministère du Plan et Révolution de la Modernité (INS/BCR), Ministère du Genre, Enfants et Famille (SNFD, Divisions Provinciales du Genre), Bureau du Représentant du Chef de l'Etat en charge de la lutte contre les violences sexuelles et le recrutement des enfants soldats, Ministère de la Santé (PNSR et PNSA),

Stratégies d'intervention

Constitution d'une masse critique d'experts en collecte et en analyse de données tant au niveau de l'INS et qu'au niveau sectoriel (VBG)

Le système statistique national souffre d'un déficit d'experts en collecte et en analyse de données. En appui à la mise en œuvre de la stratégie nationale de développement de la statistique, le programme a financé des formations en cours d'emploi de 356 cadres de l'Institut National de la Statistique en CS Pro et de 4 voyages d'études. Le programme a également financé la formation des cadres de l'INS en master en démographie à l'Institut de Formation et de Recherche Démographique (IFORD), Yaoundé, Cameroun. Des formations sur IMIS-REDATAM ont également appuyées pour la mise en place de bases de données sociodémographiques.

Disponibilisation de données pour informer les processus de développement

Depuis le 3e programme pays, l'UNFPA apporte un appui stratégique, technique et financier pour l'organisation du 2e RGPH. Le programme a mis à la disposition de l'INS/BCR un Conseiller Technique Principal, des Experts en cartographie et en communication. Cet appui a notamment contribué à la production de documents méthodologiques et des supports de communication pour la réalisation de cartographie. UNFPA a noué un partenariat avec la Banque Mondiale, la Banque Africaine de Développement et le Japon pour avancer le projet du recensement. En dépit de cette contribution, le RGPH2 n'a toujours pas été réalisé faute de ressources et motivation nationale.

Le Programme a appuyé deux grandes opérations de collecte et d'analyse des données sociodémographiques, l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2013 et l'Enquête QUIBB de 2015. Les données de l'enquête EDS-RDC 2013 sont aujourd'hui la référence pour comprendre la situation sociodémographique du pays et l'évaluation des objectifs de développement.

UNFPA a appuyé la création d'une base de données sur les VBG logée au Ministère du Genre, Enfant et Famille. Près de 250 acteurs (étatiques et des ONGs) ont été formés dans 8 provinces en collecte de données en vue de l'amélioration de la qualité et la complétude des données⁷⁰.

⁷⁰ Rapport annuel UNFPA RDC, 2015

Les questions de population, SR, VIH et de genre sont intégrées dans les politiques et programmes de développement et les cadres législatifs.

Malgré la rareté des données, celles disponibles ont bien été utilisées pour informer les processus du développement. Ainsi, le programme a contribué à la valorisation et à l'utilisation des données sociodémographiques, en particulier pour bien positionner les questions de population. Celles-ci ont largement contribué dans l'analyse situationnelle pour l'élaboration du Plan National Stratégique de Développement (PNSD). Le PNSD intègre largement les stratégies pour la réalisation du dividende démographique (planification familiale, santé des mères et des adolescents et jeunes, éducation, en particulier celle des jeunes et adolescents, l'autonomisation des femmes et des jeunes filles, l'emploi compétitif des jeunes) à travers une vision à long terme de développement et un cadre macroéconomique pro-DD. L'appropriation du Dividende Démographique (DD) au niveau politique, stratégique et sectoriel est désormais acquise : une Task-Force DD fonctionne au niveau de la primature en collaboration avec les ministériels sectoriels de santé, éducation, emploi, genre, économie, finances et intérieur.

On note par ailleurs un engagement du Gouvernement pour les investissements en faveur de la jeune fille adolescente, la mise en place des politiques et programmes éducatifs, sanitaires et de protection sociale et professionnelle des adolescents et jeunes.

UNFPA a conduit, à la demande du Gouvernement, l'évaluation des Objectifs de la CIPD dans les politiques élaborées au cours des 20 dernières années, en passant par la problématique du dividende démographique. Cette évaluation a recommandé, entre autres, le renforcement de la planification du développement pour la réalisation du dividende démographique d'ici 2030. Un document sur « Profil sur le Dividende Démographique », est en cours d'élaboration. Et une sensibilisation des Experts de la primature et des ministériels sectoriels (santé, éducation, genre, plan) sur l'importance de la réalisation du DD en perspective de l'émergence de la RDC en 2030 a été menée, ainsi qu'une sensibilisation des Parlementaires et Gouverneurs de province sur l'importance du dividende démographique dans l'adoption de la loi budgétaire.

La prise en compte de la dynamique de la population dans les politiques et programmes de développement est limitée par des contraintes majeures de plusieurs ordres dont : (i) les faibles capacités de production de données et d'analyse approfondie pour générer des évidences et améliorer les connaissances, (ii) consubstantiellement, la faiblesse de la demande en données pour prendre en compte les interrelations entre la dynamique de la population et le développement, et (iii) en ce qui concerne la capture du dividende démographique, la gouvernance politique, économique et sécuritaire.

Q5 : Dans quelle mesure l'UNFPA et les partenaires ont-ils été capables de répondre aux crises humanitaires survenus au cours de la période couverte par le programme-pays

L'organisation et les ressources du bureau pays UNFPA démontrent quelques capacités pour la réponse aux diverses crises humanitaires connu par le pays durant le cycle du programme. Le programme a mobilisé des ressources non négligeables, environ USD 8,7 millions, et diversifié les sources de financements, avec certes une part infime de l'UNFPA. Les interventions ont concerné les différents thématiques du mandat de l'UNFPA (Santé sexuelle et reproductive, violence basée sur le genre et données) en termes de plaidoyer, de renforcement des capacités, d'appui à la prestation des services et la gestion des données.

Plus de 200.000 femmes et jeunes filles ont bénéficié des services de SR y compris la PF et la prise en charge des VBG, mais la comparaison entre cette performance, les besoins et les ressources, pose un problème d'efficience liée relative peut-être à la qualité de la planification des interventions.

Le partenariat avec les agences des Nations Unies, les structures gouvernementales et les ONGs pourrait constituer une approche en vue d'assurer la durabilité des interventions. Cependant, la non prévisibilité des ressources et la disponibilité des produits sont des conditions nécessaires pour assurer une réponse humanitaire de qualité efficace.

Par ailleurs, même si le programme a conduit des interventions en matière de stabilisation, le lien entre l'humanitaire et le développement est bien appréhendé dans la planification des interventions.

Durant la période d'exécution du programme, la RDC a été confrontée à diverses crises politico-sécuritaires et intercommunautaires, avec comme corollaires : l'activisme des groupes armés, les tensions politiques, les conflits inter communautaires, l'afflux des réfugiés (Centrafricains, Rwandais, Burundais et Sud-Soudanais), les expulsés des pays voisins (Angola, Congo Brazza), les catastrophes naturelles et les épidémies⁷¹. Cette situation a ainsi exacerbé la vulnérabilité des populations a été le lit de mouvements de populations, et a réduit la capacité des structures de santé à offrir les services de santé sexuelle et reproductive, y compris la prise en charge des violences sexuelles et basées sur le genre et le VIH/SIDA, et en même temps limité l'accès des femmes, des jeunes et des adolescents à ces services spécifiques.

Pour contribuer à la réponse à ces besoins, le programme a réalisé des actions de plaidoyer pour la protection des femmes dans les zones affectées, d'approvisionnement des formations sanitaires en produits de santé de la reproduction et de planification familiale d'urgence, d'offre de services pour la prévention du VIH et le traitement des IST, de coordination des interventions sur les violences sexuelles, de collecte de données et enfin de prise en charge médicale et psychosociale de qualité des survivantes de violence sexuelle et basée sur le genre. Ces interventions ont été menées globalement à travers les projets présentés dans le tableau ci-après :

⁷¹ Plan de réponse humanitaire de UNFPA, 2015

Tableau N° 8 : Liste des projets exécutés entre 2013 et 2016⁷²

	Projet	Montant	Source	Province	Périodes
1	Amélioration du système d'information et de gestion des données sur les violences sexuelles dans la province du Nord-Kivu	30 851	Stabilization and Recovery	Nord Kivu	2013
2	Amélioration de l'accès aux services de santé de la reproduction d'urgence chez les déplacés internes et les populations d'accueil dans les territoires de PWETO (ZS Pweto et Kilwa), MITWABA (ZS Mitwaba) et MANONO (ZS Manono et Kiambi) au Katanga et les territoires de FIZI (ZS de Minembwe), MWENGA (ZS Itombwe) et WALUNGU (ZS de Kaniola) au Sud Kivu.	60 930	Common Humanitarian Fund (OCHA)	Sud Kivu	2013-2014
3	Programme de cartographie et collecte des données sur la prévention et la réponse aux violences sexuelles en Province Orientale (Ituri)	190 825	Stabilization and Recovery (SRFF)	Ituri	2013
4	Amélioration de l'accès aux services de santé reproductive d'urgence et soins de santé primaire chez les IDPS et les populations hôtes dans 15 aires de santé ciblées des zones de santé de Masisi, Mweso, Walikale, Kirotshe et Kibua au Nord Kivu	616 637	Pooled Fund	Nord Kivu	2013
5	Amélioration de l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et de planification familiale dans les zones de santé des provinces de l'Equateur et du Maniéma	920 000	Japon	Equateur et Maniéma	2014-2015
6	Appuyer la réduction de la transmission du Virus Ebola en RDC	70 000	UNFPA Emergency Fund	Equateur	2014
7	Prévention et réponse aux violences sexuelles et basées sur le genre au sein des populations déplacées et hôtes	310 098	Pooled Fund	Province Orientale et Ituri	2014
8	Réponse aux besoins d'urgence aux besoins prioritaires en santé sexuelle et de la reproduction des réfugiés Burundais et communautés d'accueil dans le Sud Kivu en République Démocratique du Congo	300 796	CERF	Sud Kivu	2015-2016
9	Programme Conjoint de Lutte contre l'Impunité, d'Appui aux Victimes de Violences Basées sur le Genre, et d'Autonomisation des Femmes à l'Est de la République Démocratique du Congo	3 825 064	Canada	Nord Kivu, Ituri et Sud Kivu	2013-2017
10	Réponse multisectorielle d'assistance aux enfants et aux femmes de la République Démocratique du Congo	969 938	Japon	South Kivu, Maniéma, Katanga, Equateur, Bandundu	2015-2016
11	Programme conjoint de prévention et réponses coordonnées de lutte contre les violences sexuelles dans les provinces orientales et nord Kivu (RDC)	746 047	MPTF	Nord Kivu	2015-2017
12	Amélioration de l'accès aux soins de santé primaires et reproductive d'urgence pour les populations déplacées et hôtes sur l'axe komanda-luna dans la zone de sante de Komanda	327 102	Pooled Fund	Ituri	2016
13	Amélioration de l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, soins obstétricaux et néonataux d'urgence et nutrition pour les jeunes et adolescentes et les femmes	694 444	Japon	Sud Kivu, Maniéma et Sud Ubungu	2016-2017
	Ensemble	8 766 937			

Source : Données exploitées par l'équipe d'évaluation

Il apparaît à partir de ce tableau N°8 qu'à part le projet conjoint de lutte contre l'impunité financé par le Canada financier (42%), la quasi-totalité des projets ont été soutenus, par le Japon (29%), suivi par les mécanismes du CERF & Pooled Fund (18%). UNFPA n'a financé qu'une infime partie par le fonds d'urgence du siège (1%) pour un projet de lutte contre l'épidémie à virus Ebola.

⁷² Certains projets sont à cheval entre 2012 et 20113

Les résultats de ces projets peuvent se résumer dans le tableau ci-après :

Tableau N° 09 : Synthèse de quelques indicateurs de résultats humanitaires

Indicateurs	Valeurs
Nombre prestataires de santé formés (SONU, Prise en charge clinique des violences sexuelles, IST, CDV)	1 655
Nombre de formations sanitaires, y compris des maternités, renforcées (matériels et équipements médicaux)	130
Nombre de nouvelles adhérentes PF	37 286
Nombre de Consultations Périnatales	14 333
Nombre d'accouchements assistés par du personnel formé	71 119
Nombre de césariennes réalisées	2 095
Nombre de complications obstétricales prises en charge	12 496
Nombre de fistules réparés	547
Nombre de cas d'IST correctement traités	15 598
Nombre de femmes et jeunes filles bénéficiaires de kits de dignité	16 392
Nombre de survivantes de violences sexuelles ayant bénéficié d'une prise en charge médicale	20 624
Nombre de survivantes de violences sexuelles ayant bénéficié d'une prise en charge psychosociale	13 233

Source : Données exploitées par l'équipe d'évaluation

En plus de ces indicateurs, des résultats assez significatifs ont été réalisés dans le domaine de la gestion de l'information, il s'agit de :

- La formation de 557 acteurs impliqués dans la réponse aux violences sexuelles en collecte et analyse des données sur les violences sexuelles (Etatiques : services de santé, Justice, Police, FARDC, ONG)
- L'établissement d'un répertoire des intervenants et interventions en matière de prévention et réponse aux violences sexuelles
- La mise en place d'une base de données accessible en ligne⁷³, régulièrement mise à jour, intégrée et harmonisée (conciliation des outils et méthodes des principaux acteurs) sur les violences sexuelles et basées sur le genre
- Le renforcement de la coordination de la lutte contre les violences sexuelles et basées sur le genre à tous les niveaux, en particulier au niveau stratégique⁷⁴.

Globalement, ces interventions ont bénéficié à environ 203.723 personnes (femmes et jeunes filles en majorité) des services de santé sexuelle et reproductive y compris la prise en charge médicale et psychosociale de violence sexuelle et basée sur le genre. Il faut souligner que même si les interventions du programme pays à travers les projets mis en œuvre ont été efficaces dans l'atteinte

⁷³ Adresse : data.snVBG.org:888

⁷⁴ Projet : Emergency Multisectoral response for assistance to the DRC children and women : Component Sexual Violence. Final report, 2017: « Within the framework of the policy advocacy to strengthen the control of sexual violence in the DRC, the Bureau of the Personal Representative of the Head of the State in charge of fight against Violence and recruitment of Children was provided with a financial support. This strategic partner held awareness campaigns with the members of the government, MPs and magistrates for their support for the strict application of the « zero tolerance for Sexual Violence crimes » policy adopted by the Head of the State in 2013. Other similar meetings were held with the officials of the security forces (the army and the police) as well as other judiciary authorities in order that their institutions adopt MWFC's harmonized collection tools and contribute to feeding online database. »

des résultats ciblés, on peut s'interroger sur l'efficacité de ces interventions en comparaison avec le volume des besoins de près de 5 millions personnes qui pourraient être affectées dont plus d'un million cibles prioritaires de UNFPA (Femmes en âge de procréer, femmes enceintes, les besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence, en césarienne, IST, les victimes de violence sexuelle et de prise en charge de fistule) selon le plan de réponse humanitaire de UNFPA, 2015.

La réponse de l'UNFPA est complétée au niveau stratégique par les actions de plaidoyer et participation activement dans les mécanismes humanitaires (HAG, HCT, Clusters et autres sous-groupes de Travail) pour assurer la prise en compte effective des questions de santé sexuelle et reproductive dans les interventions des différents clusters concernés, et également par l'identification des besoins spécifiques des femmes et des jeunes filles lors des missions d'évaluation des situations humanitaires.

Encadre :

Dans le cadre de la coordination, UNFPA assume le lead du sous-cluster VBG au sein de la communauté humanitaire¹ : après l'expérimentation de plusieurs mécanismes de coordination des activités de lutte contre les violences basées sur le genre (VBG) en fonction de l'évolution du contexte de la RDC, l'équipe humanitaire pays a décidé la création du sous-cluster violences basées sur le genre au sein du Cluster Protection dont la coordination a été confiée à UNFPA. Le sous-cluster VBG vise à faciliter une réponse plus prévisible, plus redevable et plus efficace à la violence basée sur le genre dans des situations humanitaires complexes notamment liées aux conflits armés ou aux catastrophes naturelles.

Contraintes

- L'analyse de informations croisées des entretiens (UNFPA et partenaires d'exécution), il ressort que les principales contraintes dans la mise en œuvre des projets sont relatives à deux défis majeurs. La nécessité de respecter la durée initiale prévue pour l'exécution des projets alors que les fonds sont reçus avec retard et quelques fois des ruptures de stocks ou l'arrivée tardive des certains produits de santé de la reproduction et de planification familiale, et en plus, les produits peuvent revenir plus chers que prévus. Ces différentes situations sont consécutives à des problèmes de planification dont l'insuffisance de prévision budgétaire par UNFPA (sur fonds propres) dans ses interventions humanitaires en connaissance des besoins humanitaires.

Leçons apprises :

- Une des conditions de l'éligibilité⁷⁵ à certaines allocations de première urgence est la capacité de préfinancement des organisations requérantes. Le pré-positionnement des kits de santé de la reproduction et des kits de dignité par UNFPA s'avère ainsi doublement utile : réponse à ce besoin de préfinancement et rapidité de la réponse. La diversification et le renouvellement des stocks pré-positionnés sont ainsi des conditions nécessaires à une assistance humanitaire adaptée aux besoins et fournie dans les délais.
- Dans le cadre de l'assistance aux réfugiés burundais, aux déplacés internes et aux populations hôtes (Ituri et Nord-Kivu), le partenariat avec OCHA, UNHCR et les ONGs locales a permis d'assurer l'offre des services de SR et la prise en charge médicale et psychosociale des populations ciblées à Nundu (Sud-Kivu) et à Mugunga III au Nord-Kivu⁷⁶.

⁷⁵ Rapport narratif Projet ; Amélioration de l'accès aux soins de santé primaires et reproductive d'urgence pour les populations déplacés et hôtes sur l'axe komanda-luna dans la zone de sante de Komanda, 2017,

⁷⁶ Brochure : UNFPA en République démocratique du Congo : Sauver des vies dans les situations humanitaires, 2016

- Pour renforcer la pérennisation des interventions⁷⁷, l'UNFPA et ses partenaires des Ministères de la Santé et du Genre Famille et Enfants, ont travaillé sur la base d'une approche « Zone de Santé » avec la participation communautaire ; ce qui a fait intervenir toutes les couches des communautés dans la réalisation des activités de consultations communautaires sur la Santé de la Reproduction et améliorer la prise de conscience des populations sur les questions de santé maternelle

4.3. Efficience du programme

Q6 : Les ressources du programme (humaines, financières et techniques) ont-elles été utilisées de façon optimale pour les résultats réalisés ? Comment les approches et les outils ont-ils été combinés dans la mise en œuvre des stratégies en vue d'améliorer les performances ?

Le programme a mobilisé au cours des 4 années sous revue environ USD 76 millions, soit 60% des \$125 millions prévus pour le cycle de 5 années. Ces fonds ont été alloués de façon déséquilibrée par rapport aux directives du Plan Stratégique UNFPA⁷⁸, en faveur de de la SR/PF (74%) et au détriment de la composante « dynamique de population » (8%) et à un degré moindre les « Adolescents & jeunes » (6%). Le taux d'exécution moyen globale tourne autour de 88%, mais a atteint 96% en 2016, bien que variable selon les partenaires d'exécution et les zones d'intervention. Les faibles taux d'exécution observés seraient consécutifs à des questions de planification du côté de UNFPA et à la faible capacité de mise en œuvre et de rapportage de certains partenaires d'exécution.

En comparaison des résultats atteints, sur la base des indicateurs de produit et de la contribution aux résultats supérieurs, on peut dire que le programme est efficient. L'efficience du programme serait, entre autres, la résultante de la qualité de l'accompagnement de l'UNFPA, de l'appui technique et du suivi qui ont été considérés comme un bon levier pour une exécution réussie, condition nécessaire pour améliorer les performances. Mais la faible coordination et la centralisation et le regroupement des PTA ont constitué un facteur limitatif à cette performance.

Il faut relever aussi la faible utilisation des informations dans la gestion du programme pays, en particulier le manque de mise en œuvre de certaines recommandations facteur à l'encontre de l'efficacité et l'efficience dans la mise en œuvre du programme.

Evolution des indicateurs

Pour la mise en œuvre du 4^{ème} programme, UNFPA a exécuté, entre 2013 et 2016, un budget global de USD 67.198.850, sur les USD 75.937.830 déjà mobilisé, soit un taux d'exécution de 88,5 %. L'enveloppe prévue en fin de cycle était de USD 125.5 millions. Sur les fonds mobilisés 42,3 % seulement sont des fonds réguliers de l'UNFPA, alors que les autres sources ont couvert 57,7 % dont une contribution de USD 1 million du Gouvernement de la RDC pour l'achat des contraceptifs, sans compter la contribution en nature comprenant les locaux et autres infrastructures, les équipements et le personnel impliqués dans la mise en œuvre du programme non valorisé financièrement.

Les fonds mobilisés ont été alloués aux différentes thématiques du programme comme suit : 74% pour la SR/PF, 11 % pour le Genre et Droits de reproduction ; 8 % pour la dynamique de population, 6 % pour les adolescents et jeunes et 1 % pour la coordination du programme. Les fonds alloués pour la mise en œuvre du Produit 3 (VIH), ont été très limités (environ 1% du budget en 2014 et 2015, et nuls en 2016). Cependant, la prévention du VIH a été bien adressée à travers les interventions de santé maternelle et celles en milieu humanitaire.

Réalisations et constats

⁷⁷ Projet : Amélioration de l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence de qualité et à la planification familiale

⁷⁸ Le Plan stratégique 2014-2017 de l'UNFPA avait recommandé la répartition suivante : SR/PF 66%, Jeunes 8%, Genre 11% et Dynamique Population 8%.

Les évaluateurs n'ont pas eu accès aux rapports d'audits du programme, qui auraient fourni des éléments d'appréciation pour les aider dans leur analyse de l'efficacité.

L'évaluation de l'efficacité essaie de façon classique de comparer les volumes d'investissements par rapport au niveau des résultats obtenus. Idéalement, il faut des éléments de comparaison ou des benchmarks pour établir un jugement ; les informations nécessaires n'étant pas disponibles, il s'agira ici d'analyser les performances de certains aspects de mise en œuvre dont :

- Les taux d'exécution par rapport aux fonds alloués ;
- La coordination, le suivi et la supervision (appui technique) du programme ;
- La gestion des connaissances pour améliorer la performance du programme.
- La chaîne d'approvisionnement pour assurer la disponibilité et la sécurité des intrants

Les performances dans l'exécution des activités par rapport aux fonds alloués

S'agissant des partenaires d'exécution, le choix est basé sur les avantages comparatifs, à savoir l'expertise et la capacité à mettre en œuvre le programme (thématique) dans les zones d'intervention. En RDC, les contextes sont extrêmement variés ainsi que les capacités et la disponibilité des partenaires, avec un fort impact sur la mise en œuvre. Les partenaires sont orientés sur les procédures de l'UNFPA, en particulier la redevabilité par rapport à la gestion des ressources et les activités d'assurance (audit, vérifications ponctuelles et suivi programma programmatique).

Le taux d'exécution financière est globalement satisfaisant, avec une amélioration année par année, allant de 82% en 2013 jusqu'à atteindre 96% en 2016. Cependant, les taux d'exécution de certains PTA paraissent plutôt faibles et traduisent par-là que plusieurs activités planifiées n'ont pas pu être exécutées à cause parfois des faibles capacités à délivrer, ce qui a un impact sur l'atteinte des résultats. Les informations n'ont pas permis d'apprécier les conséquences précises pour la mise en œuvre de programme, mais on a été rassuré par le fait que des mesures appropriées ont été entreprises. Cette situation est variable selon les zones de mise en œuvre : les partenaires situés dans les zones couvertes par le Bureau décentralisé de Lubumbashi (Province du Katanga), par exemple, affiche un taux d'exécution moyen d'un peu plus de 60 % en moyenne de 2013-2014 à 2015-2016. Une baisse est même constatée à travers cette période, surtout entre 2014-2015 et 2015-2016. Le taux d'exécution pour les partenaires des zones couvertes par le bureau décentralisé de Goma est dans le même ordre de grandeur.

Plusieurs explications ont été avancées mais la plus évoquée est la faiblesse et parfois la diminution des fonds mis à disposition qui sont inférieurs aux montants budgétisés. Dans le cas des partenaires des zones couvertes par le Bureau décentralisé de Kinshasa, ce taux se situe à un peu plus de 40 %. Il accuse lui aussi une baisse entre 2013-2014 et 2015-2016. Il semble que sur les 4 années de mise en œuvre du programme, les activités n'ont été menées dans certaines provinces que pendant 2 ans (DPS/Kongo Central), avec des implications évidentes pour la performance de programme. Bien plus, au courant d'une année, elles ne seraient menées que pendant le dernier trimestre.

Selon UNFPA⁷⁹, la capacité des partenaires, notamment le retard dans la transmission des rapports, expliquerait aussi le retard constaté dans le déblocage des fonds. Quant aux partenaires⁸⁰, ils indexent les difficultés à rédiger les rapports financiers et exigent même un renforcement des capacités sur la rédaction de ces rapports et, de manière générale, les procédures financières de l'UNFPA. Ils évoquent aussi une lourdeur administrative qui a un impact négatif sur les taux d'exécution : pour certains PTA signés en janvier 2015, les fonds n'ont été reçus qu'en mai 2015.

La coordination, le suivi et la supervision du programme, et le renforcement des capacités

⁷⁹ Interview avec le staff du programme UNFPA

⁸⁰ Entretien avec les partenaires d'exécution

En ce qui concerne la coordination du programme, la quasi-totalité des partenaires d'exécution interviewés estiment que la fermeture⁸¹ des 11 antennes UNFPA dans les provinces en 2011 a réduit les contacts avec l'UNFPA à Kinshasa et n'a pas favorisé la mise en œuvre des activités. Le manque d'une coordination inclusive, l'actuel dispositif étant surtout limité au niveau central, ne permet pas de discuter des différentes conditions de mise en œuvre à travers l'ensemble des zones d'interventions du programme, et ne favorise pas l'efficacité dans l'exécution. De même, le regroupement des activités de plusieurs partenaires dans des PTA uniques (expérimenté en 2015 avec des PTA au niveau central des Ministères, ou sous les PTA de grandes ONGs) a aussi perturbé l'exécution des activités, certains partenaires ne se reconnaissant plus dans les activités reprises dans un seul PTA, s'il n'y a pas une coordination efficace par le partenaire central, accompagné d'une bonne communication. Certains partenaires d'exécution se sont retrouvés écartés, avec des conséquences négatives sur les relations de confiance⁸².

L'efficacité du programme serait aussi beaucoup liée à la qualité (expertise technique et proximité des ressources humaines) de l'accompagnement de l'UNFPA dans la mise en œuvre du programme. Cependant, bien que cet accompagnement soit disponible en principe, il semblerait que la gestion du programme au niveau de l'UNFPA souffre à cause du poids important du travail. Les missions de supervision et de suivi des plans de travail ont été mis en exergue dans ce but d'accompagnement, même si leur régularité doit être améliorée pour s'assurer de la bonne mise en œuvre et des résultats.

Pour ce qui est des partenaires de la fonction publique, bien que l'on note un dévouement dans la mise en œuvre du programme en dépit des maigres salaires et leurs dures conditions de travail, et l'engagement exceptionnel des certains, on constate aussi des situations de démotivation combinée à une forte rotation du personnel, qui nuisent à la performance et accroissent les risques dans la gestion des fonds.

Une approche innovante et efficace de mise en œuvre à mettre en exergue est le concept « Tam Tam PF » et l'approche « Jeunes pour jeunes » dans la conduite des campagnes d'offre gratuite de services de planification familiale combinant une communication multi médias et l'implication des jeunes dans l'offre pour susciter la demande et l'accès, et utilisant les espaces adaptés (centre des jeunes et organisations des jeunes). Depuis l'adoption de cette approche, le nombre de nouvelles adhérentes aux méthodes de contraception moderne a fortement augmenté et les bénéficiaires constituent en majorité des jeunes de moins de 30 ans.

La gestion des connaissances pour améliorer la performance du programme et créer un environnement de l'apprentissage organisationnel

Les entretiens et la revue de la documentation⁸³ sur le programme semblent indiquer une faible utilisation des informations acquises, y compris les connaissances tacites (peu documentés), et les enseignements tirés du suivi et des évaluations pour améliorer la mise en œuvre. Des recommandations formulées pendant les revues annuelles et les missions conjointes Gouvernement-UNFPA (planification tardive, insuffisance de communication entre UNFPA et les partenaires sur les plans de travail, modification unilatérale des activités, etc.) ont été reformulées à plusieurs reprises indiquant qu'elles n'ont pas été mise en œuvre. Ces situations ne favorisent pas l'amélioration des performances et réduisent l'efficacité et l'efficacité du programme.

⁸¹ Suite au business case en 2011, les antennes ouvertes dans les 11 anciennes provinces de la RDC ont été fermées et remplacées par trois (03) bureaux décentralisés à Kinshasa, Goma et Lubumbashi. Mais ces bureaux décentralisés couvrent plusieurs provinces

⁸² Voir UNFPA 2017 « l'Évaluation de H4+ », p69

⁸³ Rapports de revue annuelle du programme, 2015 et 2016

Dans ce sens, vu la complexité du contexte d'un vaste pays comme la RDC, et le défi de la programmation efficace dans des situations dynamiques, souvent pleine d'incertitude et en déficit des données, l'UNFPA devrait systématiser et élargir ses partenariats avec des institutions publiques et privées et des acteurs du monde de recherche. Une telle démarche permettrait à l'UNFPA de tirer profit des initiatives de recherche dans les domaines comme les VBG, les adolescentes, le dividende démographique, et l'interface humanitaire-développement ou il y a encore beaucoup à apprendre, et en même temps de partager et valoriser son mandat et son expérience de mise en œuvre en RDC et au plan mondial.

La chaîne d'approvisionnement pour assurer la disponibilité et la sécurité des intrants

L'exécution efficace de ce programme pays exige une chaîne d'approvisionnement performante, pour assurer la disponibilité et la sécurité des produits de planification familiale et santé maternelle en qualité et quantité voulues, en temps opportun et aux prix compétitifs. Cette chaîne comporte toutes les étapes logistiques à partir de l'estimation des besoins, le système d'achat, le transport jusqu'en RDC, le dédouanement, l'entreposage, le transport interne à travers ce vaste pays, et la distribution finale aux usagers dans les zones d'exécution, souvent d'accès difficile aux plans physique et/ou sécuritaire. Les entretiens et es évaluations menées ont montré certaines faiblesses⁸⁴. Vu l'augmentation du volume des achats de produits de PF et SR, il serait donc nécessaire de renforcer les capacités des services concernés, notamment du Bureau de Kinshasa, mais aussi ceux des bureaux provinciaux et des partenaires d'exécution. Il est reconnu que ce processus de renforcement est déjà entamé grâce à l'initiative du Bureau d'intensifier la collaboration avec le PAM dans le domaine de transport et logistique, domaine où le PAM a une capacité avérée. L'information disponible n'a pas permis de faire une appréciation de la qualité de l'appui fourni par les services d'approvisionnement de l'UNFPA à Copenhague.

4.4. Pérennité et durabilité

Q7 : Dans quelle mesure la mise en œuvre du programme aura permis de favoriser l'appropriation, la pérennisation des interventions et la résilience des structures appropriées, les organisations des jeunes et des femmes, à faire face à des chocs/crises éventuels ?

La question de la durabilité est très contrastée au sein du programme. Des efforts impressionnants ont été déployés par l'UNFPA (appui pour les lois et les politiques, renforcement des systèmes et des capacités, et approches communautaires) pour un environnement favorable à la durabilité avec des institutions et surtout des communautés plus résilientes et aptes à pérenniser les interventions du programme.

Des initiatives innovantes et adaptées au contexte, telles que le programme « sage-femme », les interventions en faveur des adolescents et des jeunes, les campagnes de réparation des fistules obstétricales, ont également été développées et ont déjà obtenu des résultats très prometteurs.

Les partenariats et l'implication des différentes parties prenantes nationales laissent présager une bonne appropriation, condition importante mais pas suffisante pour assurer la pérennisation des interventions. En plus, les autorités nationales ont démontré un engagement pour certaines problématiques adressées par le programme, en particulier la planification familiale et les questions des adolescents et des jeunes.

Cependant, bien que les donateurs continuent de manifester un intérêt pour soutenir les interventions au profit des thématiques du programme, une plus grande institutionnalisation et des financements plus conséquents et stables par le Gouvernement sont indispensables pour garantir la durabilité des acquis.

⁸⁴ Voir UNFPA 2017 « l'Évaluation de H4+ »

Réalisations et constats

Le programme a adopté des approches, facilité la mise en place de mécanismes et renforcé les capacités des institutions et des communautés pour favoriser l'appropriation et la pérennité des interventions. La durabilité du programme sera en partie assurée par le renforcement de la résilience des institutions et des communautés, mais plus pour certains produits que d'autres.

Cette évaluation cherche à apprécier l'appropriation, la pérennité et la durabilité du programme par rapport aux dimensions stratégiques suivantes :

- i. Un environnement interne et externe en soutien au programme, y compris respectivement, les ressources nécessaires pour une gestion efficace, et la stabilité d'un financement viable ;
- ii. Une collaboration entre les parties prenantes pour une appropriation impliquant des communautés résilientes et une communication stratégique avec les parties prenantes et le public ;
- iii. Une gestion des connaissances et l'apprentissage à travers une documentation des expériences, un système de suivi & évaluation capable de générer des évidences, et de soutenir une planification stratégique inscrivant le programme dans les objectifs nationaux de développement de long termes ;
- iv. L'adaptation du programme, y compris par des innovations pour une efficacité continue.

L'engagement politique en faveur de la planification familiale et la réalisation du dividende démographique dans un contexte du pays encore important pour les donateurs est favorable pour la pérennité de ces interventions.

D'abord, au niveau de l'UNFPA, le programme, parfaitement aligné sur les orientations stratégiques⁸⁵ de l'UNFPA, les objectifs de la CIPD, les objectifs de développement durable et ceux du Gouvernement, devrait continuer à bénéficier des ressources régulières et de certains fonds thématiques, tels que « UNFPA Supplies », les fonds sur la santé maternelle et néonatale, etc.

La véritable durabilité est interne, et devrait être bâtie sur une capacité organisationnelle dont le cœur reste des ressources humaines appropriées conformément aux orientations du Plan Stratégique en matière d'alignement au modèle d'activité⁸⁶ pour un pays comme la RDC qui est classé comme pays avec d'énormes besoins de développement et de faibles capacités de financement. Par conséquent, l'UNFPA préconise la mise en œuvre de toute la gamme des axes programmatiques combinant le plaidoyer et le dialogue de politique, le développement des capacités, la génération de connaissances, et l'appui à la prestation des services.

Au niveau national, le plaidoyer et le dialogue politique astucieux menés par l'UNFPA a renforcé le soutien des autorités au programme pays. En particulier, l'intérêt du Gouvernement pour la planification familiale, les questions des adolescents et des jeunes, et les violences sexuelles avec des décisions fermes, notamment la mobilisation de ressources domestiques, démontre un certain niveau d'engagement du leadership national, facteur clé dans le processus d'appropriation et de pérennisation des interventions. La considération de la réalisation du dividende démographique comme un des leviers pour l'émergence et le développement⁸⁷ contribuerait certainement à la durabilité des résultats dans ces domaines d'intervention du programme.

Parmi les facteurs favorisant la pérennisation, on peut citer le renforcement du cadre législatif⁸⁸, la formulation des politiques⁸⁹ et de stratégies⁹⁰, l'édiction de normes et standards et le renforcement des capacités, qui contribuent à mettre en place un environnement favorable. On peut citer aussi la contribution à la pérennisation de ceux parmi les acteurs nationaux qui ont fait

⁸⁵ Plan stratégique UNFPA, 2014-2017

⁸⁶ Ibid.

⁸⁷ Plan National Stratégique National de Développement, 2016

⁸⁸ Code de la famille révisée, et loi d'application de la parité

⁸⁹ Ibid.

⁹⁰ Plan Stratégique pour la Santé des Adolescents, 2016

preuve d'engagement, d'efficacité et de courage dans la mise en œuvre du programme pays, et qui sont bien positionnés pour assumer les rôles de leadership ou d'accompagnement technique.

Cependant il y a des facteurs de risque pour l'appropriation et la pérennisation. L'environnement politique, dominé par les défis des élections présidentielles et des questions de conflit et droits humains, ne favorise pas la continuité du leadership dans la mise en œuvre des politiques, et pourrait même remettre en question l'engagement des autorités et la viabilité du soutien financier. A l'égard du financement, les entretiens⁹¹ avec les partenaires de mise en œuvre s'accordent à dire que la véritable pérennisation ne sera garantie que si un financement conséquent de l'Etat est assuré, étant donné que le niveau de pauvreté de la population limite les possibilités d'une participation accrue des usagers au financement, et représente une barrière importante pour les plus vulnérables. Vu l'enveloppe réduite du budget national⁹² et les pourcentages fluctuantes alloués aux ministères partenaires de l'UNFPA, la durabilité des acquis du programme pays dans le court et moyen termes dépendra en partie importante de la poursuite de l'appui technique et financier de l'UNFPA et des partenaires multilatéraux et bilatéraux.

Parmi d'autres contraintes à la pérennisation, la faiblesse des systèmes de gestion, de supervision et de logistique, les mauvaises conditions de travail des fonctionnaires, les manquements dans certains domaines techniques, les conditions d'insécurité dans certaines zones, et l'instabilité du personnel technique, surtout sur le terrain. Dans le prochain programme pays, l'UNFPA devrait collaborer avec le SNU et les autres partenaires au développement pour appuyer le gouvernement dans ses efforts d'adresser ces contraintes et de créer des fondements de la pérennisation.

Les partenariats et l'implication des réseaux des jeunes, à travers l'approche « Jeunes pour les jeunes » et les « coalitions de changement », la base d'un développement des capacités pour la résilience des communautés est un moteur pour la pérennisation des interventions.

Le travail de l'UNFPA pour la promotion des réseaux (jeunes, parlementaires, ministres, leaders communautaires, étudiants, hommes engagés), les partenariats et les « coalitions de changement » en faveur de la planification familiale, la santé maternelle, les questions des jeunes, la lutte contre les violences sexuelles et les mariages précoces, constitue certes un gage de pérennisation des interventions. La participation des partenaires au processus de planification, de mise en œuvre et aux des annuelles, contribue aussi à l'appropriation du programme, surtout quand ces exercices sont conduits par le GTI, l'organe de coordination du programme. Bien qu'ils soient irréguliers, les ateliers de planification organisés au niveau provincial par les bureaux décentralisés (Kinshasa, Goma et Lubumbashi 2013) ont été une occasion pour une bonne appropriation et l'alignement des interventions du programme sur les besoins de la base. Par conséquent ce sont des pratiques à systématiser, avec une meilleure exploitation des théories de changement pour orienter des discussions sur les changements durables visés par le programme.

Il importe cependant de noter que les mécanismes d'appropriation et de pérennisation ne sont viables que s'ils sont soutenus par le renforcement des systèmes et des organisations institutionnelles ou communautaires favorisant la demande autant que l'offre des services. Par exemple, il conviendra d'un réel renforcement du système statistique national, à côté des formations ponctuelles des experts en collecte et analyse des données, de l'intégration d'un module de réparation des fistules obstétricales dans la formation des médecins que du renforcement des capacités des chirurgiens locaux par des experts internationaux, et du passage à l'échelle de la formation des sages-femmes, etc. Ce sont des interventions de cette dimension, nécessitant des partenariats avec d'autres acteurs du développement, qui vont permettre aux systèmes nationaux d'être plus capables et résilients. En ce sens, UNFPA développe déjà la collaboration Sud-Sud dans des domaines comme la réparation des fistules obstétricales

⁹¹ Interviews

⁹² Le budget pour 2017 est d'un peu plus de 7 milliards USD. La part de la santé était 5.8% en 2012 et 16.04% en 2016. (L'apport des donateurs à la santé était six fois supérieur au budget de l'état en 2006 (UNFPA 2016, p 113)

Du réel besoin pour le programme d'une meilleure gestion des connaissances et de l'apprentissage à travers la documentation des expériences, et d'un système de suivi & évaluation capable de générer des évidences, afin de soutenir la planification stratégique.

La pérennisation des interventions nécessite des modèles et stratégies robustes et bien adaptés qui s'inspirent de l'apprentissage basé sur les expériences de mise en œuvre du programme. Cependant, alors que le programme est en train d'innover avec des initiatives comme les formations basées sur les compétences du programme sage-femme et du pools de formateurs en SONU, et les approches « jeunes pour jeunes » et des campagnes « Tam Tam PF », ces expériences ne sont pas systématiquement évaluées et documentées⁹³.

Parmi les facteurs qui favorisent la durabilité, figure aussi la conduite des études et des recherches pour une meilleure connaissance des problématiques adressées par le programme, et une adaptation et affinement des stratégies en conséquence.

Dans cette même perspective, le système de suivi et évaluation doit être renforcé, notamment en évaluation, pour améliorer l'appréciation systématique de la performance du programme, documenter les bonnes pratiques et générer des évidences sur les innovations afin d'informer la planification stratégique et opérationnelle. Les évaluations sont programmées chaque année en fonction des besoins de programme et conforme à la politique de l'UNFPA en la matière. Depuis 2013, le bureau a entrepris des évaluations thématiques, des enquêtes et des études, mais l'absence d'une revue à mi-parcours approfondie a été déplorée et a constitué une limite pour apprendre de l'expérience de la mise en œuvre du programme.

Le système de suivi est dans une grande mesure basé sur le Système d'Information Stratégique de l'UNFPA, au niveau global, avec le suivi des « milestones », des résultats intermédiaires planifiés annuellement et qui en principe guident les plans de travail, et le rapportage annuel. Les indicateurs des produits sont également renseignés annuellement. Il semble que les résultats de ce système ne sont pas systématiquement utilisés pour guider les processus programmatiques.

En guise de communication sur les résultats, il est plus interne qu'ouvert au public., Même si un rapport annuel narratif est publié, il devrait y avoir une meilleure communication stratégique des résultats sous des formats variés suivant les différentes parties prenantes pour requérir davantage de soutien du programme.

Le programme sage-femme créant une filière répondant aux normes ICM-OMS, les interventions touchant les adolescents et les jeunes et les campagnes de réparation des fistules : des stratégies innovantes d'adaptation du programme pour pérenniser les interventions.

Programme « Sage-femme »

Pendant longtemps, la RDC a cheminé avec des accoucheuses et accoucheurs. Le niveau élevé de la mortalité maternelle et le besoin d'offrir aux femmes des services de qualité ont conduit UNFPA à renforcer la filière « sage-femme ». Le développement de la filière sage-femme selon l'approche basée sur les compétences⁹⁴, conformément aux normes ICM-OMS, constitue une approche innovante et adaptée pour accroître l'assistance qualifiée à l'accouchement en vue de réduire la mortalité maternelle.

Le programme est doublement apprécié aussi bien par les Instituts Supérieurs des Techniques Médicales (ISTM), partenaires d'exécution, que par les sages-femmes elles-mêmes, qui apprécient le côté plutôt pratique que théorique de la formation. Tout le monde reconnaît⁹⁵ que le nouveau programme de formation des sages-femmes commence à faire une différence.

⁹³ Les rapports sur le programme sont davantage globaux, c'est-à-dire des rapports annuels qui ne permettent d'apprendre par quel procédé les résultats ont été obtenus

⁹⁴ Curricula de formation du programme sage-femme (biblio ?)

⁹⁵ Les témoignages recueillis pendant une mission conjointes Gouvernement-UNFPA, 2015

Interventions touchant les adolescents et les jeunes

Environ 65% de la population a moins de 25 ans. La problématique de la jeunesse caractérisée par des défis multiples mais pouvant être transformés en autant d'opportunités, a conduit UNFPA à lui accorder une plus grande priorité dans le programme⁹⁶. Même si les adolescents et les jeunes restent une préoccupation dans les résultats ciblés au niveau des autres produits, des stratégies spécifiquement adaptées ont été développées, dont la désignation d'un chargé de programme « Partenariat et réseaux des jeunes », pour les atteindre de façon plus efficace. Ces stratégies ont consisté à mettre les jeunes au centre des interventions, par exemples avec l'approche « jeunes pour les jeunes » dans le renforcement de l'offre et de la demande de services de planification familiale et des autres services de santé de la reproduction ; la lutte contre la VBG, en particulier les mariages précoces, mais également le renforcement de leur leadership et leur participation au développement. L'approche consiste globalement à faire des adolescents et des jeunes des acteurs des services dont ils sont les principaux bénéficiaires, en utilisant les organisations de jeunes dans la mise en œuvre des interventions.

Campagnes « fistules »

Compte tenu de la prévalence importante de la fistule obstétricale en RDC, le programme a développé une stratégie⁹⁷ adapté à la situation, articulée autour du plaidoyer et de la sensibilisation pour la mobilisation des ressources et des communautés, du renforcement des capacités des prestataires pour les réparations, et de la réinsertion socioéconomique.

Malgré tout, les initiatives ci-dessus devraient être portées à l'échelle et des financements conséquents et viables recherchés pour leur pérennisation et la durabilité des résultats réalisés. Pour le moment, ce passage à l'échelle est loin d'être garanti. Ni UNFPA encore moins le gouvernement n'a encore développé des plans et des stratégies dans ce sens. Une première étape importante serait d'entreprendre une évaluation des coûts et des capacités dont on aura besoin, en tirant tous les enseignements de l'expérience acquise au cours de ce 4^e programme

4.5. Positionnement stratégique de l'UNFPA

Q8 : Quelle est la contribution du bureau pays UNFPA au bon fonctionnement et à la consolidation des mécanismes de coordination au sein du système des Nations Unies en RDC ?

UNFPA a bien contribué au fonctionnement des mécanismes de coordination du système des Nations Unies, le plus souvent en assurant un leadership affirmé dans les processus de l'UNDAF avec des résultats significatifs. En tant que lead du Groupe inter agence de S&E, UNFPA a coordonné les revues annuelles et le suivi des groupes de résultats en particulier sur « les services sociaux de base » et « la réponse au VIH »

UNFPA participe comme membre de groupes de travail thématique en situation d'urgence, en particulier sur la santé de la reproduction et les violences basées sur le genre.

Dans le cadre de la mise en œuvre du programme, UNFPA a noué des partenariats stratégiques avec les agences des Nations Unies à travers des projets conjoints (ex : Projet de lutte contre l'impunité, d'appui aux victimes des violences sexuelles et basées sur le genre et d'autonomisation des femmes) et des initiatives conjointes (H6+ sur la santé maternelle) où UNFPA a apporté des contributions significatives relatives à son mandat.

Cette contribution de l'UNFPA aux mécanismes de coordination a contribué à rendre le système des Nations d'être plus complémentaire, synergique et efficace.

Réalisations et constats

⁹⁶ L'alignement du programme pays au Plan stratégique 2014-20175 de l'UNFPA en 2014 a été une l'occasion pour formuler un produit spécifique pour les adolescents et les jeunes alors qu'initialement les questions des jeunes étaient prises en compte de façon transversale

⁹⁷ Rapport de la campagne de réparation des fistules, 2016 Biblio svp

UNFPA prend une part active dans la coordination de l'UNDAF aussi bien au niveau politique, stratégique que technique. A travers l'équipe pays (UNCT), la Représentante apporte son expérience avérée et son bon jugement politique aux orientations stratégiques notamment dans le cadre de la revue à mi-parcours de l'UNDAF où la décision de mieux s'aligner au cycle de programmation du pays qui est à l'origine de la demande d'extension⁹⁸ du 4^{ème} programme jusqu'en 2018 a été prise. Aux niveaux stratégique et technique, UNFPA a contribué aux réflexions relativement à la stratégie régionale⁹⁹ pour les Grands-Lacs pour la mise en œuvre de l'Accord-cadre pour la sécurité et la paix en RDC où UNFPA est co-lead sur les piliers « Adolescents et Jeunes » avec UNICEF et « Genre et Violence basée sur le genre » avec ONU Femmes.

UNFPA contribue également de façon substantielle aux processus de suivi de l'UNDAF¹⁰⁰, d'une part, en tant que leader du Groupe de travail inter-agence de Suivi & Evaluation qui a coordonné les revues annuelles et la revue à mi-parcours de l'UNDAF, et d'autre part comme co-lead de deux Effets UNDAF portant sur « les services sociaux de base » et sur « la réponse au VIH ».

UNFPA participe à la coordination de l'application des principes du HACT en RDC des trois agences impliquées (UNDP, UNFPA et UNICEF), avec la macro-évaluation du système de gestion du pays, les micro-évaluations des partenaires d'exécution, les activités conjointes d'assurance et le renforcement des capacités¹⁰¹. Depuis 2017, UNFPA assure la coordination des groupes de travail « HACT Principes » composé des Représentants adjoints des agences et du « HACT Working Group » comprenant le personnel du programme et des opérations.

En ce qui concerne les questions humanitaires, UNFPA assure la coordination du Sous-cluster sur les violences basées sur le genre (VBG) depuis octobre 2016. L'UNFPA a été déjà mandaté conjointement avec l'UNICEF pour assurer la coordination des VBG entre 2006 et 2009. A cette date, le Système des Nations Unies a décidé de confier la coordination de la réponse aux VBG à la mission de maintien de la paix et de soutenir la mise en place d'une stratégie globale et nationale de réponse aux VBG subdivisée en cinq composantes (2009-2014). Ainsi, sous le lead global de la MONUC/MONUSCO et du Ministère du genre, famille et enfant (MINIGEF), l'UNFPA a assuré la coordination de la composante « Data & Mapping » conjointement avec le MINIGEF. En 2015, les résultats de l'évaluation de la mise en œuvre de la SNVBG (Stratégie National de Lutte contre les Violences Sexuelles et Basées sur le Genre) et de l'analyse du fonctionnement du Cluster Protection en RDC ont amené le « Humanitarian Country Team » (HCT) à mandater l'UNFPA à réactiver le sous-cluster VBG, sous l'impulsion de l'UNHCR, lead du cluster protection.

Coordination humanitaire au niveau stratégique

UNFPA a activement participé à la mise en place du Cadre National de Concertation Humanitaire, plateforme de coordination entre les « humanitaires » et la partie nationale, placée sous la responsabilité conjointe du Premier Ministre et du Coordonnateur Humanitaire.

La Représentante de l'UNFPA assiste personnellement aux réunions de l'Equipe Humanitaire Pays (HCT) une instance de coordination, d'orientation et de décisions stratégiques constituée des Agences Chefs de File des Clusters, des agences humanitaires, des ONG internationales et des partenaires financiers. La Représentante de l'UNFPA participe également aux réunions du « Humanitarian Advocacy Group - HAG) un forum bimensuel d'information, d'échanges et de

⁹⁸ DRC Country Programme extension

⁹⁹ Great Lakes UNCT's Regional Strategy Paper, 2016. Cette stratégie a été développée en appui à la mise en œuvre du Cadre de Coopération sur la Sécurité et la Paix en RDC et dans la région des Grands Lacs (PSC-F)

¹⁰⁰ Voir les Termes de référence des mécanismes de coordination des Nations Unies

¹⁰¹ Rapport atelier de formation sur le HACT, 2016

discussion regroupant les chefs d'agences, les chefs de mission, les directeurs pays des ONGs nationales et internationales, les coordonnateurs de clusters et quelques fois la partie nationale.

Coordination au sein des clusters

L'Inter-cluster représente le niveau technique du système de coordination humanitaire, et en tant que tel, facilite la coordination entre les clusters en vue d'une orientation multisectorielle des interventions sur le terrain et d'une complémentarité des actions afin d'éviter les duplications et les chevauchements. UNFPA a mené un plaidoyer pour être admis à l'inter-cluster tant au niveau national que provincial (Ituri, Nord Kivu, Sud Kivu et Haut Katanga). UNFPA, en tant que lead du groupe de travail sur la santé de la reproduction et du sous-cluster VBG, a contribué à l'admission des groupes de travail ou sous-clusters à l'inter-cluster. Les groupes de travail santé sexuelle et reproductive en situation de crise ont été mis en place et sont animés au niveau central à Kinshasa qu'au niveau provincial (Nord Kivu et Sud Kivu) par UNFPA.

Le sous-cluster VBG est un groupe thématique du Cluster Protection inclusif des acteurs humanitaires travaillant contre les VBG (acteurs étatiques, ONG et entités onusiennes). En tant que lead du sous-cluster VBG, UNFPA est plus impliqué dans les mécanismes de coordination humanitaire et associées, notamment l'Inter-cluster et de l'Information Management Group de l'Inter-cluster, au niveau provincial comme national.

Au-delà d'assurer le leadership, UNFPA participe activement et contribue substantiellement au fonctionnement des mécanismes en place pour la coordination des interventions thématiques. Par exemple, UNFPA participe activement à la mise en place de « ONE UN GENDER TEAM », un mécanisme de coordination des interventions genre. Coordonné par ONU Femmes depuis 2010, ce mécanisme avait connu une léthargie pour plusieurs raisons. Depuis 2013, un effort de redynamisation a été entrepris grâce à une collaboration étroite de UNFPA et ONU Femmes, et un plan de travail a été élaboré et validé par toutes les agences. Des rencontres régulières sont organisées, y compris avec le groupe des bailleurs genre, pour échanger sur les questions d'intérêt commun. Ce cadre commun de collaboration a permis la réalisation conjointe de plusieurs activités, notamment : l'élaboration d'un plan conjoint de plaidoyer pour l'adoption du code de la famille (UNICEF, UNFPA, ONU Femmes et PNUD), la formation des journalistes sur le processus de révision du code de la famille (UNFPA et UNICEF) et la formation des sénateurs sur les violences sexuelles (UNFPA, ONU Femmes, UNICEF, BCNUDH, UNESCO et PNUD)

Depuis 2012, UNFPA est membre du groupe de travail « Monitoring, Analysis and Reporting on Conflict-related Sexual Violence » (MARA), auquel participent également l'UNICEF, l'UNHCR et la MONUSCO (Bureau Conjoint des Nations Unies aux Droits de l'Homme, Section Protection de l'Enfant, Section Genre et UNPOL). Grâce à l'exploitation de la base des données, une contribution substantielle est apportée à l'élaboration de rapports périodiques et à l'analyse globale des progrès de la réponse aux VBG, aux priorités et au plaidoyer dans la lutte contre les VBG.

En 2015, l'UNFPA a été sélectionné comme point focal « *Sexual Exploitation and Abuse* » conjointement avec l'UNICEF pour la mise en œuvre du mécanisme d'assistance aux victimes (MAV) au niveau inter-agence. Ce rôle s'inscrit dans l'application de la circulaire du Secrétaire Général des Nations Unies sur les dispositions spéciales visant à prévenir l'exploitation et l'abus sexuels. Fonctionnel depuis 2015, le réseau réunit les points focaux EAS des agences d'UNCT et l'unité déontologie et discipline de la MONUSCO. Un plan d'action global est établi et mise en place par la MONUSCO, UNFPA et UNICEF au niveau inter-agence.

Participation à des initiatives conjointes avec les organisations du système des Nations Unies

UNFPA a élaboré un plan de partenariat¹⁰² dans le cadre de la mise en œuvre du 4^{ème} programme de coopération. Dans ce cadre, le partenariat avec les agences des Nations Unies est développé autour de principales thématiques, dont la santé maternelle et les violences sexuelles.

¹⁰² Le plan de partenariat du 4^e programme a été élaboré dans le cadre des directives données pour les

- L'initiative H6+ de l'ancien Secrétaire général des Nations Unies avait pour but d'accélérer les progrès vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement 4 et 5 et contribuer à la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents (2016-2030) au niveau national. Regroupant actuellement en RDC : UNICEF, la Banque Mondiale, l'OMS, l'ONU Femme, l'ONUSIDA, et le PAM, l'UNFPA en a assuré la coordination de la mise en œuvre entre 2011 et janvier 2016 d'une manière efficace, sauf en 2015 au cours de laquelle il y a eu des relations difficiles avec l'interlocuteur au Ministère de la Santé¹⁰³. Au plan programmatique, l'UNFPA a joué un rôle majeur dans ce projet novateur et complexe, qui prenait comme cadre fédérateur « Reproductive Maternal Neonatal Child and Adolescent Health ».
- Le projet conjoint de lutte contre l'impunité, d'appui aux victimes des violences sexuelles et basées sur le genre et d'autonomisation des femmes à l'Est de la RDC implique UNFPA et le PNUD, et l'UNESCO et le BCNUDH en sont des partenaires d'exécution. L'UNFPA impliquée dans les composantes « Prise en charge médicale et psychosociale » et « Coordination de la lutte contre les violences basées sur le genre » avec la collecte des données sur les violences basées sur le genre.
- Projet¹⁰⁴ conjoint de prévention et réponses coordonnées de lutte contre les violences sexuelles dans les provinces du Nord-Kivu et Ituri dans le cadre du STAREC avec ONU Femmes et UNICEF. Le projet vise la réduction des violences sexuelles et basées sur le genre dans les provinces du Nord-Kivu et l'Ituri par des actions coordonnées de prévention et des réponses multisectorielles. Dans le cadre de projet conjoint, l'UNFPA assure la collecte, le traitement et la publication, de manière coordonnée, des données sur les violences sexuelles dans les provinces Orientale et Nord Kivu.

UNFPA a participé également à plusieurs autres projets conjoints sur les violences sexuelles et basées sur le genre avec ONU femmes et UNICEF visant l'amélioration de la coordination des violences sexuelles et basées sur le genre (VBG) grâce à la collecte de données pour appuyer la prestation de services pour les survivants de VBG et la mise en œuvre de la stratégie nationale sur les VBG.

Dans le cadre des services communs, UNFPA a un rôle actif dans l'OMT dont il est parmi l'équipe lead. UNFPA a été membre de la délégation de la RDC qui a participé à la formation régionale de l'UNDG sur le BOS et les nouveaux POS liées à l'harmonisation du travail des Nations Unies dans les pays. UNFPA est actif dans les divers Task forces de mise en œuvre du « Delivering as One », tels que : HR working group, Procurement group, IT group, Finance group et Security cell".

Par ailleurs, UNFPA a coprésidé avec le Bureau intégré, le Groupe de Communication en 2012-2013. Durant cette coprésidence, les termes de référence du groupe, ainsi que la stratégie de communication pour les NU en RDC, ont été élaborés. Il a contribué à la révision de la stratégie de communication, tenant compte des directives d'UNCT et à la mise en œuvre de la stratégie. Ainsi, un site internet du SNU où chaque Agence, Fonds et Programme est présenté, a été construit, des plaquettes d'information pour chacun ont été produites, des séances d'information pour les journalistes organisées, ainsi que des voyages de presse.

besoins de l'alignement au nouveau plan stratégique 2014-2017 de l'UNFPA

¹⁰³ Voir UNFPA 2017 « l'Evaluation de H4+ » p 44-45

¹⁰⁴ Rapport descriptif semestriel sur l'état d'avancement du projet, 2017

UNFPA a également activement contribué avec l'UNICEF et la MONUSCO à l'élaboration de la stratégie de communication pour le « Sexual Exploitation and Abuse » (SEA).

En conclusion, l'UNFPA a joué un rôle actif et bien apprécié dans le bon fonctionnement et la consolidation des mécanismes de coordination au sein du SNU, malgré ses moyens limités en personnel et budget, par rapport aux autres acteurs de l'EXCOM comme le PNUD, l'UNICEF, le PAM, et des agences comme l'OMS. La qualité de la contribution de l'UNFPA varie selon le profil, la motivation et la disponibilité son personnel impliqué. Par conséquent, l'UNFPA doit être attentif à se doter du personnel apte à bien remplir ce rôle et leur accorder le temps nécessaire pour cette contribution à la coordination et la collaboration inter-agences qui peut être compliquée et parfois frustrante. L'engagement dont l'UNFPA a fait preuve découle de la politique globale de l'UNFPA, politique qui a été bien mise en pratique par une Représentante très expérimentée et engagée, avec des capacités impressionnantes en intelligence politique, créativité et communication. Elle a adopté une stratégie « gagnant-gagnant ». A travers sa contribution réelle au bon fonctionnement de mécanismes de coordination, l'UNFPA a pu promouvoir des concepts et mobiliser du soutien à l'égard des problématiques de son mandat, telles que le dividende démographique, les adolescents, les VBG, la santé maternelle et reproductive dans l'assistance humanitaire, etc.

4.6 Avantages comparatifs et valeur ajoutée

Q9 : Quels sont les principaux avantages comparatifs de l'UNFPA, en particulier en comparaison avec d'autres acteurs du développement, y compris les agences des Nations Unies ?

Q10 : Quelle est la principale valeur ajoutée de l'UNFPA dans les résultats observés dans les différents domaines d'intervention de l'UNFPA dans le contexte d'un pays comme la RDC ?

UNFPA a démontré une expertise reconnue et des avantages comparatifs certains dans les différentes thématiques du programme et a apporté une valeur ajoutée dans les progrès réalisés au niveau national dans les domaines de la santé maternelle, la planification familiale, la prise en compte de la dynamique de population, les données sociodémographiques y compris données sur les violences sexuelles, et priorité accordée aux adolescents et jeunes. Il faut reconnaître dans beaucoup de cas le leadership et les capacités de plaidoyer démontrés par la Représentante.

UNFPA n'a pas toujours exploité tout son potentiel dans certains domaines comme l'analyse des données. Des études et des analyses approfondies sur les thématiques des domaines d'interventions du programme (santé maternelle, planification familiale, violences basées sur le genre, problématique des jeunes) d'une part, ainsi que leurs interrelations avec la dynamique de population d'autre part, fournirait des évidences pour informer les processus de développement et mieux positionner le mandat de l'UNFPA.

Réalisations et constats

Le dynamisme, l'esprit de partenariat, l'engagement, l'expérience, la disponibilité et le sens politique de la Représentante de l'UNFPA ont été évoqués dans plusieurs entretiens¹⁰⁵, sans oublier sa capacité de mener un plaidoyer convaincant auprès des autorités politiques du pays.

En plus, les interviews avec les partenaires d'exécution¹⁰⁶ et la revue des rapports de mission¹⁰⁷, il ressort que UNFPA a démontré un avantage comparatif dans plusieurs ses domaines d'intervention. Cet avantage comparatif a ainsi permis à UNFPA d'apporter une valeur ajoutée certaine dans différents secteurs du développement national.

En matière de santé maternelle

¹⁰⁵ Entretiens avec les autorités nationales et partenaires stratégiques

¹⁰⁶ Interviews des partenaires d'exécution

¹⁰⁷ Rapport de suivi conjoint au Kongo central, Zone de santé de Banza Ngungu, 2015

UNFPA a usé de son expertise reconnue pour convier des experts de divers horizons (universitaires, expert d'autres agences des Nations Unies, etc.) afin d'élaborer des modules de formation de formateurs en SONU. Ce pool de 58 formateurs constitue actuellement une masse critique de formateurs reconnus et utilisés par beaucoup d'acteurs intervenant dans le domaine.

Grâce à la capacité de plaider et l'expertise avérée d'une Conseillère Sage-femme, UNFPA a promu la création de la filière sage-femme dans l'enseignement supérieur au sein des Instituts Supérieurs de Techniques Médicales (ISTM). Le nouveau curriculum de formation basée sur les compétences a également été développé sous le leadership de UNFPA. Avec l'appui en équipement et matériel didactique très adapté, UNFPA s'est positionné comme leader dans la formation des sages-femmes, dorénavant considérée parmi les ressources humaines en santé. Les 3818 sages-femmes formées apportent une grande plus-value dans l'offre de santé maternelle et néonatale¹⁰⁸ et la planification familiale.

Dans la réparation des fistules obstétricales, l'approche inédite de combiner l'expertise internationale avec celle nationale pour constituer une « équipe de choc » accompagnée d'un plaider, et de la communication a boosté la lutte contre les fistules. Le plaider et la collaboration avec la faculté de médecine pour intégrer la réparation des fistules dans la formation des chirurgiens devrait être poursuivi. Au Katanga¹⁰⁹, cette approche a permis de lever des fonds (USD \$400.000) auprès des industries minières et des représentations internationales pour la réparation des fistules, ouvrant ainsi une piste sur de nouveaux canaux de financement.

En matière de planification familiale :

Il est largement reconnu que l'UNFPA apporte une très grande valeur ajoutée dans ce domaine important, qui représente son avantage comparatif le plus souvent cité. Les agences de NU et les bailleurs bilatéraux et multilatéraux souhaitent que l'UNFPA consolide et renforce son travail efficace dans ce domaine, au niveau du plaider et de la programmation, entre autres dans le domaine très important d'approvisionnement expliqué ci-dessous.

Grâce à l'enquête de suivi des indicateurs du programme de sécurisation des produits de santé de la reproduction (UNFPA Supplies), UNFPA fournit des données indispensables pour apprécier la disponibilité des services de planification familiale aussi bien dans les zones couvertes que par ailleurs. En outre, avec le partenaire CHAI (Clinton Health Access Initiative), UNFPA a introduit un processus de quantification et la cartographie des intervenants en planification familiale, permettant au pays d'aller vers une meilleure planification des besoins avec plus de rigueur.

UNFPA est parvenu à une amélioration progressive de la chaîne d'approvisionnement en produits contraceptifs dans le pays. Selon les missions de suivi et de supervision recoupées avec les résultats de l'enquête SPSR, la proportion de formations sanitaires expérimentant des ruptures de stock a sensiblement baissé. Par ailleurs, quelques acteurs souhaitent de plus en plus utiliser la plateforme de la branche d'achat de UNFPA¹¹⁰.

Dynamique de population, données sociodémographiques y compris données sur les violences sexuelles, et priorité accordée aux adolescents et jeunes :

L'expertise en matière de collecte et d'analyse des données est reconnue par le système des Nations Unies comme un avantage comparatif de l'UNFPA, et représente une valeur ajoutée dans ce pays où le manque de données fiables est une contrainte souvent citée. C'est pourquoi, depuis le 3^e programme pays, plusieurs acteurs ont noué un partenariat stratégique avec UNFPA pour renforcer les capacités du système statistique national en général, et pour appuyer les préparatifs

¹⁰⁸ A Banza Ngungu, les sages-femmes ont mis en place un mécanisme dans le système la référence contre référence pour une prise en charge continue des accouchements

¹⁰⁹ Rapport annuel du Bureau décentralisé de Lubumbashi de UNFPA, 2015

¹¹⁰ Dans le cadre du projet PARSS, la banque a demandé à UNFPA d'assurer l'achat des commodités

pour l'organisation du RGPH-2. Pour ce dernier, UNFPA a déployé des actions de plaidoyer et les appuis financiers et techniques à l'INS-BCR, mais les préparatifs sont freinés pour des multiples raisons, y compris les estimations de coût très élevées. Vu son profil de leadership dans ce domaine UNFPA aura du mal à répondre aux attentes nationales et internationales et à construire le partenariat et les modalités de financement nécessaires pour réussir le RGPH-2 tant attendu.

L'avantage comparatif de l'UNFPA dans le domaine de la collecte et l'analyse des données est également à l'origine de sa désignation comme leader de la composante « Données et Cartographie » dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie nationale de lutte contre les violences basées sur le genre et dans tous les projets conjoints dans le domaine. Comme valeur ajoutée, on peut mettre en exergue la base de données sur les violences sexuelles et basées sur le genre désormais accessible en ligne, voir lien¹¹¹.

L'expertise de l'UNFPA dans les données lui donne également un avantage comparatif pour la prise en compte de la dynamique des populations dans les politiques et programmes de développement, comme attesté par le Plan National Stratégique de Développement¹¹². UNFPA est parvenu ainsi grâce à un plaidoyer stratégique¹¹³ basé sur des évidences à positionner la capture du dividende démographique sur l'agenda national de développement.

A partir de 2015, UNFPA RDC a mis en place un cluster « Dynamique de Population et Jeunes » et désigné un Chargé de programme « Partenariat et Réseaux des Jeunes » afin de mieux adresser les questions des adolescents et des jeunes par le programme. Avec cette priorité accordée aux questions des jeunes, UNFPA a pris le leadership et cristallisé la problématique auprès des autorités, et la redynamisation du Conseil National de la Jeunesse et la mise en place de réseaux avec les organisations des jeunes a renforcé les plateformes d'échange entre les jeunes et les différents décideurs (autorités gouvernementales, parlementaires, etc.). Il reste maintenant à mettre en place des stratégies spécifiques en faveur des adolescentes, surtout les plus vulnérables, conformément à la priorité globale de l'UNFPA.

En matière de violence sexuelle et basée sur le genre, et prise en charge des survivantes

La lutte contre les violences sexuelles et basées sur le genre, y compris le mariage précoce, a été également un domaine important pour UNFPA. Le programme a joué un rôle important dans la prise en charge médicale et psychosociale des survivantes, en particulier en situation d'urgence.

UNFPA est considéré en RDC comme le « Champion » de l'exécution nationale. Les partenaires d'exécution ont reconnu que l'UNFPA était parmi les organismes des Nations Unies, l'agence qui utilise le plus les institutions nationales gouvernementales et les ONGs pour l'exécution des programmes avec un appui technique de qualité, malgré un environnement à risques.

Enfin, au sein du système des Nations Unies, grâce à son expertise, l'UNFPA assure le lead de plusieurs mécanismes de coordination dont le groupe inter agence chargé du Suivi & Evaluation de l'UNDAF avec la conduite des revues annuelles, la coordination du HACT avec aussi bien le Groupe des « Principes », regroupant les adjoints des chefs d'agence que le « HACT Working Group » regroupant les chargés de programmes et les financiers.

Cependant, UNFPA n'a pas toujours exploité tout son potentiel dans certains domaines comme l'analyse des données. Des études et des analyses approfondies sur les thématiques des domaines d'interventions du programme (santé maternelle, PF, VBG, problématique des jeunes) d'une part, et leurs interrelations avec la dynamique de population d'autre part, fournirait des évidences pour informer les processus de développement et mieux positionner le mandat de l'UNFPA.

¹¹¹ data.snvbg.org:888

¹¹² Voir par ailleurs, la prise en compte de la planification familiale et la réalisation du dividende démographique comme levier de développement économique et social.

¹¹³ UNFPA : Rapport annuel 2015.

5. Chapitre 5 : Conclusions

Les principales conclusions auxquelles l'évaluation a abouti, en commençant par les forces, faiblesses, opportunités et menaces, sont présentées ci-dessous.

5.1. Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces

Tableau 10 : Forces, faiblesses, opportunités et menaces du 4^{ème} PP

FORCES	FAIBLESSES
Planification familiale	
<ul style="list-style-type: none"> - Accès des populations aux commodités en dépit des barrières géographiques, et ce grâce au partenariat UNFPA-PAM-CDR - Financement de la PF par le Gouvernement congolais - Repositionnement de la PF - Implication, quoiqu'encore timide, des hommes dans la PF - Meilleure sécurisation des produits - Implication effective du Gouvernement dans le financement de l'achat des contraceptifs - Engagement du Gouvernement provincial Nord-Kivu à appuyer toute initiative de mise en place d'un Centre de formation en chirurgie réparatrice des fistules - Meilleur cadre de politique, de législation et de planification pour la PF/SR 	<ul style="list-style-type: none"> - Les besoins réels des FOSA dans la distribution des commodités ne sont pas toujours pris en compte - Accès limité dans certaines zones à cause de l'insécurité - Coût très élevé de distribution des commodités - Changements fréquents des Gouvernements et donc de programme gouvernemental, ce qui ne garantit pas la réalisation de certains engagements déjà pris - Coût élevé de distribution et d'entreposage des commodités à travers le pays, notamment parce que le transport s'effectue essentiellement par avion - Certaines organisations motivent financièrement les relais communautaires, ce qui crée une démotivation de ceux qui étaient des bénévoles (et donc qui ne sont pas payés) dans le cas du 4ème PP
SONU	
<ul style="list-style-type: none"> - Intégration de la surveillance des décès maternels dans les outils de la direction de la lutte contre les maladies - Très bonne acceptation du Programme Sage-Femme par les prestataires, les partenaires de mise en œuvre, et par la population - Transfert des connaissances entre médecins internationaux et nationaux durant les campagnes de dépistage et réparation des fistules - Implication des ONGs dans la mise en œuvre de la réinsertion sociale des femmes guéries de fistules - Les hôpitaux appuyés font la prise en charge économique et sur d'autres pathologies sur fonds propres, ainsi que la prise en charge médicale des femmes porteuses des fistules en dehors des campagnes de dépistage 	<ul style="list-style-type: none"> - Faiblesses dans la collecte des données sur les complications prises en charge dans les FOSA et difficultés pour calculer les taux de létalité - L'offre de SONU ne comprend pas les autres aspects comme la propreté, la disponibilité d'eau courante, la gestion des déchets, bref l'environnement sanitaire - Mobilité du personnel formé en SONU et suivi difficile des performances des prestataires formés - Insuffisance des ressources financières et humaines pour une prise en charge holistique d'un plus grand nombre femmes porteuses de fistules - Absence d'une politique nationale et des moyens financiers pour le recrutement et le déploiement des Sages-Femmes - Faible coordination nationale pour la sécurisation des produits de santé et en particulier de SR
ADOLESCENTS & JEUNES	
<ul style="list-style-type: none"> - Innovations dans les approches pour l'offre des services auprès des Adolescents & Jeunes 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible couverture géographique de l'offre des services (du nombre de Centres de Jeunes) - Non appropriation et non accompagnement par l'Etat des structures des Jeunes créées - Perte des acquis chez les jeunes ayant bénéficié des services SR par manque d'accompagnement économique
EGALITE DE GENRE & VBG	
<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'une base des données en ligne sur les VBG - Redynamisation du Sous-Cluster VBG au niveau des acteurs humanitaires - Promulgation du Code de la famille révisé et des modalités d'application de la loi sur les droits des femmes et la parité - Implication de la plus haute autorité du pays (le Chef de l'Etat) dans la lutte contre les VBG - Appropriation nationale de la coordination de la lutte contre les VBG - Institutionnalisation du Forum des Ministres en charge du Genre 	<ul style="list-style-type: none"> - Non prise en charge d'autres VBG que les violences sexuelles et les mariages précoces - Difficultés dans la coordination de la lutte contre les VBG au niveau politique et technique
DYNAMIQUE DES POPULATIONS	
<ul style="list-style-type: none"> - Appropriation du Dividende démographique au niveau politique, stratégique et sectoriel - Existence d'une base des données en ligne sur les VBG - Maintien des activités préparatoires du RGP2 malgré le rejet par certains acteurs politiques du recensement comme préalable aux élections 	<ul style="list-style-type: none"> - Affaiblissement de la mobilisation des ressources pour le RGP2 - Faible fonctionnalité de la CNR (Commission Nationale du Recensement)
HUMANITAIRE	
<ul style="list-style-type: none"> - Intégration des questions de SSR au premier plan de l'action humanitaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Environnement sécuritaire très volatile, notamment à l'Est du pays - Faible prise en compte des liens entre l'humanitaire et le développement

5.2. Conclusions au niveau stratégique

Conclusion 1 : UNFPA a bien positionné son mandat, mais les résultats restent fragiles

Le plaidoyer mené par UNFPA au niveau national et international a permis le positionnement du mandat de l'UNFPA dans l'agenda du développement national. Ce qui s'est matérialisé par un engagement formel du Gouvernement dans le financement et le repositionnement de la planification familiale dans les politiques de développement, une meilleure prise en compte des données sociodémographiques et des besoins des adolescents et jeunes dans les politiques et programmes, et l'appropriation du Dividende Démographique. Cependant, il faut reconnaître que ces résultats ainsi que leur durabilité restent fragiles, à cause de plusieurs facteurs de risque, dont la très forte pression sur les budgets limités du gouvernement, la polarisation du système politique, les faiblesses des services techniques, et l'insécurité dans certaines régions.

Origine : QE4 et QE7

Conclusion 2 : Un fort potentiel à développer et des innovations à porter à l'échelle

L'évaluation montre un potentiel à développer et des innovations à porter à l'échelle. Mais les défis sont énormes pour l'UNFPA en RDC pour faire la différence dans les principaux domaines de son mandat. Pour faire face, il faudrait assurer une augmentation des moyens financiers car, par rapport aux autres agences des NU, le PP semble être sous-financé, le budget annuel équivalant à moins de 2% du budget global de l'UNFPA. Une planification plus rigoureuse impliquant les différentes parties prenantes, une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources, la disponibilité d'un personnel approprié, et un appui constant de la part du siège et du bureau régional s'avèrent essentiels pour exploiter la dynamique actuelle du bureau pays.

Origine : QE4 et QE6

Conclusion 3 : UNFPA, un leadership efficace dans les mécanismes de coordination des Nations Unies

UNFPA a contribué efficacement au bon fonctionnement et à la consolidation des mécanismes de coordination au sein du Système des Nations Unies, en participant activement aux groupes de travail, et en assurant le lead ou le co-lead dans plusieurs cas, contribuant à permettre aux Nations Unies de faire des progrès dans le « Delivering as one ».

La participation substantielle aux initiatives conjointes dans la santé maternelle et les violences basées sur le genre a permis de mieux positionner le mandat, en particulier la santé maternelle et néonatale et les violences basées sur le genre. UNFPA a su ainsi faire prévaloir son avantage comparatif et apporter de la valeur aux résultats globaux. Par ailleurs, il y a un besoin d'élargir les partenariats et les alliances au-delà du SNU.

Origine : QE8, QE9 et QE10

Conclusion 4 : La prise en charge de certains domaines du mandat n'est pas toujours à la portée du programme pays

Certains besoins en rapport avec le mandat de l'UNFPA ne sont pas suffisamment pris en compte dans le PP4, soit parce qu'ils sont latents et non exprimés à cause des pesanteurs socioculturelles, ou parce qu'ils dépassent les ressources et les stratégies mises en place par l'UNFPA. Il en est ainsi de : (i) la problématique des adolescents et des jeunes qui nécessitent une prise en charge holistique au-delà de la portée du programme, (ii) les besoins en données pour le développement,

le programme a focalisé son appui sur l'INS et le MINIGFAE (base des données VBG) et prêté moins d'attention au suivi et évaluation des politiques de développement national et aux objectifs de développement durable, et (iii) la résilience des communautés et des institutions par le lien entre l'humanitaire et le développement.

En outre, le programme a mis en œuvre plusieurs initiatives réussies dont la réparation des fistules, la formation des sages-femmes, dont le passage à l'échelle n'est pas assuré.

Origine : QE1, QE4 et QE5

5.3 Conclusion au niveau programmatique

Conclusion 5 : De bonnes performances en PF grâce à un environnement favorable, à booster pour résorber le gap avec les besoins non satisfaits tout en renforçant la création d'une demande additionnelle.

La planification familiale (Produit 1) est le domaine auquel 38 % du budget a été alloué. Ce qui a permis d'accroître le nombre des nouvelles acceptantes. L'objectif de 5 millions d'acceptantes de PF est largement dépassé (on est autour de 7 millions à la fin de la 4^{ème} année de mise en œuvre) grâce à un environnement favorable et à l'amélioration de la chaîne d'approvisionnement. Mais le taux de prévalence contraceptive reste encore bas et les besoins non satisfaits relativement élevés (28%, EDS 2013) nécessitant un renforcement de la création de la demande, l'intégration des services de PF dans les formations sanitaires et la formation des prestataires.

Origine : QE2, Produit 1

Conclusion 6 : Des résultats intéressants en santé maternelle et néonatale quoique limités ; il y a besoin à un passage à l'échelle et de continuité des interventions.

Le programme a réalisé des résultats intéressants et innovants dans l'accès aux services de santé maternelle, néonatale et adolescents (SMNEA) grâce, entre autres, à : (i) la formation basée sur les compétences de formateurs et des prestataires en SONU, (ii) l'octroi des commodités de qualité, et (iii) la mobilisation communautaire. Mais ces résultats n'ont été observés que dans des zones localisées (en particulier, les zones couvertes par l'initiative H6+).

Pour la morbidité maternelle, l'approche dans la réparation des fistules obstétricales constitue une innovation mais les besoins sont énormes et les moyens limités. En particulier, la prévention et la réinsertion sociale et économique des femmes bénéficiaires méritent plus d'attention.

Le programme sages-femmes est très pertinent et a produit des résultats probants, il contribue à la prise en charge de qualité des accouchements et à la PF. Néanmoins, les effets de ce programme sont limités essentiellement au niveau de la formation, car le déploiement des sages-femmes formées, leur motivation, leur valorisation ne sont toujours pas assurés.

Par ailleurs, il manque un lien intégrateur entre ces différentes thématiques maintenant encore les silos au sein du programme.

Origine : QE4, Produit 2

Conclusion 7 : Des initiatives parcelaires ont produits des résultats pour la prise en compte des besoins des adolescents et des jeunes. Elles méritent d'être intégrées dans une approche stratégique pour une réponse holistique.

UNFPA fait des progrès importants en jetant les bases d'une prise en compte des questions des adolescents et des jeunes dans l'agenda de développement avec une approche à plusieurs niveaux.

Le 3e Programme avait appuyé l'élaboration de la politique nationale de la jeunesse, le 4e Programme en a fait de même avec le plan stratégique de la santé des adolescents. La mise en place des mécanismes tels que le réseau des jeunes parlementaires, le panel de jeunes et la redynamisation du Conseil national de la jeunesse a favorisé la promotion du leadership des jeunes, alors que l'approche « Jeunes pour les Jeunes », en complément de l'intégration de la SSRAJ dans les structures de santé et centre de jeunes, est en train de faire ses preuves dans l'accroissement de l'offre et la demande de services adaptés à leurs besoins spécifiques.

Mais cela reste limité, et le passage à l'échelle nécessite plus de ressources et de partenariat élargi.

Origine : QE4, Produit 4

Conclusion 8 : L'assistance aux survivantes des VBG, en majorité les violences sexuelles, donne des résultats probants ; il reste à mettre l'accent sur la prévention et d'élargir les interventions aux autres types de violences et dans les autres zones du pays que l'Est.

Dans le domaine des VBG, le programme a fait des résultats concrets en termes d'assistance aux survivants. Des milliers de survivantes ont bénéficié d'une prise en charge médicale et psychosociale. Cependant, le programme semble avoir suivi la stratégie nationale de lutte contre les VBG dont les actions ont été concentrées sur les violences sexuelles dans la partie Est du pays.

Pour apporter une réponse durable à cette problématique, l'accent devrait aussi porter sur la prévention à l'instar de l'appui à l'élaboration et la mise en œuvre du plan d'action de la lutte contre les mariages des enfants. Tout comme les interventions doivent être élargies à toutes les autres formes de violences basées sur le genre.

Origine : QE4, Produit 4 et 5

Conclusion 9 : UNFPA n'a investi que peu de ses ressources propres dans l'humanitaire. Avec l'approche stratégique intégrant l'humanitaire de façon transversale, des ressources appropriées contribueraient à des résultats durables pour la résilience des communautés et institutions ciblées.

L'UNFPA a adopté une approche stratégique dans son action humanitaire consistant, d'une part, à un plaidoyer efficace pour l'intégration des questions de SR, PF, VBG, et VIH dans les plans de contingence des réponses humanitaires, et d'autre part, au niveau interne, à intégrer les questions humanitaires dans le PP de façon transversale dans toutes les composantes. Si au plan conceptuel cette option semble être bien fondée, au plan opérationnel l'absence d'un volet et des moyens spécifiques consacrés à l'humanitaire n'a pas favorisé une préparation et une réponse optimale aux crises humanitaires qui surgissent périodiquement en RDC.

Toutefois, l'UNFPA a pu s'assurer de la mise en œuvre du Dispositif Minimum d'Urgence (DMU) dès le début des crises survenues au cours de la période sous revue, et des projets spécifiques ont été élaborés et mis en œuvre grâce aux mécanismes de financement comme le Pooled Fund, le CERF, et le Fond d'urgence de l'UNFPA.

L'humanitaire est sous-financé, car l'appel global de l'UNFPA pour le financement de l'assistance humanitaire en 2016 n'a produit que moins de 10% du montant recherché pour la RDC¹¹⁴. La mobilisation des ressources demeure une condition sine qua none en vue d'apporter une réponse à la hauteur et rendre les communautés et les institutions appuyées plus résilientes.

¹¹⁴ L'appel de l'UNFPA pour le financement de l'humanitaire en RDC en 2016 a mobilisé seulement US\$ 850,000 sur le montant de \$10, 357,092 recherché pour 2016 ; (Voir UNFPA Humanitarian Action, 2017 Overview, p10.) Le montant recherché pour 2017 est \$9,321,383 (p4). Ces chiffres datent du 30 nov. 2016

Origine : QE5

Conclusion 10 : L'appui au système statistique n'a pas encore produit les résultats escomptés et un accent doit être mis sur l'analyse des données existantes pour renforcer l'intelligence sociodémographique.

Le renforcement des capacités statistiques a plutôt porté sur la collecte des données et moins sur la formation à l'analyse approfondie des données et l'interprétation des résultats, ainsi que leur intégration dans la formulation des politiques et des programmes. Par ailleurs, l'implication des structures académiques et de recherche dans ce domaine semble avoir été très faible.

Origine : QE4, Produit 7

Conclusion 11 : Même si on peut escompter une durabilité potentielle des résultats du programme, elle demeure fragile compte tenu du contexte assez volatile.

On observe des situations contrastées concernant la durabilité du programme. Des efforts impressionnants ont été déployés par l'UNFPA (appui pour les lois, politiques, plans, renforcement des systèmes et des capacités humaines, et approches communautaires) pour contribuer à un environnement favorable avec des institutions et surtout des communautés plus résilientes aptes à pérenniser les interventions du programme.

Les partenariats et les différentes parties prenantes laissent présager une bonne appropriation, condition nécessaire mais pas suffisante pour la pérennité des interventions. En plus, les autorités nationales ont démontré un engagement pour des problématiques du programme comme la planification familiale et les adolescents et des jeunes, mais le contexte reste très incertain.

En outre, une meilleure durabilité de ces résultats exige une plus grande intégration des structures et des communautés dans l'identification des besoins de renforcement des capacités, et dans la conception et la mise en œuvre des interventions.

Origine : QE5

6. Chapitre 6 : Recommandations

Au vu des principaux résultats et conclusions, les évaluateurs formulent les recommandations suivantes :

6.1. Au niveau stratégique

R1	Niveau de priorité : 1	Origine : C3 et C4
	Destinataire : UNFPA bureau, Bureau régional et siège	

Les principaux piliers du prochain programme du pays de l'UNFPA devraient être : (i) la planification familiale et la santé sexuelle et de reproduction, (ii) l'amélioration du système de collecte et d'analyse des données, et (iii) les questions liées à la jeunesse. Les questions de genre et droits reproductifs pourraient être prises en compte dans ces 3 piliers. La traduction en réalité du dividende démographique, prenant en compte les questions des jeunes et adolescents, offre un cadre propice pour une meilleure synergie entre les composantes. Pour mieux appréhender les interrelations entre les différentes thématiques, il faudrait avec l'aide du bureau régional et le siège, à approfondir l'élaboration des théories de changement amorcées au cours de cette évaluation, avec l'implication du gouvernement et des autres partenaires afin de rallier un grand

ensemble d'acteurs et de mobiliser les ressources nécessaires pour apporter une réponse appropriée aux problématiques en jeu.

R2	<i>Niveau de priorité : 1</i>	<i>Origine : C1, C4, C11</i>
	<i>Destinataire : UNFPA Bureau pays</i>	

Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de plaidoyer auprès des autorités nationales (Gouvernement, Parlement et autres institutions), des leaders d'opinion et traditionnels, et des autres partenaires au développement afin d'assurer une large dissémination des résultats obtenus dans le PP4, afin de renforcer l'appropriation nationale des problématiques adressées, et mobiliser davantage de moyens internes et externes pour la consolidation des acquis et le passage à l'échelle des expériences réussies et des innovations. Pour ce dernier, il importera : (i) une analyse approfondie de tous les paramètres pertinents, surtout sur les capacités et les coûts, (ii) une démarche de gestion des connaissances par la documentation des expériences novatrices et la production des évidences dans les domaines comme la lutte contre les VBG, la réparation des fistules, le programme « sages-femmes », et la mise en œuvre de programme dans un contexte de crises, et de haute vulnérabilité.

R3	<i>Niveau de priorité : 1</i>	<i>Origine : C2</i>
	<i>: UNFPA Bureau pays, Bureau régional et Siège</i>	

Renforcer l'efficacité et l'efficience du Bureau pays avec une attention particulière au domaine des ressources humaines par les actions suivantes : (i) minimiser les longs interims par une meilleure planification et accélération du recrutement pour les postes vacants, en mettant l'accent sur l'expérience et la créativité nécessaires pour affronter les nombreux défis, (ii) assurer une meilleure capture et transfert des enseignements et connaissances acquis grâce à un bon hand-over et un briefing systématique du nouveau staff; (iii) améliorer la synergie et le partage d'expériences entre le personnel, (iv) et assurer un programme de formation continue pour renforcer les capacités du personnel sur les nouvelles priorités et les approches transversales.

R4	<i>Niveau de priorité : 2</i>	<i>Origine : C10</i>
	<i>Destinataire : UNFPA Bureau pays</i>	

S'appuyer davantage sur des partenariats structurés et prolongés dans le temps avec les institutions académiques et de recherche pour : (i) la conduite de recherche-action en vue d'une meilleure valorisation des données, un meilleur ciblage des bénéficiaires, en particulier les groupes les plus vulnérables, et (ii) le renforcement de l'évaluation et la documentation des innovations et des expériences réussies en vue de générer des évidences et améliorer les connaissances. Pour cela, UNFPA devrait procéder à un inventaire des institutions pertinentes et développer (ou tirer profit) des partenariats existants, y compris dans le cadre de la coopération sud-sud, triangulaire et avec le secteur privé.

6.2. Au niveau programmatique

R5	<i>Niveau de priorité : 1</i>	<i>Origine : C8</i>
	<i>Destinataire : UNFPA Siège, Bureau régional et Bureau pays</i>	

Parvenir à une meilleure institutionnalisation des questions des Adolescents/Jeunes à travers une approche plus holistique qui implique la contribution d'autres acteurs dans les domaines complémentaires, dans la perspective de l'atteinte du dividende démographique. Dans ce but, il y

aura lieu de : (i) renforcer la « Task Force » interministériel institué au niveau du Premier Ministre, (ii) d'élargir au niveau des partenaires au développement, (iii) de prévoir un cadre de concertation pour assurer une meilleure synergie et la mobilisation des ressources.

R6	Niveau de priorité : 1	Origine : C10
	Destinataire : UNFPA Bureau pays	

En perspective de la prise en compte de la dynamique de population, UNFPA devrait :

- D'abord, étendre le renforcement des capacités du Système Statistique National en collecte et analyse des données sociodémographiques au-delà de l'INS aux autres structures qui produisent et utilisent les données sociodémographiques,
- Ensuite, un appui doit être apporté à l'INS pour développer plus de synergies, mieux coordonner les activités statistiques sectorielles, concomitamment créer des bases de données centralisées des données issues de différentes sources, et s'assurer de la désagrégation des données par variables pertinentes,
- Enfin, développer des partenariats avec les institutions académiques, de formation et de recherche démographiques pour accroître les connaissances en vue de favoriser l'utilisation pour la planification et la mise en œuvre de programmes ciblant toutes les catégories de population, en particulier les plus défavorisées ainsi qu'en situation humanitaires.

L'UNFPA devrait se préparer face aux défis des données que posera les ODDs au système national des statistiques, et appuyer la mise en place de mécanismes de suivi et d'évaluation des ODDs.

R7	Niveau de priorité : 2	Origine : C9
	Destinataire : UNFPA bureau pays et siège	

Adopter une approche ciblée pour une assistance humanitaire efficace, afin de toucher plus efficacement les groupes ciblés (femmes, jeunes, adolescent(e)s les plus vulnérables) avec les ressources limitées. Cette stratégie devrait prendre en compte les résultats du « Clustered Country Programme Evaluation » afin de mieux positionner l'action humanitaire dans le processus de programmation de l'UNFPA, et d'une part, trouver une meilleure articulation entre les réponses aux urgences, et le soutien à moyen et long termes aux groupes vulnérables, et veiller à ce que les structures et les communautés soient impliquées dans les processus de réponse humanitaire en vue d'assurer une plus grande durabilité et renforcer la résilience des communautés.

R8	Niveau de priorité : 3	Origine : C8
	Destinataire : UNFPA bureau pays	

Appuyer le Gouvernement dans le développement d'un plan d'action national et un plan de financement pour la Stratégie Nationale de lutte contre les VBG (en cours de révision) qui va faciliter l'extension progressive de son programme sur les VBG à tous les types et d'atteindre à terme une couverture nationale. L'UNFPA devrait centrer son action sur la prévention, prenant en compte les résultats de l'évaluation de la SNVBG, et les résultats du nombre croissant des travaux de recherche, ainsi que des enseignements tirés de la mise en œuvre du programme pays.

R9	Niveau de priorité : 2	Origine : C3, C6
	Destinataire : UNFPA	

Rechercher une plus grande synergie dans les interventions des différentes composantes, en renforçant la coordination interne, et en appuyant les mécanismes inter-agences et ceux du Gouvernement au niveau sectoriel, et aussi le Groupe Technique Interministériel dans sa mission spécifique. Une attention particulière devrait être portée sur la meilleure intégration conceptuelle et opérationnelle de la PF, les SONU, le VIH et le VBG dans le prochain programme pays.

Bibliographie

1. Documents de UNFPA

UNFPA, 2013, Quatrième Programme de coopération RDC-UNFPA Plan d'Actions du Programme Pays (2013-2017), Kinshasa, 32 pages.

UNFPA, 2013, The UNFPA Strategic Plan 2014-2017 Annexe 1 Integrated results framework, 17 pages.

UNFPA, 2013, The UNFPA Strategic Plan 2014-2017, 24 pages.

UNFPA, 2013. Projet conjoint de prévention et de réponse aux violences sexuelles pour les provinces du Nord et du Sud-Kivu en République Démocratique du Congo, Kinshasa, 33 pages.

UNFPA, 2014, Rapport Final du Projet : La prévention et la réponse aux violences sexuelles basées sur le genre faites aux femmes, aux hommes, aux jeunes et aux enfants dans les zones de santé cibles du PARSS, Kinshasa, 21 pages.

UNFPA, 2015, Résultats Majeurs du 4e Programme de Coopération UNFPA-RDC, Kinshasa, 26 pages.

UNFPA, 2015, Amélioration de l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence de qualité et à la planification familiale dans les zones de santé du Nord-Equateur et du Maniema, Kinshasa, 29 pages.

UNFPA, 2016, 10 ans : Comment cet âge, déterminant chez les filles, conditionne notre avenir en République démocratique du Congo ? Kinshasa, 26 pages.

UNFPA, 2016, Annual report – Dem Rep Congo, Kinshasa, 28 pages.

UNFPA, 2016, Clustered country programme evaluation of UNFPA engagement in highly-vulnerable contexts, New York, 39 pages.

UNFPA, 2016, Independent Country Programme Evaluation Bangladesh (2012-2016), New York, 134 pages.

UNFPA, 2017, 2016 Annual Report – Dem Rep Congo – Program Cycle Outputs, Kinshasa, 28 pages.

UNFPA, 2017, 2016 UNFPA SDG Capacity-Building Regional Workshops Consolidated Report (Panama City, Johannesburg, Bangkok, Cairo, Geneva, Saly), New York, 30 pages.

UNFPA, 2017, Démographie, Santé de la Reproduction et Genre : Des enjeux essentiels pour les Objectif de Développement Durable en République démocratique du Congo, Kinshasa, 151 pages.

UNFPA, La Jeunesse de la Population Congolaise Une Opportunité à Saisir Rapport Annuel 2015 du 4^{ème} Programme RD Congo-UNFPA (2013-2017), Kinshasa, 34 pages.

UNFPA, n.d., Alignement du 4eme Programme de coopération RDC-UNFPA au Plan Stratégique UNFPA (2014-2017), Kinshasa, 12 pages.

UNFPA, n.d., Sauver des vies sans les situations humanitaires, Kinshasa, 19 pages.

UNFPA, Evaluation des indicateurs pour le suivi du programme de sécurisation de produits de santé de la reproduction en RDC : Rapport d'Enquête 2016, Kinshasa, 78 pages

2. Documents du Gouvernement

RDC, 2016, Plan National Stratégique de Développement – Vision de la RDC à l'horizon 2050, Livre, Kinshasa.

DRC-UNDAF, 2012, Plan-Cadre des Nations Unies Pour l'Assistance au Développement – UNDAF (2013-17), Kinshasa, 65 pages.

DRC, 2010, Plan national de développement sanitaire PNDS 2011-2015, Kinshasa, 113 pages.

DRC-DHS, 2014, Democratic Republic of Congo Demographic Health Survey 2013-14: key Findings, Rockville, 19 pages.

RDC-UNICEF, 2010, Enquête par grappes à indicateurs multiples, MICS 2010, Kinshasa.

RDC-MINIGÉFAE, 2013, Ampleur des violences sexuelles en RDC et actions de lutte contre le phénomène de 2011 à 2012, Kinshasa, 66 pages.

RDC-MINIGÉFAE, 2009, Stratégie nationale de lutte contre les violences basées sur le genre (SNVBG), Kinshasa, 66 P.

RDC-Min Santé Publique-PNSA, 2013, Etude sur la satisfaction des utilisateurs/clients des services de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant y compris la PF dans les provinces de Kinshasa, Bas-Congo et Bandundu – Rapport final, Kinshasa.

RDC-Min Santé, PNSA, 2013, Etude des facteurs socio-anthropologiques limitant l'utilisation des services de PF dans 9 WS des provinces de Kinshasa, Bas-Congo et Bandundu – Rapport d'analyse, Kinshasa, 33 p.

RDC-Ministère de la Jeunesse et Sports, 2009, Politique Nationale de la Jeunesse, Kinshasa.

RDC-ONU FEMMES, 2015, La 1325 : 15 ans de la Résolution 1325 du Conseil de Sécurité des Nations Unies, Rapport Bilan, Kinshasa, 28 pages.

RDC-UNFPA, 2013, Quatrième Programme de Coopération RDC-UNFPA – Plan d'Actions du Programme Pays 2013-2017, Kinshasa, 20 pages + annexes

RDC, 2010, Plan Stratégique Santé de la Reproduction 2011- 2015, Kinshasa, 70 pages.

RDC, 2014, Profil du pays en matière d'égalité de genre 2014, Kinshasa, 54 pages.

RDC, n.d., Planification familiale – Plan stratégique national à vision multisectorielle (2014-2020), Kinshasa, 48 pages.

RDC, n.d., Politique Nationale Genre & Plan d'action, Kinshasa, 85 pages

RD Congo, 2017, Plan de réponse Humanitaire 2017-2019, Kinshasa.

3. Autres documents :

CERED-GL, 2014, Etude sur l'état des lieux de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Lutte contre les Violences basées sur le Genre, Kinshasa : MINIGÉFAE-UNFPA, 121 p.

DFID, 2012, Guidance on Monitoring and Evaluation for Programming on Violence against Women and Girls, 32 pages.

DFID, 2012, Guidance on monitoring and evaluation for programming on violence against women and girls, 32 pages.

DFID, 2016, Shifting Social Norms to Tackle Violence Against Women and Girls (VAWG), 48 pages.

EDS-RDC2013, 2014, Enquête Démographique et de Santé 2013, Min du Plan-Min de la Santé-Macro International, 668 p.

Lubiku Lusienne, R-N, 2016, Les ressources naturelles transfrontalières de la RDC avec ses neuf (9) pays voisins, Kinshasa.

L'Ouimet, 2016, Plan Opérationnel annuel de la DSEP/SGP, Kinshasa, 12 pages.

MONUC, 2003, Code of conduct on sexual exploitation and sexual abuse, Kinshasa, 1 page.

NGONGA Nzinga, V. et C. TOMBOLA MOKE, 2015, « La croissance économique en RDC est-elle inclusive ? » Revue Congolaise de Politique Économique, Volume I, Numéro 2, pp 49-73.

ONU FEMMES-Ambassade de Suède, 2015, Etude sur la masculinité en RD Congo, Kinshasa, 87 pages.

ONU FEMMES-CERED-GL, 2015, Typologie et Cartographie des violences sexuelles et basées sur le genre en RD Congo, Kinshasa, 41 pages.

UN, 2003, Secretary-General's Bulletin: Special measures for protection from sexual exploitation and sexual abuse, 3 pages.

UN, 2016, Resolution 2272 (2016) Adopted by the security council at its 7643rd meeting, on 11 March 2016, 4 pages.

UNAIDS, UNFPA, UNICEF, UNWOMEN, WORLD HEALTH ORGANIZATION, THE WORLD BANK, 2015, H6 Annual Report 2015 – 2015 annual report of the H6 Joint Programme, with collaboration of Canada and Sweden: Working together towards the health and well-being of all Women, Children and Adolescents, 114 pages.

UNDG, 2014, Standard Operating Procedures for Countries Adopting the «Delivering as One» Approach With an integrated package of support for implementation by UN Country Teams, New York, 47 pages.

UNOCHA, 2015, Aperçu des besoins humanitaires : République Démocratique du Congo, Kinshasa, 25 pages.

UNOCHA, 2015, Plan Réponse Humanitaire : République Démocratique du Congo, Kinshasa, 39 pages.

VAWG, 2016, Evidence brief: what works to prevent and respond to violence against women and girls in conflict and humanitarian settings? 19 pages.

VAWG, 2016, What works to prevent violence against women and girls in conflict and humanitarian crisis: contributions to the field, 6 pages.