

**FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION
(FNUAP)**

**DEUXIEME PROGRAMME D'ASSISTANCE
AU GOUVERNEMENT DE LA R. D. DU CONGO
(2002-2006)**

KINSHASA, MARS 2001

SOMMAIRE

I.	<u>PERFORMANCE PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS DU PA/CIPD</u>	3
1.1.	<u>Contexte national de développement</u>	3
1.2.	<u>Avancées en matière de population et développement</u>	4
1.3.	<u>Efforts de promotion de la femme congolaise</u>	6
1.4.	<u>Situation en matière de SR</u>	7
1.5.	<u>Interventions d'autres partenaires au développement</u>	8
II.	<u>REVUE DES INTERVENTIONS PASSES ET ACTUELLES DU FNUAP</u>	10
2.1.	<u>Le Programme 1986-1990</u>	10
2.2.	<u>La période 1991-2000</u>	11
2.3.	<u>Leçons tirées de la période 1986-2000</u>	12
III.	<u>NICHE DU FNUAP</u>	12
IV.	<u>PROGRAMME PROPOSE (2002-2006)</u>	13
4.1.	<u>Principaux problèmes identifiés et recommandations du GTI</u>	13
4.2.	<u>Couverture géographique du programme et justification</u>	15
4.3.	<u>But, objets et produits attendus du Programme</u>	15
4.4.	<u>Risques et hypothèses</u>	20
4.5.	<u>Mise en œuvre, suivi et coordination du Programme</u>	21
4.6.	<u>Répartition des ressources du Programme</u>	23

PERFORMANCES PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS DU PA/CIPD

1.1 Contexte national de développement

1. La République Démocratique du Congo (RDC) s'étend sur un très vaste territoire de 2 345 000 km² avec, sur plus de 9 000 km de frontière, neuf pays limitrophes : Angola, Burundi, Centrafrique, Congo Brazzaville, Ouganda, Rwanda, Soudan, Tanzanie et la Zambie. Sur le plan administratif, le pays compte 11 Provinces, 42 districts et villes, 222 territoires et communes, et 737 collectivités.

2. Avec un taux d'accroissement moyen annuel demeuré supérieur à 3 p. 100, la population congolaise double tous les 25 ans, passant de 15 millions en 1955 à près de 52 millions d'habitants dont 51 p.100 de femmes en l'an 2000. En raison de la forte fécondité, la structure par âge est très jeune, avec plus de la moitié de la population âgée de moins de 20 ans. Cette forte croissance démographique rapide et soutenue depuis l'indépendance en 1960, associée à l'urbanisation accélérée notamment par l'exode rural (il y a actuellement plus de 13 millions de citadins congolais sur une population totale estimée à 52 millions d'habitants) et aux déplacés forcés (plus de 1,2 million en 2001) du fait des conflits armés, exerce une forte pression sur les ressources, les infrastructures sociales de base et le marché de l'emploi, particulièrement dans les villes, et pose par ailleurs de graves problèmes de pauvreté, d'insécurité, de délinquance et de violences sexuelles qui génèrent à la fois des traumatismes psychoaffectifs, des grossesses non désirées se traduisant souvent par des avortements clandestins mortels, les IST et les infections au VIH/SIDA.

Un déficit permanent de la production par rapport à la croissance démographique

3. De novembre 1965 à la révolution de mai 1997, le pays avait connu un régime monolithique et dictatorial, de nombreuses tensions sociales sous forme d'émeutes, de pillages, d'instabilité institutionnelle, d'insécurité sociale et juridique, avec comme conséquence l'accélération de la dégradation de l'économie et de la situation sociale. Le Gouvernement actuel issu de la révolution de mai 1997, a donc hérité d'une économie en ruine déjà fortement marquée par une longue période de récession de 1974 à 1989, aggravée ensuite par les effets conjugués de la forte croissance démographique et d'une régression rapide de l'économie nationale à partir de 1990 de moins 2 p.100, une croissance de la production vivrière d'à peine 2 p.100 et une chute de la production en volume de 50 p.100.

4. Ce contexte national de développement déjà profondément marqué notamment par une chute globale de la production, s'est encore détérioré depuis 1998 par la guerre d'agression à l'Est du pays qui a eu notamment pour conséquences (i) le pillage systématique et persistant des ressources naturelles du pays dans les zones occupées par les troupes étrangères, (ii) la désintégration des structures socio-économiques du pays et; (iii) l'absorption de la majeure partie des principales ressources budgétaires par l'effort de guerre, compromettant ainsi l'exécution du programme triennal minimum actualisé (PTMA) glissant dont le gouvernement s'est doté à partir de 1997. C'est ainsi que les institutions publiques des services sociaux, notamment les structures de santé et d'éducation, se sont dans la plupart des cas, profondément détériorées, malgré le relais offert par les ONG et autres associations pour la plus part confessionnelles qui se sont développées dans le pays, pour suppléer les carences de l'Etat dans le domaine social.

Une paupérisation continue de la population

5 L'évolution négative du PIB n'a cessé de baisser de façon quasi permanente jusqu'à atteindre moins 14 p.100 en 1999, tandis que les recettes sur les droits et taxes à l'importation ont chuté pour leur part à moins 45 p.100 de leur meilleur niveau, et que l'on a enregistré aussi, une explosion des dépenses de publiques liée à l'effort de guerre et une détérioration du déficit public de 756 millions de dollars américains.

6. Une enquête de l'Institut National des Statistiques (INS), a révélé que la proportion des personnes vivant dans la pauvreté absolue, c'est-à-dire, avec moins d'un dollar par jour, était en 1985 de 70 p.100 à Kinshasa, 81 p.100 à Lubumbashi, 89 p.100 à Kisangani et 95 p.100 à Bandundu. Tout indique que la situation s'est

aggravée avec la guerre en cours depuis 1998, qui a encore accéléré la paupérisation continue engendrée par trois décennies de récession économique associée à la gabegie politique de l'ancien régime.

Situation spécifique des femmes congolaises

• *Une situation socio-économique misérable des femmes*

7. Malgré des dispositions juridiques favorables et les efforts consentis jusque-là grâce notamment, à la participation active d'ONGs spécialisées, la situation de la femme congolaise ne s'est guère améliorée. L'enquête sur les violences faites aux femmes, réalisée en 1999 par le Ministère des affaires sociales et de la famille avec l'appui de l'UNICEF, a confirmé que la femme congolaise est encore victime des violences tels que les avortements forcés, la prostitution forcée, le viol, les coups et blessures ou encore, la soumission à l'autorisation maritale pour travailler ou voyager. Dans le domaine de l'éducation, les écarts de scolarisation, d'admission et de rétention entre les sexes se situaient en 1994/1995 en ville et en milieu rural respectivement entre 2 à 10 p.100 et 30 à 60 p.100 en faveur des garçons. Ces écarts augmentent au fur et à mesure que l'on tend vers l'âge moyen de nuptialité pour les filles qui est de 18 ans. Le taux d'analphabétisme chez les femmes congolaises était estimé à 46 p.100 contre 17,5 p.100 seulement chez les hommes. Dans le secteur moderne de l'économie, moins de 2 p.100 de femmes occupent des positions dans les activités scientifiques et libérales, parmi les hauts cadres des entreprises et dans les hautes instances des administrations publiques. Dans une enquête récente auprès de ses membres, l'Association nationale des entreprises publiques, a établi qu'il y a à peine 10 p. 100 de femmes dans les entreprises publiques, affectées surtout au secrétariat, aux services sociaux et à des échelons moyens et inférieurs de l'administration. Les maternités mal perçues par la plupart des employeurs, sont considérées comme un obstacle supplémentaire à l'emploi des femmes congolaises.

• *Une santé de la reproduction catastrophique des femmes*

8. Les femmes congolaises souffrent d'un état de SR catastrophique. Selon l'enquête « Etat des lieux de la Santé » de 1998, le taux de Mortalité Maternelle est de 1837 p. 100 000 NV en moyenne nationale, ce qui fait plus de 52 000 décès maternels par an dans le pays, 2000 p.100 000 NV à Kinshasa et 3000 p. 100 000 NV dans l'Est du pays occupé.

1.2 Avancées en matière de PSD

Politiques de population

9. Pour faire face à une situation socio-économique telle que celle résumée dans les paragraphes 2 à 8, le PA/CIPD de 1994 a préconisé, entre autres, de prendre conscience des liens étroits entre la population et le développement et d'augmenter le niveau de vie des populations à travers des politiques et programmes de population appropriés pour une croissance économique soutenue dans le cadre d'un développement humain durable. Il convient de souligner que bien avant la CIPD, un projet de Politique Nationale de Population (PNP) élaboré en 1987, avait identifié les principaux problèmes de population de la RDC et avait préconisé des solutions afin de contribuer à l'amélioration du niveau et de la qualité de vie des populations congolaises, notamment par la maîtrise de la fécondité à travers le Programme des Naissances Désirables et la promotion du statut juridique et socio-économique de la femme congolaise, mais le projet de PNP de 1987 n'avait été officiellement adopté.

10. Les nouvelles autorités qui ont pris le pouvoir à la révolution de mai 1997 n'ont pas encore examiné officiellement le projet de PNP de 1987 mais, elles considèrent officiellement la croissance démographique actuelle comme un obstacle structurel au développement humain durable. A titre de confirmation, le Ministre du Plan, dans un discours d'orientation le 12 mai 1998, a insisté sur l'accent mis par le Gouvernement dans l'élaboration du Programme Triennal Minimal (PTM) glissant sur la nécessité d'une croissance économique soutenue, durable, équitable et à visage humain, associée à un ralentissement du taux d'accroissement de la population de 3,2 % en 1999 à moins de 2,5 % par an, au terme des 20 années à venir. Par ailleurs, bien que n'ayant pas encore formellement adopté une PNP, le gouvernement a pris en compte

ses préoccupations en matière de population dans l'élaboration de ses différents programmes et plans sectoriels de développement. C'est ainsi que:

- Le Programme Triennal Minimum (PTM) glissant élaboré en 1998 et actualisé en 1999, vise entre autres, un taux de croissance économique supérieur au taux de croissance démographique actuelle de 3,2 %;
- Le Programme national de SR (PNSR) et le Programme national de lutte contre le SIDA (PNLS) ainsi que le Programme de promotion de la femme destiné à promouvoir sa pleine participation au développement et à assurer la maîtrise de sa fécondité, ont été adoptés et sont en train d'être mis en œuvre avec le concours de certains partenaires de la RDC au développement ;
- le Programme national de l'enseignement primaire a revu depuis 1997 les contenus de certaines disciplines en enrichissant par exemple le cours d'hygiène par des notions de santé (dont les IST/SIDA), d'environnement, de population et de culture de la paix.

11. Par ailleurs, des efforts sont en train d'être menés par le Département de Démographie de Kinshasa en vue d'amener les professeurs à adapter le contenu de leurs enseignements à la nouvelle vision du PA/CIPD, à l'exemple des institutions de formation en santé publique et de gynécologie obstétrique où le concept de SR est en cours d'introduction dans les enseignements.

Intégration des variables démographiques dans la planification

12. Le PA/CIPD a recommandé d'intégrer, comme variables endogènes, le facteur population, les facteurs environnementaux et d'éradication de la pauvreté dans les plans, programmes et projets de développement. Bien que les nouvelles autorités congolaises aient nettement pris conscience des liens étroits entre population et développement et tentent d'en tenir compte dans la planification du développement, certaines contraintes majeures empêchent pour le moment d'intégrer les variables démographiques et les facteurs environnementaux comme variables explicatives dans les plans et programmes de développement. En effet:

- l'intégration du facteur population et des facteurs environnementaux dans la planification du développement suppose notamment, une bonne connaissance des caractéristiques et des tendances démographiques du pays. Or, les seules données de base disponibles issues de l'unique recensement général de la population et de l'habitat de 1984 sont à ce jour d'autant plus obsolètes que différents conflits armés dont la guerre en cours depuis 1998, ont provoqué des déplacements massifs de population ainsi que des bouleversements dans la localisation et la structure de la population. En effet, depuis 1984, la seule enquête de couverture nationale est celle sur "l'état des lieux de la santé" réalisée en 1998 par les Ministères de la Santé et de l'Education Nationale avec le concours de l'OMS parce que l'Institut National des Statistiques qui a pour principale mission de collecter, d'exploiter, d'évaluer, d'analyser et de gérer les données de tous les secteurs de la vie nationale rencontre des difficultés dans l'accomplissement de sa tâche faute de financement.

- les différentes structures chargées de la coordination de et/ou de la mise en œuvre des programmes de population ne sont pas opérationnelles faute de capacités techniques, de motivation professionnelle, de moyens logistiques y compris les outils informatiques appropriés et d'un programme de travail bien défini. C'est le cas de la Direction de la Population et des Ressources Humaines (DPRH) chargée notamment de coordonner en tant que Secrétariat permanent du Comité National de la Population (CONAPO), les différentes activités en matière de population menées dans le pays et de promouvoir techniquement l'intégration des variables démographiques dans les plans et programmes de développement. De même, le CONAPO dont la restructuration est en cours, n'a plus fonctionné, suite au tarissement progressif du financement extérieur des activités en matière de population. Sur le plan technique, les méthodes de formation adoptées, à savoir les voyages d'études et les nombreux séminaires régionaux de formation à

caractère trop théorique dans un domaine qui requiert beaucoup plus une formation pratique sur le tas encadrée par des spécialistes n'ont pas donné les résultats escomptés.

Efforts de promotion de la femme congolaise

13. Le PA/CIPD avait recommandé aux gouvernements, entre autres, d'éliminer toutes formes de discrimination de la pauvreté et de renforcer la contribution de la femme au développement durable par sa pleine implication aux processus de définition des politiques et de prise de décisions à tous les niveaux en tant que responsable, partenaire et bénéficiaire.

14. L'ONEP a notamment révélé qu'en dépit des résultats mitigés, la RDC fait depuis des années des efforts tendant à améliorer le statut juridique et socio-économique de la femme. Ainsi, bien avant la CIPD en 1994, le Congo avait ratifié les conventions et accords internationaux relatifs au renforcement des capacités d'action des femmes, notamment la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. Il avait aussi adopté depuis 1985, un Code de la Famille garantissant, entre autres, le transfert à la veuve des attributs de la puissance paternelle, les droits à la succession et prohibant les sévices corporels à l'endroit du conjoint survivant. Par ailleurs, la Constitution congolaise garantit l'égalité des droits et des devoirs entre l'homme et la femme.

15. En 1998, le gouvernement s'est enrichi d'un Ministère des Affaires Sociales et de la Famille (MASF) chargé, entre autres, de la promotion féminine par le biais du Secrétariat Général à la Famille et du Service Femme et Développement. De même un Conseil National de la Femme a été créé et un Fonds présidentiel d'appui aux initiatives des femmes productives à faibles revenus a été débloqué pour favoriser leur auto promotion économique. Toutefois, les structures nouvellement créées pour la promotion de la femme congolaise ne sont pas encore dotées des moyens nécessaires à leur fonctionnement tant en ressources humaines que matérielles et financières.

16. Le Gouvernement a aussi élaboré un Programme National de Promotion Féminine qu'il s'emploie à mettre en œuvre avec certains de ses partenaires au développement dont des ONGs. Ce programme comporte 12 axes dont le renforcement des capacités économiques, la santé de la femme et la promotion des associations féminines de développement. Sur le terrain, le Ministère des Affaires Sociales et de la Famille mène, notamment avec des ONGs des actions en vue de l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard de la femme, la suppression de toutes les dispositions légales contraires au principe constitutionnel d'égalité entre les sexes et de la promotion des dispositions juridiques en faveur des droits de la femme et de la famille.

17. La grande inertie observée dans l'amélioration du statut juridique et de la situation socio-économique de la femme congolaise est imputable, entre autres à (au) : (i) la perception traditionnelle de son rôle essentiellement confiné à celui d'épouse soumise par la dote et de mère ; cette conception traditionnelle de leur rôle est si ancrée dans la tête des femmes congolaises elles-mêmes que, du fait de leurs croyances aux traditions vivaces et aux pouvoirs maléfiques, de nombreuses veuves préfèrent se laisser dépouiller de leurs biens et expulser avec leurs enfants de leurs maisons par leurs belles-familles pour « sauver leurs enfants d'une mort mystique » plutôt que de recourir à l'application de la loi pour faire valoir leurs droits ; la femme congolaise est si subjuguée par les traditions vivaces qui font encore d'elle une sorte d'esclave du mari que par ces temps d'une grave crise économique, ses maigres revenus gagnés à la sueur de son front par l'exécution de diverses petites tâches, sont gérés par son homme; (ii) l'ignorance par les Congolaises de leurs droits; (iii) manque de conviction pour des raisons socioculturelles et religieuses vivaces, chez les hommes y compris ceux de l'élite, chez les leaders d'opinion religieux et traditionnels ainsi que chez les décideurs politiques, de la nécessité de renforcer les capacités d'action de la femme congolaise, notamment par l'éducation, la formation et l'accessibilité à des services appropriés de SR/PF/SS, comme préalable à un

développement harmonieux durable et à la maîtrise de la fécondité qui est le premier objectif du Programme National des Naissances Désirables et; (iv) l'extrême faiblesse des capacités institutionnelles des structures créées pour la promotion de la femme congolaise, telles que le Secrétariat Général à la Famille et le Service Femme et Développement, qui ne sont pas dotées des minima requis de capacités techniques, d'équipement et des moyens financiers.

1.3 Performances en matière de SR

18. En matière de SR, le PA/CIPD a notamment recommandé aux gouvernements de s'efforcer, le plus tôt possible et au plus tard en l'an 2015, de faire baisser considérablement la mortalité maternelle et de faciliter l'accès par l'intermédiaire des réseaux de SSP, aux services de SR à tous les individus aux âges appropriés. De façon plus spécifique, le PA/CIPD a fixé comme objectifs d'avoir: (i) réduit de moitié en l'an 2000 le taux de mortalité maternelle observé en 1990 et à nouveau de moitié d'ici 2015 ainsi que d'un tiers la mortalité infantile et la mortalité des enfants de moins de 5 ans ou d'avoir ramené celles-ci entre 50 et 70 p. 1000, (ii) permis par l'intermédiaire du réseau des Soins de Santé Primaire (SSP), l'accès aux services de PF pour réduire les grossesses non désirées et l'incidence des grossesses à risques et, (iii) satisfait les besoins particuliers des adolescents et des jeunes, notamment en matière d'accès à l'éducation et aux services de SR de haute qualité.

Des interventions diverses dans le domaine de la SR

19. Avant la CIPD en 1994, la RDC avait déjà lancé un Programme des Naissances Désirables (PND) faisant partie intégrante des 12 composantes obligatoires du Programme des SSP. Puis, dans le cadre du PA/CIPD, le gouvernement a (i) enrichi les contenus de certaines disciplines de l'enseignement primaire tel que le cours d'hygiène par des notions sur la santé, l'environnement, la population et la culture de la paix, les IST/SIDA et la famille; (ii) lancé au sein du Ministère de l'Education Nationale le Programme d'Education en Santé et Environnement à l'école (PESE) et le Programme d'Education à la Vie dans l'enseignement secondaire et professionnel pour sensibiliser les jeunes confrontés aux problèmes des IST/VIH, des avortements provoqués qui touchent actuellement 30% des adolescentes de moins de 20 ans. Par ailleurs, afin d'insuffler une certaine motivation chez les différentes catégories des personnels de santé, le gouvernement a: (iii) accordé aux formations sanitaires publiques une autonomie de gestion financière en vue de leur permettre de dégager des moyens de fonctionnement y compris la motivation du personnel par le paiement régulier de leurs salaires à partir des recettes générées par la tarification des actes médicaux et (iv) ; confié la gestion de nombreux hôpitaux et établissements publics de soins de santé à des institutions confessionnelles religieuses telles les Bureaux Diocésains des Œuvres Médicales (BDOM) chez les catholiques et la Direction des Œuvres Médicales (DOM) de l'Eglise du Christ au Congo (ECC).

20. La DOM qui a sous sa responsabilité 86 Zones de Santé (ZS) dont 41 sont fonctionnelles et gère 86 Hôpitaux Généraux de Référence, 602 Centres de santé et des milliers de Postes de santé. Depuis de nombreuses années, la DOM est impliquée dans le développement des SSP et des systèmes décentralisés de soins de santé dans l'ensemble du pays par l'exécution de nombreux projets financés par de plusieurs partenaires de la RDC dont l'USAID, la Banque Mondiale, l'Eglise Presbytérienne et l'Union Européenne dont les appuis ont porté, entre autres, sur la formation et le recyclage du personnel médical, la fourniture des équipements médicaux et les médicaments essentiels y compris les produits contraceptifs.

21. Dirigé par un Evêque, chaque Diocèse a son BDOM qui, outre les activités liées à la maternité à moindres risques, notamment le suivi de la grossesse, mène des activités curatives, nutritionnelles et des consultations des nourrissons pour la surveillance de la croissance et le développement de l'enfant. Celui de l'Archidiocèse de Kinshasa est présent dans 17 des 22 Zones de Santé de la capitale et gère 18 Maternités qui enregistrent une diminution du nombre d'accouchements associée aux conditions de vie de plus en plus difficiles aux femmes qui, ne pouvant payer le coût d'un accouchement, préfèrent aller dans les maternités pirates mal équipées et moins cher, mais souvent au prix de leur vie.

22. De leur côté, de nombreuses ONG telles que l'Association pour le Bien-Etre Familiale (ABEF), le Centre BOMOTO et l'Education pour la Vie (EVI) sont depuis longtemps très actives dans le domaine de la santé de la reproduction en RDC.

23. Les activités de l'ABEF qui a été créé en 1973, portent notamment sur: (i) la sensibilisation des communautés de base sur les droits humains en matière de reproduction et la prévention des IST/VIH/SIDA, (ii) la mobilisation de la gente masculine pour la promotion de la SR/PF/SS et la prévention des IST/VIH/SIDA, (iii) l'IEC ciblant également les adolescents et les jeunes en matière de SR y compris les IST/VIH/SIDA et, (iv) les distributions à base communautaire des contraceptifs. Dans le sillage de la crise politique et socio-économique que connaît le pays depuis plus de 10 ans, ses activités qui couvraient 9 des 11 Provinces du pays avant 1990, ne couvrent actuellement que les 3 Provinces du Bas-Congo, du Katanga et de Kinshasa.

24. Créé en 1997, le Centre BOMOTO (v) donne aux adolescents et aux jeunes une éducation participative et complète pour leur assurer une sexualité responsable, (vi) assure le diagnostic précoce et le traitement des IST et, (vii) organise des activités d'IEC. Depuis 1997, le Centre BOMOTO a exécuté de nombreux projets financés notamment par l'UNICEF et l'USAID, et portant, entre autres, sur la formation des pairs éducateurs, la sexualité responsable, la responsabilisation des Jeunes et le droit des adolescents.

25. Opérationnelle depuis 1970, l'EVI, une ONG d'obédience catholique, s'adresse aux jeunes scolarisés et non scolarisés, ainsi qu'aux adultes à travers les structures paroissiales et associatives. L'EVI fait découvrir aux jeunes l'évolution de la vie ainsi que les divers phénomènes qui s'y manifestent depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte et les instruit sur les rôles d'époux et d'épouse, sur la parenté responsable et l'éducation des enfants. De manière spécifique, l'EVI intervient dans les écoles primaires et secondaires ainsi que dans les Associations et les ONGs, pour (i) vulgariser les enseignements relatifs à la lutte contre les avortements provoqués clandestins souvent mortels, les ISTs, le VIH/SIDA, et les maternités trop précoces, trop rapprochées et trop tardives et, (ii) apprendre aux jeunes la maîtrise de soi et à se construire une échelle de valeurs. L'EVI compte une équipe de 12 cadres dûment formés, recyclés et engagés à plein temps et 30 centres provinciaux dans les Provinces du Bas Congo, de Bandundu, du Kasai Oriental et du Kasai Occidental.

26. Pour des raisons politiques, la coopération structurelle entre la RDC et ses principaux partenaires extérieurs est restée suspendue au cours de ces dernières années. Toutefois, plusieurs d'entre eux sont intervenus dans les secteurs sociaux, notamment dans celui de la santé, par le truchement des ONGs civiles et confessionnelles. C'est ainsi que la coopération belge et la GTZ (Allemagne) sont intervenues en particulier dans la prévention du VIH/SIDA dans les écoles et la sécurité de la transfusion sanguine et l'Italie dans la réhabilitation des formations sanitaires et l'assistance aux enfants de la rue. En plus du secteur économique privé, l'USAID a apporté un important appui à des Zones de Santé dans les Provinces des Kasai Occidental et Oriental, du Katanga et de Bandundu, pendant que l'Union Européenne a notamment financé un programme d'appui transitoire au secteur de la Santé pour la période 1998-2001. De leur côté, en plus du programme de l'UNICEF visant à redynamiser certains Hôpitaux et établissements de soins de santé, et à assurer la fourniture de médicaments essentiels et de vaccins, les Agences du Système des Nations Unies sont intervenus notamment dans le cadre de l'Appel consolidé, en particulier pour, entre autres, assurer la relance du Programme de lutte contre le Sida, la réhabilitation d'infrastructures socio-sanitaires de base et la fourniture de produits contraceptifs.

Une évolution alarmante de l'état de Santé de la Reproduction

27. Menés dans un contexte de crise économique grave et de troubles sociaux et politiques aggravés par la guerre en cours depuis 1998, les efforts consentis par les nombreux intervenants dans le domaine de la SR en RDC n'ont pas encore eu jusqu'ici l'impact positif escompté sur les indicateurs de la SR. Les données disponibles sur l'état de santé de la SR sont limitées mais, elles indiquent une tendance alarmante des indicateurs caractérisée notamment par: (i) une flambée du taux de mortalité maternelle qui serait passé d'une moyenne nationale de 870 en 1995 à 1837 p. 100 000 NV en 1998, (ii) la chute de la prévalence

contraceptive de 15 p.100 en 1987 à 4.6 p.100 en 1998 et **(iii)**, une chute de l'espérance de vie à la naissance de 52 ans en 1993 à 48 ans en 1998.

28. La très forte mortalité maternelle continue d'être imputée généralement aux mêmes causes bien connues, à savoir les maternités **(i)** trop précoces (les adolescentes de moins de 20 ans contribuent pour 20% à la natalité ; la sexualité précoce des jeunes induit un taux élevé de grossesses non désirées qui se traduisent par des avortements clandestins souvent mortels qui touchent 30 % des adolescentes de moins de 20 ans), **(ii)** trop nombreuses (la descendance totale moyenne est de l'ordre de plus de 7 enfants par femme), **(iii)** trop rapprochées (l'écart moyen entre deux naissances est inférieur à 2 ans), **(iv)** trop tardives (les Congolaises continuent à mettre au monde après 45 ans et aussi longtemps qu'elles le peuvent). La récente flambée du taux de mortalité maternelle doit être aussi associée: **(v)** à l'orientation tardive des femmes en travail vers les maternités de référence après le temps perdu dans les maternités pirates mal équipées dont les actes médicaux sont cinq fois moins chers, **(vi)** à la mauvaise prise en charge gynécologique et obstétrique des femmes en travail à l'arrivée dans les maternités associée notamment au manque de motivation professionnelle, à l'insuffisance ou à l'absence totale d'équipement de base et, **(vii)** à la grave détérioration générale des services associée, entre autres, à l'inaccessibilité de la population aux services de santé payants.

29. Apparemment, malgré la malnutrition de l'ordre de 50 p.100 observée chez les enfants de moins de cinq ans et une faible couverture vaccinale de 40 p.100, les données limitées disponibles semblent indiquer que tout en demeurant à des niveaux trop élevés et donc inacceptables, les taux de mortalité infantile et infanto-juvéniles auraient légèrement baissé, passant respectivement, entre 1994 et 1998, de 148 à 127 et de 220 à 213 p.1000.

30. La prévalence du VIH/SIDA est estimée à environ 8 p.100. Il est généralement reconnu que son expansion est accélérée à la fois par la présence des troupes étrangères venues des pays les plus infectés de l'Afrique orientale et australe et par les comportements sexuels à haut risque des adolescents et des jeunes. Le gouvernement a développé et s'emploie à mettre en œuvre le Programme national de lutte contre le VIH/SIDA mais les mesures prises jusqu'à présent dans ce cadre sont loin de freiner l'expansion de ce fléau.

31. Il convient de souligner que la médiocrité des résultats obtenus dans le domaine de la santé en général et dans celui de la SR en particulier, doit être associée, entre autres, à la faiblesse du cadre institutionnel qui très probablement facilité des interventions verticales et non coordonnées des partenaires dont certains, compte tenu du contexte prévalant, privilégient leurs propres stratégies d'intervention, sans souci de coordination et de pérennisation.

Politique et programmes de Santé de la Reproduction

32. Pour tenter d'inverser les tendances résumées ci-dessus, le gouvernement a adopté en novembre 1998 une politique dont la première priorité est la lutte contre la mortalité maternelle et un Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR), axé notamment sur: **(i)** la parenté responsable, **(ii)** la promotion du statut de la femme congolaise, **(iii)** la prise en compte des besoins des adolescents en matière sexuelle, **(iv)** l'accès à des services de SR de qualité. Le PNSR définit les normes de services pour les différents niveaux de la pyramide sanitaire et propose le cadre institutionnel de mise en œuvre. A cet effet, une Direction du PNSR vient d'être créée au sein du Ministère de la santé. Pour l'intégration des 9 composantes de la SR dans les SSP, la définition d'un Paquet Minimum d'Activités (PMA) pour chaque type de services de santé et des normes à appliquer aux différents niveaux de la pyramide sanitaire est en cours.

33. Pour l'organisation pratique des services de santé sur le terrain, la RDC est découpée en 306 ZSs dont 92 seulement sont considérées comme fonctionnelles parce qu'elles disposent d'un Médecin chef de Zone recyclé dans les soins de santé primaires, d'un Hôpital Général de référence et de 3 à 4 Centres de santé ayant intégré les quatre programmes de santé relatifs à la lutte contre les pathologies courantes à savoir, le Programme mère/enfant, le Programme National de SR, le PEV, et le Programme de fournitures des médicaments essentiels. La RDC dispose de 33 Hôpitaux généraux de référence urbains, 258 Hôpitaux

généraux de référence ruraux, 1146 maternités et un réseau de 4555 centres de santé dont la moitié environ seraient fonctionnels.

34. Selon les données limitées disponibles, l'utilisation des services est relativement satisfaisante pour la surveillance prénatale (67%), l'accouchement assisté (69%), mais demeure faible pour les autres composantes de la SR, telle que l'utilisation des méthodes contraceptives modernes dont la prévalence a chuté de 15 p.100 en 1987 à 4.6 p.100 en 1998 parmi les femmes en âge de procréer.

II. REVUE DES INTERVENTIONS PASSÉES ET ACTUELLES DU FNUAP

2.1 Le Programme 1986-1990

Conception

35. Le dernier Programme du FNUAP en RDC a couvert la période 1986-1990. D'un montant de 7.5 millions de dollars, il a été conçu juste pour appuyer les programmes du Gouvernement dont les activités relevaient des domaines d'intervention du FNUAP, notamment (i) le Programme de SMI/PF destiné à améliorer le bien-être familial par la réduction de la mortalité maternelle et infantile par l'espacement des naissances, (ii) la promotion d'une prise de conscience nationale des problèmes spécifiques identifiés dans le pays et de l'existence de liens étroits entre la population et le processus de développement, (iii) l'intégration de l'EVF/EMP dans les programmes scolaires; (iv) l'évaluation et l'analyse des données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1984; (v) le renforcement institutionnel du Département de Démographie de l'Université de Kinshasa; (vi) la formulation et la mise en œuvre d'une Politique Nationale de Population et l'intégration du facteur population comme variable endogène dans la planification du développement et; (vii) l'appui au développement du secteur « Femmes et Développement ».

Des contraintes

36. L'exécution des projets de ce Programme avait été confiée, d'une part à des agences du SNU, à savoir: l'UNESCO (l'EVF/EMP), le DTCD (le RGPH), le BIT (Unité de Population, Femme et Développement, et IEC dans le secteur informel) et, d'autre part à l'IPPF pour la SMI/PF.

37. Selon le rapport d'évaluation indépendante d'août 1989, l'exécution avait connu des retards au démarrage, des divergences de vues entre partenaires sur les procédures de recrutement des différentes catégories des personnels d'appui aux projets, des lenteurs dans le déblocage des fonds et le recrutement du personnel international par les agences d'exécution. La faiblesse des capacités humaines des structures de mise en œuvre et la mobilité du personnel essentiel affecté aux projets ont constitué deux autres contraintes majeures au niveau central. L'absence de moyens logistiques appropriés dans les structures chargées de la distribution des produits contraceptifs occasionnait de fréquentes ruptures de stocks dans l'arrière pays. Les crises fréquentes et croissantes dans les domaines politique, économique et financier qui s'étaient aggravées à partir de 1986 pour culminer en 1990 notamment par le dysfonctionnement total du système bancaire, les pillages, l'insécurité et l'évacuation du personnel international dont le rôle était essentiel, avaient créé un environnement défavorable à la mise en œuvre du Programme.

Un Programme inachevé

38. L'absence de représentation locale de l'IPPF et de l'UNESCO n'avait pas permis d'assurer un suivi efficace des projets et avait même ralenti considérablement la mise en œuvre du Programme. L'exécution financière a été de moins de 70 p.100. Les efforts en matière de SMI/PF n'avaient pas porté des fruits et les données du Recensement de 1984 n'avaient été ni évaluées, ni analysées. Enfin le Projet de Politique Nationale de Population soumis au gouvernement de l'époque pour considération n'avait pas eu de suite.

Des acquis quand même

39. Toutefois, les activités développées dans le cadre du programme ont contribué à la création du Programme National des Naissances Désirables. Si les données du recensement général de la population de 1984 n'ont été ni évaluées, ni analysées du moins les résultats bruts ont été publiés. L'élaboration du projet de politique nationale de population qui n'a jamais fait l'objet d'une déclaration officielle, a au moins l'avantage d'avoir servi comme exercice pratique. On observe par ailleurs, une réelle prise de conscience des questions de population et des liens étroits entre la croissance démographique et le développement économique, par les nouvelles autorités. L'EVP/EMP introduite dans le système éducatif continue de prendre lentement mais sûrement racine tant dans l'enseignement primaire et secondaire que dans l'enseignement supérieur et professionnel. Enfin le projet « Femmes et développement » a donné naissance au Service National Femme et Développement au sein du Ministère des Affaires Sociales et de la Famille

2.2. La période 1991-2000 : dix ans de flottement

40. De 1991 à 1997, la vacance prolongée du poste de Représentant FNUAP en RDC et le contexte de crise socio-politique qui a prévalu dans le pays, n'ont pas permis le développement d'un programme de coopération entre le FNUAP et la RDC. Les quelques interventions enregistrées au cours de cette période ont été particulièrement modestes et ponctuelles pour un montant global de 821 000 \$ EU, consacré à l'achat des contraceptifs et autres produits essentiels en matière de SR ainsi qu'au financement de rencontres aux niveaux local et international (ateliers, séminaires et conférences, etc.) sur les questions de population.

41. Le changement intervenu dans le paysage politique avec la révolution de mai 1997 a permis de relancer ainsi la réflexion sur les éléments d'un futur programme de coopération entre le FNUAP et la RDC. Mais l'opération nationale d'évaluation du programme de population (ONEP) amorcée en mai 1998, n'a pu être menée à terme suite au déclenchement de la guerre en août 1998. L'élaboration d'un nouveau programme d'assistance du FNUAP à la RDC étant dès lors compromise, il a été jugé nécessaire de mener des activités ponctuelles en attendant le moment propice à la formulation du futur programme de coopération entre la RDC et le FNUAP. C'est à ce titre qu'est intervenue l'approbation de quatre projets, isolés mais complémentaires, tenant compte du contexte de crise, des échéances politiques et du programme triennal minimum, adopté en 1997. Ces quatre projets visent le renforcement des capacités institutionnelles des différents partenaires en vue de les rendre plus aptes à formuler et à mettre en œuvre des programmes en matière de population et développement. Les 4 projets portent sur l'appui: **(i)** aux mécanismes de coordination de programme en matière de population, **(ii)** l'étude de l'état des lieux de la production des statistiques démographiques et sociales en RDC mis en œuvre par l'INS : **(iii)** l'intégration des concepts de la SR à l'enseignement et à la recherche en RDC du DDK ; et **(iv)** le renforcement des capacités institutionnelles du Ministère de la santé en matière de SR.

42. Ces projets couvrent une période de 18 mois et devraient être achevés avant le démarrage du programme 2002-2006. Pour assurer la jonction avec ce programme, trois nouveaux projets ont été approuvés en 2000 pour: **(i)** appuyer l'amélioration de la qualité des services de SR dans quatre maternités de la ville de Kinshasa par la réhabilitation des infrastructures, l'équipement des maternités, la formation et le recyclage des personnels de santé; **(ii)** apporter dans le cadre de l'Appel Consolidé des Agences des Nations Unies une assistance d'urgence aux services de la SR à Kisangani, théâtre de la guerre de juillet 2000 entre les troupes rwandaises et ougandaises, **(iii)** redynamiser les services de santé de la reproduction dans 24 maternités sélectionnées dans les Provinces du Bas Congo, du Bandundu, des Kasai Occidental et Oriental, du Katanga et de la ville de Kinshasa pour une durée de 12 mois.

2.3 . Leçons tirées de la période 1986-2000

43. Il ressort de la lecture du rapport de l'évaluation indépendante du programme 1986-1990 que les structures de mise en œuvre, s'étaient révélées trop fragiles pour soutenir efficacement les projets peu intégrés et complexes du Programme. De plus, créées juste à l'occasion de la mise en œuvre des projets, ces

structures dépendaient trop des apports financiers extérieurs des projets pour leur survie et leur pérennisation. D'autre part, la formation des cadres nationaux sur le tas en les encadrant pour effectuer des travaux concrets aurait permis de mieux renforcer leurs capacités techniques que la stratégie inefficace des voyages d'études, des séminaires et autres ateliers régionaux qui ont été privilégiés dans le choix d'une approche visant à organiser, à terme, des formations locales destinées à constituer une masse critique de cadres nationaux dans un domaine donné.

44. L'exécution des projets du dernier Programme par les agences du SNU dont plusieurs n'avaient pas de représentation en RDC ne s'étant pas révélé performante, il est tentant de passer à l'exécution nationale en privilégiant notamment les structures confessionnelles comme les principaux partenaires de la RDC, bilatéraux et intergouvernementaux qui, depuis qu'ils ont suspendu pour des raisons politiques leur coopération structurelle avec le pays en 1992. Depuis lors, la quasi-totalité des nombreux et grands projets d'appui aux secteurs sociaux, notamment au secteur de la santé, financés par l'extérieur, sont exécutés essentiellement par des institutions confessionnelles religieuses notamment (i) les BDOM catholiques présents dans toutes les Provinces et ,(ii) la DOM de l'Eglise du Christ au Congo (ECC).

45. Vu tout le bien que l'on dit de la gestion de leurs structures de santé, il est tentant, face au dysfonctionnement de nombreux services publics de santé associé à la longue et grave crise économique et politique qui frappe le pays depuis plus de dix ans, de leur confier l'exécution de la majeure partie projets du Sous-Programme SR. Mais en constatant que (i) le taux de mortalité maternelle hospitalière a plus que doublé, passant de 870 en 1995 à 1837 p.100 000 NV en 1998, (ii) la prévalence contraceptive a chuté de 15 en 1987 à 4,6 p.100 en 1998, (iii) 30 p.100 des adolescentes de moins de 20 ans sont victimes d'avortements clandestins souvent mortels et, (iv) l'espérance de vie à la naissance a chuté de 52 ans en 1993 à 48 ans en 1998, il devient évident que les très importants investissements faits dans le secteur de la santé ne se reflètent pas sur les indicateurs de la SR et qu'il y a lieu de se poser des questions sur l'impact réel de ces investissements sur l'état de la SR en RDC.

III. NICHE DU FNUAP

46. Le FNUAP est jusqu'ici le seul partenaire de la RDC qui connaît bien les problèmes spécifiques de population de la RDC et s'est employé inlassablement avec une certaine réussite à promouvoir une prise de conscience nationale de l'existence de liens étroits entre ces problèmes et le processus de développement. Ainsi, grâce notamment à ses efforts dans le cadre du Programme d'assistance 1986-1990, les dirigeants congolais ont acquis, entre autres, la conviction qu'une croissance démographique supérieure à la croissance économique constitue un obstacle structurel au développement durable et ont lancé un programme de SR mettant l'accent sur la maîtrise de la fécondité ainsi qu'un Programme de Promotion Féminine pour permettre à la femme congolaise de participer davantage au processus de développement et à la réussite du Programme National des Naissances Désirables intégrés récemment dans le Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR). Fort de son expérience ainsi acquise en RDC et de sa bonne connaissance des structures organisationnelles des leaders d'opinion religieux et traditionnels, des Comités des parents d'élèves et des Comités de santé, le FNUAP est bien placé pour promouvoir la transformation de la prise de conscience au sein de la classe politique des liens existants entre la population et le processus de développement en une prise de conscience nationale.

47. L'intégration des variables démographiques comme variables endogènes dans la planification du développement n'est pas encore effective faute notamment des capacités techniques. Le FNUAP qui connaît bien ce terrain en RDC et ailleurs peut maintenant relancer avec plus de chances de succès le processus de renforcement des capacités techniques nationales dans ce domaine, notamment par des formations sur le tas encadrées des Conseillers Régionaux des équipes d'appui technique (EAT) aux pays. L'accent serait ainsi mis sur les exercices pratiques permettant par exemple d'anticiper sur les niveaux de la demande de l'éducation et d'emploi en fonction de la dynamique de la population. En d'autres termes, il s'agira de favoriser la formation des cadres en situation réelle sur le terrain à partir des données nationales.

48. En ce qui concerne la situation de la femme congolaise, le FNUAP qui avait déjà réussi à faire institutionnaliser le Projet Femme et Développement sous forme de «Service Femme et Développement », pourra d'une part utiliser des structures nationales appropriées telles que les Comités des parents d'élèves et les Comités de santé qui sont très influents dans le pays pour soutenir un plaidoyer visant un changement positif dans la perception par les hommes y compris ceux du niveau académique, du rôle de la femme essentiellement comme celui d'épouse dotée et de mère et, d'autre part, appuyer les structures chargées de la promotion féminine qui sont pratiquement inefficaces du fait de leur extrême faiblesse institutionnelle. Etant donné les besoins identifiés, le FNUAP peut aussi faire bénéficier la RDC de son expérience acquise ailleurs dans l'appui institutionnel direct aux ONGs, associations et groupements économiques de femmes, dans la formation en gestions, la défense des droits des femmes et la promotion des activités génératrices des revenus associé à l'amélioration de l'état de leur SR.

49. Dans le domaine de la santé, le FNUAP est le principal partenaire de la RDC à aborder les problèmes de SR selon une approche globalisante, qui prend en compte les individus selon les groupes cibles tout au long du cycle de vie et à soutenir les activités de SR en direction des jeunes et adolescents en soutenant la création de centres adaptés à leurs besoins. Il est aussi le principal fournisseur des contraceptifs autres que les préservatifs dont les besoins sont énormes et croissants en RDC. Par ailleurs, le FNUAP dispose d'une capacité d'intervention dans les situations d'urgence que connaît régulièrement la RDC par la mise à disposition de kits de Santé de la Reproduction adaptés à différentes situations. En RDC, le FNUAP est le seul partenaire à avoir expérimenté la réhabilitation et la relance des services de SR dans une zone dont les structures de santé ont été ravagées par la guerre.

50. Actuellement, le FNUAP est le seul partenaire de la RDC à avoir perçu et à faire un plaidoyer actif pour faire prendre conscience du risque d'une catastrophe démographique associée à notamment l'expansion du VIH/SIDA engendrée, entre autres, par la présence des troupes étrangères venues des pays de l'Afrique orientale et australe où la prévalence du VIH est très élevée .

51. En plus de tout ce qui précède, le FNUAP jouit d'un certain nombre d'avantages comparatifs, en particulier : (i) l'appui potentiel de ses équipes régionales multidisciplinaires d'appui technique dont les spécialistes sont toujours prêts à intervenir de manière ponctuelle à la demande d'un pays et, (ii) son processus de programmation qui utilise le cadre logique comme outil de programmation et s'appuie sur une démarche participative impliquant largement les cadres nationaux qui a facilité l'appropriation du processus ainsi que du Programme par la partie nationale.

IV. PROGRAMME PROPOSE (2002-2006)

4.1 Principaux problèmes de population identifiés et Recommandations du GTI

Problèmes identifiés par le GTI

52. Le Groupe de travail interministériel (GTI) qui a réalisé une ONEP simplifiée sur la base du rapport de l'analyse de la situation par l'UNICEF (1995), du CCA (1999) et du rapport de l'enquête sur « l'Etat des Lieux de la Santé » (1998), a d'abord considéré comme problème de population tout phénomène démographique ou associé, constituant un obstacle au processus de développement. Sur cette base, le GTI a identifié comme principaux problèmes de population en RDC :

- **en matière de Santé de la Reproduction** : la mortalité maternelle dramatiquement élevée, la très forte mortalité infantile et infanto-juvénile, l'expansion rapide de l'infection à VIH et du SIDA, une fécondité élevée et potentiellement croissante du fait de la forte proportion des jeunes de moins de 25 ans qui représentent 68 p.100 de la population totale, les avortements provoqués souvent mortels qui affectent 30 p.100 des adolescentes de moins de 20 ans, les violences notamment sexuelles faites traditionnellement aux femmes et aggravées dans les zones occupées et parmi les populations déplacées de guerre ; les principaux déterminants des problèmes de Santé de la Reproduction sont de caractère culturel et socio-économique tels

que (i) l'extrême précocité de la sexualité et de la maternité dans la plus part des groupes nationaux du pays, (ii) la croyance à la nécessité d'une descendance nombreuse d'où descendance moyenne à la fin de la période féconde de plus de 7 enfants en moyenne par femme, (iii) une perception anachronique de la nuptialité et de la fécondité associée à des comportements et des pratiques néfastes en matière de santé sexuelle et de la reproduction telles que les mutilations génitales féminines, (iv), une accessibilité économique et géographique très insuffisante à des services de SR et (v), l'insuffisance de la qualité des services de Santé de la Reproduction.

• **dans le domaine « Population et Stratégies de Développement » :** (i) les disparités juridiques et socio-économiques entre les sexes associé au rôle de la femme congolaise perçu essentiellement comme celui de l'épouse soumise et de mère, (ii) une prise de conscience des liens étroits entre la population et le développement encore limitée au niveau des autorités gouvernementales, (iii) un risque à terme d'une catastrophe démographique associé aux niveaux records de la mortalité maternelle et infantile et à l'expansion rapide de l'infection à VIH et du SIDA

53. Comme problèmes structurels et opérationnels, le GTI a notamment relevé par ordre de priorité, (i) une connaissance limitée de la population congolaise, les données démographiques et socio-économiques étant obsolètes, (ii) la non-intégration du facteur population et des facteurs environnementaux dans la planification comme variables endogènes, associée entre autres, à la faiblesse du cadre institutionnel de gestion des politiques et programmes de population et, (iii) l'insuffisance des ressources matérielles et financières associée à la contribution financière du Gouvernement très limitée par l'effort de guerre et la conjoncture économique difficile dont souffre la RDC depuis plus de dix ans.

Recommandations du GTI

54. Sur la base des problèmes ainsi identifiés, le GTI a recommandé au FNUAP, d'apporter son appui au gouvernement dans ses efforts tendant à apporter, dans le cadre du Programme 2002-2006, des solutions appropriées aux problèmes de population identifiés selon l'ordre de priorité suivant:

• **en matière de SR:** (i) faciliter l'accès de la population aux informations et à des services de SR en mettant l'accent sur l'amélioration de la qualité des services par la réhabilitation des structures de SR appuyées par ce Programme, la fourniture des équipements appropriés et des contraceptifs y compris les préservatifs spécialement pour la protection contre l'infection à VIH, (ii) mettre l'accent sur la promotion du changement de comportements en matière de sexualité et de reproduction en particulier chez les jeunes, les adolescents et les membres des Forces armées et Police et, (iii) la formation et le recyclage du personnel en soins obstétricaux et gynécologiques d'urgence pour assurer une maternité à moindres risques.

• **en matière de PSD:** (i) promouvoir une prise de conscience nationale des liens étroits entre la population et le processus de développement et de la nécessité de renforcer les capacités d'action de la femme en vue de sa pleine participation au processus du développement et à la maîtrise de la fécondité, (ii) actualiser les données démographiques et socio-économiques de base et, (iii) intégrer les facteurs démographiques et environnementaux comme variables endogènes dans les politiques, plans et programmes de développement durable .

• **en matière de Plaidoyer:** (i) rechercher le soutien et l'adhésion des leaders d'opinion à la mise en œuvre des Programmes sectoriels de population adoptés par le Gouvernement et (ii) à promouvoir une prise de conscience du risque de catastrophe démographique évoqué plus haut.

4.2 Couverture géographique du programme et justification

55. Compte tenu de la très vaste étendue du territoire congolais de 2 345 000 kms carrés et des ressources limitées, les interventions de ce Programme dans le domaine de la SR seront concentrées dans 6 des 11 Provinces de la RDC à savoir celles du Bas Congo, du Bandundu, du Kasai Occidental, du Kasai Oriental, du Katanga et de Kinshasa qui sont les plus faciles d'accès à partir de la capitale Kinshasa et qui, ensemble,

totalisent une population estimée à plus de 27 868 000 habitants, soit plus de 54 p.100 de la population totale de la RDC. Du fait de la guerre en cours, il n'y pas encore, ni une harmonisation des cycles, ni programmation commune par les Agences du SNU parce que la grande majorité de ces agences se consacrent presque exclusivement aux actions humanitaires. Toutefois, la sélection de ces 6 Provinces a aussi été déterminée par les possibilités d'y mener des activités complémentaires notamment avec (i) UNICEF dans le cadre (a) de notre projet commun de promotion du dialogue entre les adolescents/jeunes et leurs parents pour la recherche commune des solutions à leurs problèmes SR/PF/SS dans les Provinces du Kasai Occidental, du Bas Congo et de Kinshasa et, (b) de la revitalisation des SSP dans lesquels le FNUAP appuierait l'inclusion des 9 composantes de la SR définies dans le PNSR et, (ii) le PNUD qui soutient la promotion des initiatives à la base auxquelles il est possible d'associer la SR et la formation à la recherche de petits crédits encouragés par le PNUD en faveur des groupements économiques féminins.

56. Par ailleurs, des actions de redynamisation et de réhabilitation des structures de SR et de prise en charge psychoaffective des victimes des violences sexuelles seront entreprises par le biais des ONGs intervenant dans le domaine, selon les possibilités offertes par les Appels Consolidés lancés annuellement par l'ensemble des Agences du SNU en faveur des Provinces occupées de l'Est de la RDC.

57. Du fait notamment de la similitude des problèmes de population dans l'ensembles des Provinces du pays et l'implication des grands média et des Universités, les activités de plaidoyer auront une portée nationale.

4.3 But, objets et produits attendus du Programme

Le but

58. Le but du Programme 2002-2006 est de «contribuer à l'amélioration des conditions de vie de la population congolaise par la réduction de la pauvreté, à travers l'amélioration de l'état de la Santé de la Reproduction et et le renforcement des capacités d'action de la femme congolaise du statut de la femme, ainsi que par la prise en compte des questions de population dans la planification du développement durable ». A l'horizon 2009 fixé par le Ministère de la Santé, ce programme devra avoir contribué à réduire (i) les niveaux très élevés de mortalité maternelle et infantile selon une tendance de 10 p.100 par an et, (ii) freiner l'expansion de l'infection à VIH/SIDA par la réduction à terme de 5 p.100 des taux actuels de prévalence. Il devra également avoir contribué à l'amélioration de la situation de la femme par un meilleur accès à ses besoins stratégiques de formation, d'éducation, de revenus et une meilleure représentativité dans les instances nationales de prise de décision.

Objets du Programme

59. Les trois (3) objets du Programme 2002-2006 sont les suivants :

Objet n° 1 : Contribuer à l'accroissement de l'utilisation des services de SR de qualité et des prestations appropriées d'IEC visant les différents groupes cibles dans les six Provinces couvertes par le Programme

60. Il est attendu à la fin du programme : (i) une utilisation accrue de 30 % de la prise en charge des accouchements assistés (87%), des consultations prénatales (80%), de l'utilisation des méthodes contraceptives (8 %), de la prévention et du traitement des IST, de la prévention du VIH/Sida, et de la prévention des complications des avortements ; (ii) une utilisation des services de SR offerts par les 8 centres de jeunesse par 30 % des jeunes et adolescents de la zone d'intervention ; (iii) un changement dans les attitudes et comportements sexuels et reproductifs, particulièrement chez les jeunes et les adolescents, mesuré par des enquêtes CAP au début et à la fin du programme.

61. Pour atteindre ce résultat, le programme s'emploiera à soutenir la mise en œuvre des neuf composantes de la SR définies par la RDC. La stratégie essentielle de mise en œuvre pour garantir l'utilisation accrue des

services de SR et des prestations IEC s'appuiera sur la concentration et la convergence des interventions sur les Zones de Santé afin d'assurer l'adéquation de l'offre et de la demande de services. Les autres axes stratégiques clés sont conformes aux orientations de la politique nationale de Santé de la Reproduction et porteront sur: **(i)** l'intégration des services SR dans le paquet minimum d'activités (PMA) des SSP des formations sanitaires couvertes par le Programme, en donnant la priorité à la réduction du nombre des décès maternels hospitaliers, la promotion des activités de la maternité à moindre risques et de prise en charge des soins obstétricaux et gynécologiques d'urgence, aux informations sur la PF et à la promotion des services de Planification Familiale, à la prévention et à la prise en charge des complications des avortements, à la prévention et au traitement des ISTs, à la prévention du VIH/SIDA, ainsi qu'à l'IEC/counseling selon les normes définies pour les différents niveaux de la pyramide sanitaire, **(ii)** le renforcement de la participation communautaire aux activités, dans le cadre des Comités de santé et de la distribution à base communautaire, **(iii)** l'appui aux ONG et au secteur privé confessionnel intervenant dans la SR, aux structures de santé des forces armées et de Olitese pour mener des activités de prestation des services de SR et de lutte contre le VIH/SIDA et, **(iv)** l'approche genre afin d'assurer une importante participation des hommes et des femmes dans l'exécution et le suivi des activités du sous-programme SR.

62. L'accroissement de l'utilisation des services sera assuré par quatre produits complémentaires, générés par le sous-programme Santé de la Reproduction.

Produit 1.1 :accessibilité aux services de SR de qualité et aux prestations IEC accrue notamment en ce qui concerne la prise en charge des grossesses à risque, la planification familiale, les complications de l'avortement et la prévention des IST et du VIH/Sida, l'IEC/counseling dans les six Provinces couvertes par le Programme

63. Les stratégies d'intervention porteront sur l'amélioration combinée de l'offre et de la demande de services. L'amélioration de la demande consistera à mettre à disposition des informations nécessaires pour utiliser les services de SR et à utiliser la communication pour promouvoir le changement positif de comportements en matière de sexualité et de reproduction.

64. Les stratégies d'accroissement de l'offre de services seront axées sur la mise à disposition des services de SR et l'amélioration de la qualité des soins et des prestations. L'amélioration de la disponibilité des services de SR obtenue par : **(i)** l'organisation des services de soins obstétricaux d'urgence dans les maternités de référence, **(ii)** l'intégration des services de SR et des prestations IEC relatives notamment aux ISTs et au VIH/SIDA dans les centres de santé des Forces armées, dans les entreprises et dans les camps des déplacés et, **(iii)** l'appui aux réseaux de distribution à base communautaire. L'amélioration de la qualité des services sera générée par: **(i)** la réhabilitation des infrastructures identifiées et sélectionnées conformément aux critères préalablement définis, **(ii)** la fourniture d'équipements et de moyens logistiques appropriés, **(iii)** la formation et/ou le recyclage des prestataires de services et par **(iv)** une bonne gestion et un contrôle minutieux des contraceptifs et d'autres produits essentiels de la SR.

65. L'accroissement de la demande sera engendré par un changement de comportement induit par **(i)** un appui à la communication interpersonnelle par le biais des prestataires de services, des pairs éducateurs, des éducateurs dans les différents milieux scolaires, professionnels, des forces armées, de la police et du milieu de travail **(ii)** et des campagnes médiatiques mobilisatrices sur les niveaux élevés de mortalité maternelle, les ISTs et le VIH/SIDA, les conséquences des avortements provoqués, les violences faites aux femmes, notamment les violences sexuelles, les mutilations génitales et les mariages précoces.

66. Les indicateurs objectivement vérifiables préalablement définis dans le cadre logique permettront de constater, à la fin du Programme: **(i) l'offre effective de services** appropriés de SR dans 75 maternités dont 12 dans le Bandundu, 12 dans le Bas Congo, 7 au Kasai Occidental, 10 au Kasai Oriental, 10 au Katanga et 24 à Kinshasa, toutes sélectionnées dans les Centres Urbains et leurs périphéries, y compris (19) dix neuf fonctionnant également comme Maternités de Référence offrant des services gynécologiques, obstétricaux et néonataux d'urgence de qualité (3 au Bandundu, 3 au Bas Congo, 4 au Kasai Occidental, 3 au Kasai Oriental, 5 au Katanga et 1 à Kinshasa) ; la sélection effective de ces maternités avant l'approbation du sous-programme SR tiendra compte, notamment de leur localisation, de leur fréquentation et du niveau plus ou moins élevé des décès maternels enregistrés dans ces centres par rapport aux niveaux observés dans les

différentes maternités de la zone couverte par ce Programme, **(ii) les prestations d'IEC** sur les ISTs et le VIH/SIDA et des services de SR de qualité dans deux centres de santé des Forces armées et Police et dans quelques établissements de soins de santé des entreprises, **(iii) la distribution à base communautaire** dans une centaine de points dans la ville de Kinshasa, par le biais des ONGs déjà actives dans ce domaine et, **(iv) l'accessibilité de 70 p.100** de la population de la zone d'intervention aux informations relatives aux quatre thèmes prioritaires à savoir, la Mortalité maternelle, les avortements clandestins souvent mortels, le VIH/SIDA et la Planification Familiale.

Produit 1.2 : services spécifiques de SR et prestations appropriées d'IEC de qualité pour les adolescents et les jeunes disponibles dans les 8 centres de jeunes soutenus par le Programme

67. Les stratégies retenues consisteront à: **(i)** développer des centres spécifiques pour les jeunes et les adolescents, **(ii)** renforcer les programmes d'Education à la vie (EVI) dans le milieu scolaire et le milieu non formel et, **(iii)** appuyer les centres de promotion sociale au niveau provincial.

68. Les prestations de conseils et d'écoute se feront dans 8 centres de jeunes dont 3 (CICSA de l'ABEF, Centre BOMOTO et Centre Education à la Vie) sont déjà opérationnels mais nécessitent d'être réhabilités et 5 à ouvrir dans la zone couverte par le Programme. Les 8 centres seront dotés d'un minimum de personnel approprié, d'équipements médicaux et des produits essentiels de SR pour adolescents et les jeunes, des équipements audiovisuels et de documentation, pour la prestation de services de SR des adolescents et des jeunes et de l'IEC relative notamment aux IST et au VIH/SIDA .

69. Le programme d'EVI déjà existant dans les différents niveaux de l'enseignement sera renforcé dans les écoles aux niveaux primaire, secondaire et professionnel, par la formation de nouveaux éducateurs et l'élaboration des modules et supports éducatifs. L'éducation parentale par le biais des comités de parents complétera le processus éducatif et permettra un meilleur dialogue entre les jeunes et les parents.

70. L'appui aux centres de promotion sociale, concernant des jeunes gens et filles en formation ou en apprentissage, se fera à travers la formation de formateurs au niveau d'un centre par province touchée par le programme et par la fourniture de supports didactiques.

71. Il est attendu que 50 p.100 des jeunes et adolescents soient touchés par les activités d'IEC dans les zones du programme dont 50 p.100 de jeunes filles.

Produit 1.3 : capacités de gestion des structures techniques chargées de la mise en œuvre du sous-programme de Santé de la Reproduction renforcées

72. Pour réaliser ce produit, les stratégies retenues seront axées sur : **(i)** la gestion opérationnelle et le suivi technique du sous-programme selon le plan de travail et la coordination des interventions en SR entre les composantes projets du sous-programme, **(ii)** la mise en place d'un système de sécurité pour les contraceptifs et les préservatifs garantissant l'approvisionnement régulier aux formations sanitaires, **(iii)** la disponibilité des informations sanitaires dans la zone du programme. Il s'agira donc de renforcer les structures de mise en œuvre du sous-programme SR telles que la Direction du PNSR, l'ABEF, le Service Central d'Education à la Vie et le Centre BOMOTO. Au niveau central, le sous-programme assistera la Direction du PNSR dans la définition des cadres programmatiques et opérationnels nécessaires (notamment le programme de Santé de la Reproduction, les normes et standards de service, les modules de formation) et dans sa capacité à jouer son rôle de suivi et de supervision de l'exécution des projets de SR, en formant 6 cadres en gestion des programmes SR, 6 autres en gestion des programmes IEC et 12 cadres en recherche opérationnelle à raison de 2 par Province.

73. Pour éviter toute rupture de stock de contraceptifs et d'autres produits essentiels de SR, il importe de : **(i)** définir, de concert avec tous les intervenants et le Ministère de la Santé, un plan stratégique de sécurité définissant les besoins et les conditions d'approvisionnement, de distribution pour garantir le ravitaillement régulier des formations sanitaires, **(ii)** former 12 cadres nationaux en gestion de la logistique et en maintenance des contraceptifs et des produits essentiels.

74. Enfin, il sera indispensable de former 19 cadres chargés de la collecte et de l'analyse des données pour renforcer le système d'information sanitaire dans la zone couverte par le Programme.

75. Il est attendu que les IOV définis dans le cadre logique permettent de constater que les structures impliquées ont été capables de : (i) mettre en œuvre les activités du sous-programme SR selon le plan de travail ; (ii) assurer l'approvisionnement et la distribution des contraceptifs et des produits SR sans rupture conformément au plan stratégique de sécurité et ; (iii) assurer la disponibilité des informations sanitaires dans la zone couverte par le Programme.

Produit 1.4 : données actualisées sur les principaux problèmes de SR disponibles au moins dans les six provinces couvertes par le Programme

76. L'appui à l'actualisation des données portera sur les principaux problèmes de SR essentiellement dans les 6 Provinces couvertes par ce Programme. Cette actualisation se fera par : (i) la collecte et l'exploitation des statistiques sanitaires disponibles auprès des formations sanitaires, (ii) des enquêtes "Focs Group" et/ou des recherches opérationnelles sur une échelle réduite destinées à fournir des indicateurs pertinents sur la mortalité maternelle, les ISTs et les violences sexuelles, (iii) l'expérimentation d'une méthodologie de surveillance sentinelle sur les complications des avortements provoqués dans la Province de Kinshasa et de mettre en place un système d'information régulier, (iv) des enquêtes CAP au début et en fin de programme pour évaluer l'impact des activités d'IEC.

77. A la fin du programme, il est attendu la mise en place effective d'un système d'information périodique opérationnel incluant les données sur: (i) la mortalité maternelle, (ii) les avortements provoqués, (iii) la prévalence contraceptive, (iv) les ISTs et l'infection au VIH/Sida et, (v) les violences sexuelles.

Objet n° 2 : Contribuer à l'amélioration de la prise en compte des problèmes de population prioritaires identifiés en RDC dans les politiques, plans et programmes de développement selon l'approche genre.

78. Il est attendu à la fin de ce Programme: (i) une intégration effective des questions de population dans les nouveaux programmes sectoriels (santé, promotion de la femme, éducation, etc.) et, (ii) des ressources financières mobilisées pour la mise en œuvre de ces programmes.

79. L'amélioration de la prise en compte des problèmes de population prioritaires identifiés dans les politiques, plans et programmes de développement selon l'approche genre, se fera par la réalisation des trois produits générés par le Programme.

Produit 2.1 : connaissance des caractéristiques socio-démographiques de la population et des niveaux de mortalité maternelle et infantile dans les zones d'intervention du programme, améliorée.

80. L'actualisation des données socio-démographiques, notamment celles de la mortalité maternelle et infantile, sera réalisée à travers l'exploitation approfondie des statistiques sanitaires disponibles auprès des formations sanitaires. Elles pourront le cas échéant être complétées par des enquêtes "Focus Group" et/ou des recherches opérationnelles sur une échelle réduite dans la zone d'intervention du programme. Cette activité permettra de produire des indicateurs pertinents sur la mortalité maternelle, la mortalité néonatale, les avortements provoqués, la prévalence contraceptive, les IST et l'infection au VIH, les violences sexuelles, etc. L'exploitation des statistiques sanitaires pourra là où ce sera possible, être envisagée, complétée le cas échéant, par un dépouillement des registres d'état civil en vue de compléter les informations recueillies et de disposer d'une gamme utile de statistiques d'état civil et de santé.

81. Il reste entendu cependant que seule une opération exhaustive de collecte des données de base permettra de manière efficace d'actualiser les données démographiques et socio-économiques de base. Les données actuelles issues essentiellement du recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 1984 sont obsolètes. Compte tenu des bouleversements intervenus dans la répartition spatiale et la structure de la population, du fait notamment des déplacements massifs provoqués par la guerre et autres conflits, le

programme 2002-2006 se propose de sensibiliser le Gouvernement et ses partenaires au développement sur la nécessité de réaliser une enquête démographique et de santé (EDS) et un deuxième RGPH, le plutôt possible.

Produit 2.2 : cadre institutionnel pour la coordination et l'opérationnalisation de la mise en œuvre des activités de population renforcé, fonctionnel et efficace.

82. L'amélioration du fonctionnement du cadre institutionnel national se fera, entre autres, à travers un appui institutionnel à certaines structures comme le Groupe de travail interministériel (GTI) chargé de la coordination, du monitoring et du suivi/évaluation des activités du Programme, la Direction de la Population et des Ressources Humaines (DPRH) responsable, entre autres, de la coordination de l'ensemble des activités gouvernementales dans le domaine « Population et Développement », et la direction chargée au sein du Secrétariat Général à la Famille du Ministère des Affaires Sociales et de la Famille, de la Promotion Féminine.

83. Le renforcement des capacités techniques des structures nationales identifiées pour la mise en œuvre des projets de ce Programme se fera notamment par la formation sur le tas et la fourniture d'un minimum d'équipement et de logistique appropriés sur la base des résultats d'une analyse préalable avant l'approbation des sous-programmes de leurs capacités opérationnelles. Dans cet esprit, l'apport d'un minimum d'équipement, un appui sous forme de formation sur le tas permettra à la DPRH: **(i)** de développer les outils méthodologiques d'analyse selon l'approche genre et d'intégration des questions de population dans les politiques, plans et programmes sectoriels et, **(ii)** de mettre en place une base de données socio-démographiques pour le suivi et la gestion des programmes de population et de développement.

84. S'agissant du renforcement des capacités techniques du Secrétariat Général à la Famille, il est prévu de l'aider à: **(i)** former sur place en identification, élaboration, monitoring et suivi/évaluation des programmes et projets de développement selon l'approche genre sous l'encadrement des spécialistes de l'Equipe d'appui technique du FNUAP basée à Dakar, ses cadres impliqués dans la Promotion Féminine, y compris ses points focaux basés dans les autres ministères et les sociétés d'Etat, et **(ii)** recourir aux services d'un consultant expérimenté pour établir les priorités dans les actions tendant à améliorer la situation juridique et socio-économique de la femme congolaise et définir les mécanismes de promotion, de coordination et de suivi/évaluation des actions de renforcement de ses capacités d'action.

85. Les mécanismes de coordination, de monitoring et de suivi/évaluation des projets du Programme par le GTI sont résumés aux paragraphes 103 à 105.

Produit 2.3 : capacités opérationnelles de huit ONG/associations ciblées menant des activités en faveur de la promotion de la femme congolaise, renforcées.

86. Il est prévu de mener une évaluation des capacités opérationnelles des 8 ONGs et/ou associations féminines sélectionnées en fonction de leur engagement afin de déterminer leurs besoins en appui institutionnel en vue de les renforcer de manière appropriée pour leur permettre de contribuer plus efficacement à la réalisation des actions favorisant l'amélioration de la situation de la femme congolaise.

Objet n° 3 : Contribuer à accroître le soutien et l'adhésion des décideurs politiques, des leaders d'opinion religieux, traditionnels et communautaires ainsi que des cadres nationaux aux programmes nationaux de SR, de Lutte contre le SIDA et de Promotion Féminine

87. Pour cet objet, le programme se propose principalement d'obtenir des attitudes, comportements et décisions plus favorables sur les thèmes prioritaires de mortalité maternelle exagérément élevée, avortements clandestins souvent mortels touchant 30 p.100 des adolescentes de moins de 20 ans, mortalité infantile trop élevée, expansion rapide de l'infection à VIH et du SIDA, les bienfaits des naissances désirables, les bienfaits du renforcement des capacités d'action de la femme et les liens étroits entre la population, les facteurs environnementaux et le processus de développement.

88. L'obtention du soutien et de l'adhésion des décideurs politiques et des leaders d'opinion passera principalement par la réalisation de deux produits.

***Produit 3.1** : prise de conscience des thèmes prioritaires accrue chez les décideurs politiques, les leaders d'opinion et les cadres nationaux et*
***Produit 3.2** : perception accrue de la nécessité du renforcement des capacités d'action des femmes.*

89. La réalisation de ces deux produits se fera à travers la sensibilisation des leaders politiques, religieux, traditionnels et communautaires sur ces questions et leurs impacts sur le processus de développement ainsi que sur la nécessité de les prendre en compte dans les programmes de développement. La formation d'un noyau composé de cadres nationaux et des membres d'associations ou d'ONG, y compris les structures religieuses en techniques de plaidoyer permettra de créer un environnement politique et social favorable à leurs propres activités dans la poursuite des objectifs du programme. Les professionnels des médias seront également sensibilisés sur les problèmes prioritaires de population en RDC afin de constituer un relais précieux pour l'information et la sensibilisation des leaders et de la population en général sur les effets de ces questions de population.

90. Trois indicateurs de succès sont particulièrement attendus, à savoir: **(i)** la prise de conscience du risque de catastrophe démographique induit par les niveaux records de la mortalité maternelle et infantile et l'expansion rapide du VIH/SIDA, **(ii)** des prises de position publiques de leaders politiques, religieux traditionnels et communautaires favorables aux programmes d'action relatifs aux problèmes prioritaires de population listés ci-dessus et, **(iii)** au moins 50 p.100 des leaders communautaires véhiculent des messages favorables à ce Programme dans ses zones d'intervention.

4.4 Risques et hypothèses

91 On aurait pu se demander s'il était raisonnable pour le FNUAP d'approuver dans la situation de crise actuelle un Programme d'appui aux efforts du gouvernement dans le domaine de la population. Le Bureau local du FNUAL a estimé qu'il était pertinent de le faire. En effet, l'évolution du contexte national congolais est marquée par des perspectives d'un retour imminent à la paix comme semblent l'annoncer, d'une part la reprise de la coopération structurelle entre la RDC et ses principaux partenaires au développement et, d'autre part, les négociations en cours avec le FMI et la Banque mondiale pour la relance de l'économie congolaise qui constitue un autre signal fort de l'évolution positive de l'environnement politique en RDC. Sur le plan interne, les préparatifs au dialogue inter-congolais en vue de régler les désaccords entre le gouvernement et ses oppositions armées vont bon train. Dans ces conditions, le FNUAP ne peut que suivre le mouvement car il y a des chances que la tendance vers la paix se confirme. Dans ce cas la mise en œuvre de ce Programme 2002-2006 du FNUAP ne devrait pas être confrontée à des difficultés majeures.

92. Concernant le manque de motivation professionnelle chez les cadres nationaux associée à la longue crise économique dont les effets minent leur moral depuis des années, les efforts de mobilisation en cours commencent à porter des fruits, notamment dans le secteur de la santé depuis la décision du gouvernement accordant une autonomie de gestion financière aux structures de santé dont certaines arrivent maintenant à assurer le paiement régulier des salaires de leur personnel à partir des recettes générées par une facturation raisonnable des actes médicaux.

93. Si l'analyse des parties prenantes a révélé que les décideurs politiques et le législateur sont favorables à la mise en œuvre des neuf composantes de la SR définies par le Ministère de la Santé, il reste à convaincre le législateur du caractère obsolète de la loi 1920 et de la nécessité de la supprimer.

94. Enfin, il importe de relever que malgré la position dogmatique de l'Eglise catholique et sa réserve sur les méthodes modernes de contraception, il y a comme une légère lueur de changement positif d'attitude de la part de la hiérarchie catholique en RDC par rapport à la SR dans la mesure où l'ONG EVI d'obédience catholique est autorisée à traiter des questions y relatives même dans les séminaires où les futurs prêtres sont formés. En ce qui concerne les leaders de l'Eglise du Christ au Congo (ECC) qui rassemble 62 Eglises protestantes regroupant plus de 40 p.100 de la population congolaise, ils sont généralement réceptifs au

nouveau concept de SR et en acceptent toutes les composantes qui sont plus ou moins mises en œuvre dans les structures de santé gérées par la DOM, la Direction des œuvres médicales de leur Secrétariat général. Ainsi, à défaut d'un soutien actif, il n'y a pas lieu de redouter une opposition farouche de l'Eglise catholique congolaise à la mise en œuvre du sous-programme SR.

95 Généralement, les femmes accueillent favorablement les services de la SR comme solutions aux problèmes de santé de la famille et en particulier des mères et des enfants. Leur volonté de fréquenter les maternités pour différentes consultations est manifeste et seule l'inaccessibilité financière limite leur utilisation des services de SR.

96. Par contre, en ce qui concerne l'équité et l'égalité entre les sexes, du fait des traditions et coutumes ancestrales vivaces qui font de la femme congolaise dotée une sorte d'esclave de l'homme, dont le rôle est perçu essentiellement comme celui d'épouse soumise et de mère, l'homme congolais, habillé en homme politique, en académicien, en cadre supérieur ou en chef religieux, manifesterait par nature une certaine résistance à l'amélioration du statut juridique et socio-économique de la femme. D'ailleurs, il existe encore une forte proportion de femmes très attachées aux coutumes et traditions, qui estiment que les femmes sont très bien comme elles sont. Toutefois, l'engagement du gouvernement est net et des structures comme par exemple les Comités des parents d'élèves et de santé constituent des institutions influentes pouvant canaliser la promotion féminine en RDC.

4.5 Mise en œuvre, suivi et coordination du Programme

Opérationnalisation du programme

97. Comme pour toute assistance offerte par le FNUAP, le programme proposé a été élaboré et sera mis en œuvre, conformément aux principes et objectifs du PA/CIPD, approuvé par l'Assemblée Générale des N.U. dans sa résolution 49/128.

98. Juste après l'approbation du Programme par le CA du FNUAP en septembre 2001 et avant l'approbation des sous-programmes, des enquêtes légères de base seront menées dans la zone couverte pour disposer des données de départ qui vont permettre de finaliser le développement des sous-programmes et les projets.

Agences potentielles d'exécution et de mise en œuvre

99. Les structures de l'Etat de mise en œuvre potentielles des composantes projets de ce Programme moyennant un minimum de renforcement institutionnel comprennent notamment: **(i)** la Direction du PNSR; **(ii)** les Inspections Provinciales de Santé; **(iii)** le Service de santé des Forces Armées; **(iv)** les Services médicaux des entreprises supervisés par le Ministère du Travail et de la Prévoyance sociale; **(v)** le Commissariat à la Réinsertion; **(vi)** le Secrétariat Général à la Famille du Ministère des Affaires Sociales; **(vii)** l'INS et, **(ix)** la DPRH du Ministère du Plan et de la Reconstruction. Leurs capacités réelles et leurs besoins réels de renforcement seront évalués avant la finalisation et l'approbation des sous-programmes.

100. Parmi les structures nationales potentielles d'exécution du Programme, il y a évidemment les BDOM et le DOM, mais aussi des ONGs expérimentées telles que : **(i)** l'ABEF, filiale nationale de l'IPPF dont la mission est notamment de promouvoir les droits à l'information et aux services de PF, de lutter contre l'expansion des infections sexuellement transmissibles et du VIH/SIDA et de contribuer à l'élimination de toutes les formes de violences à l'égard des femmes; **(ii)** l'ENVI, d'obédience catholique, dont les formations adaptées à chaque cible, s'adressent aux jeunes scolarisés et non scolarisés, ainsi qu'aux adultes (parents et éducateurs notamment) à travers les structures paroissiales et autres associations laïques; **(iv)** le Centre BOMOTO d'obédience protestante est spécialisé dans l'éducation sexuelle des adolescents et des jeunes et, **(v)** MSF/Belgique qui s'intéresse particulièrement à la prévention, la détection et le traitement des IST//VIH/SIDA.

101. Compte tenu, d'une part des doutes exprimés au paragraphe 44 ci-dessus sur l'impact réel du travail de certaines institutions d'exécution sur l'état de la SR en RDC et, d'autre part, du fait que la mobilisation par le Ministre de la santé du personnel médical commence à porter des fruits, il semble raisonnable de partager l'exécution des composantes projets du Programme, notamment du sous-programme SR, entre certaines structures administrative en leur apportant un appui institutionnel, les ONGS spécialisées et, dans une certaine mesure, le FNUAP.

102. Le bureau local du FNUAP qui sera contraint d'exécuter certaines composantes du sous-programme Plaidoyer faute de trouver une institution expérimentée, ne dispose actuellement, outre le Représentant, que de deux NPOs et d'un NPA dont un n'est pas loin de la retraite, pour la gestion du Programme. En conséquence, pour pouvoir assurer la mise en œuvre, le suivi technique, administratif et financier du Programme, il est prévu de le renforcer par le recrutement de 7 NPPPs dont 3 pour le sous-programme SR, 1 pour le plaidoyer et 2 pour le PSD/Genre/Renforcement capacités d'action des femmes/Adolescents/jeunes. Au niveau provincial, 6 experts nationaux/coordonnateurs provinciaux seront recrutés le FNUAP pour assurer l'appui et la coordination technique des interventions, d'une part entre les différentes composantes du Programme et, d'autre part, entre les interventions du FNUAP et celles des autres Agences, notamment l'UNICEF, le PNUD et l'OMS.

Suivi et évaluation

103. Conformément aux directives du FNUAP, au cours de la vie du Programme, il y aura des revues annuelles, une revue à mi-parcours, une évaluation approfondie du Programme et une revue finale afin d'en évaluer l'impact.

104. Le bureau local du FNUAP appuie le projet d'institutionnalisation du GTI créé pour l'ONEP et l'élaboration du Programme, dans le cadre et en vertu des dispositions créant le Comité de Coordination des Ressources Extérieures dont la présidence est assurée par le Ministère chargé de la coopération internationale et le secrétariat par le Ministère du Plan et de la Reconstruction. Le GTI comprend les représentants des Ministères des Affaires Etrangères et Coopération internationale, de la Santé, du Plan et de la Reconstruction, des Affaires Sociales et de la Famille et du Travail et de la Prévoyance sociale, ainsi que le FNUAP et les ONGs impliquées dans l'élaboration et/ou dans l'exécution de ce Programme.

105. Le GTI assurera le suivi du Programme par un plan de monitoring comprenant les visites de terrain de ses membres, les rapports d'étapes basés sur les rapports d'activité des composants projets, des enquêtes et évaluations périodiques, des réunions de coordination mensuelles pendant les 6 premiers mois et trimestrielles par la suite jusqu'à la fin du programme.

Répartition des ressources du Programme

106. Dans le cadre de son deuxième cycle d'assistance à la RDC, le FNUAP se propose de soutenir le Programme 2002-2006 par un montant total US\$24,0 millions, dont US\$16,0 millions prélevés sur ses ressources régulières pour une période de quatre ans commençant le premier janvier 2002 pour aider le gouvernement à atteindre ses objectifs en matière de « Population et Développement ». L'allocation selon les sous-programmes de ces fonds provenant des ressources régulières du FNUAP sera de US\$ 11,6 millions pour la SR, US\$ 1,7 million pour le sous-programme PSD, US\$ 2,0 millions pour le Plaidoyer et US\$0,8 million pour les activités multi-sectorielles.

107. En ce qui concerne le financement multi-bi, la Fondation des Nations Unies fournira au Programme environ US\$1,2 million dans le cadre d'un Projet commun UNICEF/FNUAP d'un montant total d'environ US\$2,865 millions pour la promotion d'un dialogue entre parents et les adolescents/jeunes en vue d'associer ces derniers à la recherche des solutions communes à leurs problèmes de SR dans les Provinces du Kasai Occidental, du Bas-Congo et de Kinshasa.

108. D'autres ressources seront recherchées notamment auprès des sources bilatérales et intergouvernementales de financement représentées en RDC qui ont manifesté leur intérêt à ce Programme lors de la «réunion des stratégies» présidée par le Ministre de la Coopération le 16 décembre 2000 à Kinshasa. La volonté nettement affichée par le gouvernement de faire face aux graves problèmes de population identifiés dans le pays, notamment en matière de SR, ainsi que les compétences reconnues au FNUAP pour l'assister devraient amener certains de ces partenaires de la RDC à joindre l'acte à la parole pour appuyer ce Programme avec un financement d'au moins US\$6,8 millions. pour la période 2002-2006.

109. La contribution du gouvernement de la RDC qui reste à déterminer, sera fatalement très limitée par l'effort de guerre en cours depuis 1998. Dans ces conditions, le tableau suivant résume la répartition des différentes ressources de financement.

TABLEAU DE FINANCEMENT (EN USD)

SOUS PROGRAMME	RES.REGULIERES DU FNUAP	FONDS MULTI-BI	TOTAL
SR	13.6	11.4	25.0
PSD	1.7	0.6	2.3
Plaidoyer	2.2	-	2.2
Multi-sectoriel	0.5	-	0.5
TOTAL	18.0	12.0	30.0

FNUAP (R.D. CONGO) : MATRICE DU CADRE LOGIQUE DU PROGRAMME 2002 – 2006

HIÉRARCHIE DES OBJECTIFS	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VÉRIFIABLES (IOV)	MOYENS DE VÉRIFICATION (MDV)	RISQUES/HYPOTHÈSES
BUT	D'ici 2009 :		
Contribuer à l'amélioration des conditions de vie de la population par la réduction de la pauvreté, à travers l'amélioration de l'état de la santé de la reproduction, le renforcement des capacités d'action des femmes ,ainsi que la prise en compte des questions de population dans la planification du développement durable	<p>⇒ <i>taux de mortalité maternelle réduit de 1837 à 880 p.100 000 N.V (baisse d'environ 10 p.100 an) ;</i></p> <p>⇒ <i>taux de mortalité infantile réduite de 127 à 64 p.1000 ;</i></p> <p>⇒ <i>prévalence des infections sexuellement transmissibles courantes réduites de 5 p.100 à 3 p.100 ;</i></p> <p>⇒ <i>seroprévalence du VIH réduite de 5 p.100 par rapport à son niveau actuel ;</i></p> <p>⇒ <i>taux d'avortements provoqués chez les adolescentes réduit de 30 p.100 à 15 p.100 ;</i></p> <p>⇒ <i>proportion actuelle des femmes augmentée au moins du double dans les instances de décision</i></p> <p>⇒ <i>textes de lois non discriminatoires adoptés</i></p>	<p>Statistiques des postes de surveillance sentinelle</p> <p>EDS</p> <p>Statistiques de l'emploi</p> <p>Journal Officiel</p> <p>Programmes sectoriels de</p> <p>Statistiques scolaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les partenaires au développement financent les programmes de développement ▪ La mobilisation des ressources pour les opérations de grande envergure est effective

- ⇒ **questions de population prises en compte dans les programmes de développement à moyen et à long terme**
- ⇒ **écarts de scolarisation entre filles et garçons annulés au niveau de l'enseignement primaire.**

OBJET 1. *Contribuer à l'accroissement de l'utilisation des services de SR de qualité et des prestations IEC par les groupes-cibles dans les Provinces de Bas-congo, Bandundu, Kasai Occidental, Kasai Oriental, Katanga et Kinshasa*

D'ici 2006 :

⇒ **Utilisation des services SR accrue de 30 p.100 pour différentes composantes de la SR : CPN (80 %), Accouchements assistés (87 %), TPC (8 %)**

⇒ **Nombre de décès maternels hospitaliers réduit de 50 p.100 d'ici 2003, dans les centres appuyés par le programme**

⇒ **30 p.100 des jeunes et adolescents utilisent les services mis à leur disposition, dont 50 % de jeunes filles**

⇒ **Tendances positives dans les changements de comportements sexuels et reproductifs des différents groupes-cibles (hommes, femmes, jeunes)**

Statistiques sanitaires

Statistiques hospitalières

Statistiques des centres
Rapports annuels

Enquêtes CAP de début
et de fin de programme

- La mobilisation des différents partenaires est effective pour assurer la couverture nationale des interventions en matière de SR (plan directeur)
- La motivation du personnel médical et paramédical est acquise pour la mise en œuvre des programmes

OBJET 2. Contribuer à l'amélioration de la prise en compte des problèmes de population prioritaires identifiés en RDC dans les politiques, plans et programmes de développement selon l'approche genre

⇒ **Questions de population (y compris le genre) effectivement intégrées dans les programmes sectoriels révisés (santé, promotion de la femme, éducation, etc.) et/ou développés**

Documents de programmes et plans sectoriels (éducation, santé, emploi, etc.)
Rapport d'analyse de contenu des documents
Accords de financement
Budget de l'Etat

- La paix sociale permet le développement du sous-programme
- La sécurité dans les zones d'intervention est assurée

OBJET 3. Contribuer à accroître le soutien et l'adhésion des décideurs politiques, des leaders d'opinion religieux, traditionnels et communautaires ainsi que des cadres nationaux aux programmes de population (SR, PNLs, PNPf)

⇒ **Attitudes, comportements et décisions plus favorables sur les thèmes prioritaires (mortalité maternelle ; mortalité infantile ; VIH/Sida ; naissances désirables ; promotion de la femme, etc.) des liens étroits entre population, facteurs environnementaux et processus de développement**

Discours
Enquêtes CAP
Coupures de presse

- Un document de politique nationale de population définissant un cadre de référence pour les programmes sectoriels

1. OBJET 1.

Contribuer à l'accroissement de l'utilisation...

PRODUITS :

1.1 Accessibilité aux services de SR de qualité et aux prestations IEC accrue, notamment en ce qui concerne la prise en charge des grossesses à risque, la PF, les complications des avortements, la prévention des IST/Sida et l'IEC/counseling dans les six Provinces couvertes par le

D'ici 2006 :

⇒ **19 maternités de référence offrent de services obstétricaux d'urgence selon les normes et standards**

Rapports de suivi et d'évaluation

La paix sociale permet le développement du sous-programme.

La sécurité dans les zones d'intervention est assurée.

⇒ **75 maternités offrent des services de**

Rapports de suivi et d'évaluation

programme.

SR de qualité relatifs à la prise en charge des grossesses à risque, la PF, les complications des avortements et la prévention des IST et VIH/SIDA, IEC/counselling selon les normes et standards

Rapports de suivi et d'évaluation

Les centres de santé sont sélectionnés dans les zones de santé opérationnelles

Rapports de suivi et d'évaluation

Les services sont accessibles financièrement à la population par la mise en place d'un recouvrement des coûts abordable et contrôlé

⇒ **2 centres de santé des forces armées et de la police offrent les services de SR/PF et de prestations IEC en IST et VIH/SIDA selon les normes et standards**

⇒ **70 % de la population de la zone d'intervention a été en contact avec les informations sur les quatre thèmes prioritaires : mortalité maternelle, avortements, VIH/Sida, PF**

L'autonomie de gestion accordée aux services de santé améliore la motivation du personnel

1.2 Services spécifiques de SR et prestations appropriées d'IEC de qualité pour les adolescents et les jeunes, disponibles dans les zones couvertes par les 8 centres de jeunes appuyés par le programme.

⇒ **8 centres de jeunes offrent des services de SR appropriés et des services de conseils et d'écoute aux jeunes et adolescents selon les normes et standards au niveau des chefs-lieux des provinces concernées par le programme**

• Rapports de suivi et d'évaluation

Les intrants sont fournis à temps aux différentes structures

• Rapports de suivi et d'évaluation

⇒ **50 % des jeunes et adolescents sont touchés par les activités IEC dans les zones du programme, dont 50 % de jeunes filles**

1.3 Capacités de gestion des structures techniques chargées de la mise en œuvre

⇒ **Les structures publiques (PNSR)**

Rapport de suivi et d'évaluation

Un plan stratégique de

du sous-programme SR renforcées

privées et ONG mettent en œuvre les activités du S/P selon le plan de travail

Rapport de suivi et d'évaluation

sécurité de l'approvisionnement et de distribution des contraceptifs et des produits de SR est élaboré en commun avec les différentes parties prenantes

⇒ **L'approvisionnement et la distribution des contraceptifs et d'autres produits de SR essentiels s'effectuent sans rupture conformément aux orientations d'un plan stratégique de sécurité**

1.4 Données actualisées sur les principaux problèmes de SR disponibles au moins sur les 6 Provinces couvertes par le Programme

⇒ **Système d'information périodique opérationnel incluant les données sur : (i) la mortalité maternelle, (ii) les avortements provoqués, (iii) la prévalence contraceptive, (iv) les IST et l'infection au VIH/Sida, (v) les violences sexuelles**

Tableau de bord

Documents des enquêtes

<p>2. OBJET 2 : Contribuer à l'amélioration de la prise en compte</p> <p>PRODUITS :</p> <p>2.1 Meilleure connaissance sur les caractéristiques socio-démographiques de la population et des niveaux de mortalité maternelle et infantile dans les zones d'intervention du programme</p>	<p>⇒ Les indicateurs pertinents sur les caractéristiques de la population congolaise sont disponibles et les niveaux de mortalité (maternelle et infantile) connus</p> <p>⇒ Les petites enquêtes et des recherches opérationnelles sur une échelle réduite réalisées sur la mortalité maternelle, la mortalité néonatale, les avortements</p>	<p>Statistiques sanitaires Enquêtes CAP</p> <p>Rapports d'enquêtes</p>	
---	---	--	--

<p>2.2 Cadre institutionnel pour la coordination et l'opérationnalisation de la mise en œuvre des activités de population renforcé, fonctionnel et efficace.</p> <p>2.3 Capacités opérationnelles des ONG opérant dans le cadre de la promotion de la femme, renforcées</p> <p>3. OBJET 3. Contribuer à accroître le soutien et l'adhésion...</p>	<p><i>provoqués, la prévalence contraceptive, les IST/SIDA, les violences sexuelles.</i></p> <p>⇒ <i>La base de données fournit des informations adéquates pour le suivi/évaluation des programmes sectoriels</i></p> <p>⇒ <i>Les structures renforcées sont capables de développer, suivre et coordonner leurs programmes</i></p> <p>⇒ <i>Au moins 8 ONG développent des activités selon un plan de travail défini et conformes aux objectifs du programme</i></p>	<p>Bulletins statistiques</p> <p>Rapports d'activités</p> <p>Rapports d'activités</p>	
---	---	---	--

<p><i>PRODUITS :</i></p> <p>3.1 Prise de conscience des décideurs politiques, des leaders d'opinion religieux, traditionnels et communautaires ainsi que des cadres nationaux sur les thèmes prioritaires accrue</p> <p>3.2 Perception de la nécessité de la promotion de la femme et du renforcement de leurs capacités d'action accrue</p>	<p>⇒ <i>Les prises de position publiques de leaders politiques, religieux traditionnels et communautaires sont favorables au programme</i></p> <p>⇒ <i>La prise de conscience du risque de catastrophe démographique induit par les taux élevé de mortalité maternelle et l'expansion du VIH/Sida se traduit par des actes officiels</i></p> <p>⇒ <i>Au moins 50 p.100 des leaders communautaires véhiculent des messages favorables au programme dans les zones d'intervention du programme</i></p> <p>⇒ <i>Les déclarations des leaders politiques, religieux et communautaires sont favorables à la mise en œuvre du PNP F.</i></p> <p>⇒ <i>La prise de conscience du risque de catastrophe démographique induit par les niveaux records de la mortalité maternelle et infantile et l'expansion rapide du VIH/SIDA associés à la perception traditionnelle du rôle de la femme essentiellement comme celui d'épouse dotée soumise et de mère.</i></p> <p>⇒ <i>Au moins 50% des leaders communautaires véhiculent des</i></p>	<p>Lettres cléricales</p> <p>Discours officiels</p> <p>Articles de presse</p> <p>Rapports suivi/évaluation</p> <p>Discours</p> <p>Articles de presse</p> <p>Discours officiels</p> <p>Articles de presse</p> <p>Rapports suivi/évaluation</p>	<p>de</p> <p>de</p> <p>de</p>
--	---	---	-------------------------------

	<i>messages favorables au PNPf dans les zones d'intervention du programme.</i>		
--	--	--	--