

SOUS-PROGRAMME : SANTE DE LA REPRODUCTION (SR)

Pays : **REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO**

Date d'approbation par le Conseil d'Administration : **février 2002**

Identification du cycle de programme pays : **2002-2006 (2ème cycle)**

Identification du sous-programme : **Santé de la Reproduction**

Code domaine thématique (encercler seulement un code) : **1**
1 Santé de Reproduction 2 Population et Développement
3 Plaidoyer 4 Multi-thématique

Date d'approbation par le Comité d'Examen du sous-programme **22 /09 au 02 /10/ 2002**

Durée : **5 ans**

Date de démarrage : **Janvier 2002**

Contribution de L'UNFPA (dollars US) **25 000 000 \$ (dont 11 400 000 MB)**

Signé :

COULIBALY Sidiki, Représentant

Au nom du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA)

Date : **07/11/2003**

TABLES DES MATIERES

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	6
1.1. Contexte	6
1.2. Activités antérieures et connexes	8
1.3. Leçons tirées du passé	9
1.4. Couverture géographique	9
1.5. Les bénéficiaires	10
1.6. Les avantages comparatifs de l'UNFPA	10
II. LIENS ENTRE PRODUITS ET ACTIVITES	11
2.1. Les produits	
Produit 1	11
Produit 2	15
Produit 3	18
2.2. Les composantes projets	19
2.3. Approche genre	21
2.4. Collecte / analyse de données	22
2.5. Risques et hypothèses	22
2.6 Budget	23
III. MODALITES D'EXECUTION ET DE MISE EN ŒUVRE	23
3.1. Analyse des institutions de mise en œuvre	23
3.2. Les structures impliquées dans le sous programme	23
3.3. Coordination du sous programme	25
IV SUIVI ET EVALUATION DU SOUS PROGRAMME	26
V. ACTIVITES CONNEXES	27
VI. PREPARATION ET OBLIGATIONS PREALABLES DU GVT.	27
ANNEXES	28

LISTE DES ABREVIATIONS

ABEF.ND	Association du Bien –Etre Familial Naissances Désirables
AJ	Adolescents et jeunes
BDOM	Bureau Diocésain des Œuvre Médicale
CAP	Consolidated Appeal programme
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
COSA	Comité de Santé
CP	Country Programme
CPN	Consultation Prénatale
CS	Centre de Santé
DBC	Distribution à Base Communautaire
DDK	Département de Démographie de Kinshasa
DOM	Direction des Œuvre Médicales
DPND	Direction du Programme des Naissances Désirables
DPNSR	Direction du Programme National de Santé de la Reproduction
EAT	Equipe d'Appui Technique
ECC	Eglise du Christ au Congo
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ENSEF	Enquête Nationale sur la Situation de l'Enfant et de la Femme
EVI	Education à la Vie
GTI	Groupe de Travail Intersectoriel
GTZ	Coopération Technique allemande
IEC	Information Education Communication
IOV	Indicateur Objectivement Vérifiable
ISP	Inspection Sanitaire Provinciale
IST	Infection sexuellement transmissibles
MICS2	Enquête à indicateurs multiples
MMR	Maternité à moindre risque
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONEP	Opération Nationale d'évaluation de la population
ONG	Organisation Non gouvernementale
P&D	Population et Développement
PA/CIPD	Plan D'action de la Conférence Internationale sur la Population et le développement
PAM	Programme alimentaire Mondial
PAR	Programme d'Appui à la réhabilitation du secteur santé
PATS	Programme d'appui Transitoire à la Santé
PESE	Programme d'Education à la Santé et l'environnement
PF	Planification familiale
PMA	Paquet Minimum de service
PND	Programme National de Développement
PNSR	Programme National de santé de la Reproduction
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PSI	Project service International
RDC	République Démocratique du Congo
SCEV	Service Central d'Education à la Vie
SGONU	Soins Gynéco-obstétricaux et néonataux d'urgence
SIDA	Syndrome immuno déficience Acquis
SMI/PF	Santé Maternelle et Infantile y compris la planification familiale
SNIS	Système National d'information sanitaire

SNU	Système des Nations Unies
SR	Santé de la Reproduction
SRAJ	Santé de la Reproduction des Adolescents et des jeunes
SSP	Soins de Santé Primaires
TV	Télévision
UNFPA	Fonds des Nations Unies Pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNIKIN	Université de Kinshasa
UNTC	Union Nationale des Travailleurs congolais
USA	United States Of America /Etats Unies d'Amérique
USAID	Agence des Etats Unies pour le développement International
VIH	Virus d'immuno déficience humaine

indicateurs CIPD en République Démocratique du Congo

	Taux	Sources	Année
Population totale (millions)	30,7 52,1.	RGP INS	1984 1998
Taux de croissance	3,1	PMURR/ PNUD-RDC	2002
Espérance de vie à la naissance (années)	47 ans	Rapport dev. Humain	
Taux brut de natalité (‰)	7,1	Etats des lieux /Min santé	1998
Indice de fécondité (femmes 15-49 ans)			
Taux brut de mortalité (‰)			
Mortalité juvénile (enfants de moins de 5 ans) (‰)	213	MICS2	2002
Mortalité infantile (‰)	127	Etats des lieux /Min santé	1998
Mortalité néonatale (‰)			
Mortalité post-néonatale (‰)			
Taux de mortalité maternelle sur 100 000 NV	1837 1289	MIN santé MICS2	1998 2002
Taux de fréquentation des formations sanitaires (FS) (%)			
Population ayant accès aux FS – Urbain %			
Population ayant accès aux FS – Rural %			
Accouchements assistés (FS)	69.7 60.7	MIN santé MICS2	1998 2002
Soins prénatals %			
Besoins non satisfaits %			
Demande potentielle de PF %	95	MICS2/Min santé	2002 1998
Femmes			
Hommes			
Taux de malnutrition (%)	11.0	MICS2	2002
- poids pour âge(%)	31.1	MICS2	2002
- taille pour âge(%)	38.2	MICS2	2002
Taux brut de scolarisation (%)			
- garçons	38.0	Min santé/UNESCO	1999
- filles	33.2	Min santé/UNESCO	1999
Taux d'alphabétisation (%)			
Hommes	82.2	Min santé/PDDS	1999
Femmes	61.6	Min santé/PDDS	1999

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

1.1. Contexte

1. L'économie nationale continue de subir de plein fouet l'effet de la guerre qui paralyse toute activité à l'Est du pays. La chute cumulée de la production en volume en 1997 et en 1998 se chiffre à près de 10 p. 100 ramenant ainsi la baisse totale à près de 50 p.100 depuis le début des années 90.

L'analyse genre du contexte national en RDC montre que les femmes jouent un rôle prépondérant dans l'économie tant par leur contribution à la reproduction du capital humain du pays que par leurs activités économiques et plus particulièrement dans le domaine de la production vivrière et dans le secteur informel. Cependant, moins de 2 % de femmes occupent des positions élevées dans les sphères scientifiques et libérales, parmi les hauts cadres des entreprises et dans les hautes instances des administrations publiques. Les femmes sont seulement 7 % dans le négoce (avec toutefois une exception à Kinshasa où elles représentent 57,3 % dans ce secteur d'activité).

2.L'état de santé de la population congolaise s'est fortement détérioré entre 1994 et 1999 comme en témoigne la chute de l'espérance de vie à la naissance de 52 ans en 1993 à 48 en 1997. Cet état est dû à l'aggravation de la pauvreté de la société, engendrée notamment par l'état de guerre et au dysfonctionnement de l'administration publique et l'inaccessibilité au service de santé.

De même, l'état de la santé de la reproduction s'est gravement détérioré.

3. Le Groupe de Travail Intersectoriel (GTI) qui a élaboré le CP 2002-2005 avait identifié dans le cadre de l'ONEP, comme principaux problèmes de Santé de la Reproduction en RDC : une mortalité maternelle élevée, une très forte mortalité infantile et infanto-juvénile, 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 plupart des groupes nationaux du pays, (ii) la croyance à la nécessité d'une descendance nombreuse avec une 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 l'excision, (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, (vi) absence de dialogue entre les parents et leurs enfants en ce qui concerne la sexualité, (vii) une expansion rapide de l'infection à VIH et du SIDA associée, entre autres, à une disponibilité insignifiante des moyens de prévention. On estime en effet à plus de 445 millions par an le nombre de préservatifs qu'il faudrait pour la PF et/ou lutter contre l'expansion de l'infection au VIH, alors que le PSI, une ONG de marketing social, n'en met, sur le seul marché de Kinshasa la capitale, que 1,2 millions d'unités par an.

4. 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) développé et mis en œuvre le PNSR qui comprend neuf composantes notamment la MSR, la PF, la prévention et la prise en charge des complications des avortements, des IST et VIH/SIDA et la SR des AJ prises en compte

dans ce présent sous-programme ; (ii) 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 (PESE); (iii) lancé le Programme d'Education à la vie familiale dans l'enseignement secondaire pour sensibiliser les jeunes 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 (iv) 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 (v) 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) de l'Eglise catholique et la Direction des Œuvres Médicales (DOM) de l'Eglise du Christ au Congo (ECC).

5. De nombreuses ONGs telles que l'Association pour le Bien-être Familiale-Naissances Désirables (ABEF-ND), le Centre BOMOTO, le Service Central d'Education à la Vie (SCEV) ainsi que certains syndicats dont l'UNTC et la CDT sont très actifs dans le domaine de la santé de la reproduction en RDC.

6. Pour des raisons politiques, la coopération structurelle entre la RDC et ses principaux partenaires extérieurs est restée suspendue depuis 1992. 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 allemande (GTZ) 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, tandis 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, les Agences du Système des Nations Unies sont intervenues notamment dans le cadre de l'Appel consolidé, et pour, entre autres, assurer la relance du Programme de lutte contre le Sida, en outre l'UNICEF soutien un programme visant à re dynamiser certains Hôpitaux et établissements de soins de santé, et à assurer la fourniture de médicaments essentiels et de vaccins, l'assistance de l'UNFPA a porté sur la réhabilitation d'infrastructures socio-sanitaires de base et la fourniture de médicaments essentiels de SR et produits contraceptifs.

7. Menés dans un contexte de crise économique grave et de troubles socio-politiques aggravés par la guerre qui a sévit jusqu'en 2002, 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 augmentation 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, (iii) une chute de l'espérance de vie à la naissance de 52 ans en 1993 à 48 ans en 1998 et, (iv) une prévalence du VIH qui est estimé à 5% avec des pointes à Matadi (10%), Goma (20%) et Lubumbashi. La transmission mère-enfant du VIH/SIDA est à 30% et la sécurité transfusionnelle ne couvre que 5%.

8. Face à cette situation, le GTI avait recommandé à l'UNFPA de (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 offrant des services de Santé de la Reproduction, la fourniture des équipements et médicaments appropriés ainsi que des contraceptifs y compris les préservatifs spécialement pour la prévention de 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, (iii) former et recycler le personnel en soins obstétricaux, gynécologiques et néonataux d'urgence pour assurer une maternité à moindres risques, (iv) promouvoir le dialogue entre les parents et les enfants en matière de sexualité.

9. Les principales déficiences auxquelles le Sous Programme pourra s'attaquer sont notamment : (i) l'inaccessibilité à la contraception moderne dont la prévalence a baissé de 15 p.100 en 1987 à 4.6 p.100 en 1998 ; (ii) la mortalité maternelle trop élevée associée à la forte régression de la PF et à l'absence d'un système opérationnel de maternité à moindres risques : (a) aux maternités 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), trop nombreuses (la descendance totale moyenne est de l'ordre de plus de 7 enfants par femme), trop rapprochées (l'écart moyen entre deux naissances est inférieur à 2 ans), trop tardives (les Congolaises continuent à mettre au monde après 45 ans et aussi longtemps qu'elles le peuvent), (b) 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, (c) à la mauvaise prise en charge gynécologique et obstétrique des femmes à l'arrivée dans les maternités associée notamment à l'insuffisance de la formation de base des prestataires de santé, au manque de motivation professionnelle, à l'insuffisance ou à l'absence totale d'équipement de base, (iii) l'inaccessibilité de la population aux services de santé payants associée à la pauvreté; (iv) l'absence d'une mobilisation réelle contre l'expansion accélérée de l'infection au VIH associée à l'inaccessibilité quasi totale aux préservatifs pour la prévention, (v) les comportements sexuels à haut risque des adolescents et des jeunes et, (vi) la faiblesse du cadre institutionnel qui se traduit notamment par la non-coordination des interventions à tous les niveaux; (vii) l'absence d'une banque de données pertinentes sur les principaux problèmes de population, notamment de SR.

10. La réalisation des produits du sous-programme SR contribuera à améliorer les conditions de vie de la population congolaise à travers (i) la réduction de la mortalité maternelle et infantile ; (ii) le ralentissement de l'expansion du VIH/SIDA ; (iii) la réduction des avortements provoqués et clandestins ainsi que la sexualité et les grossesses précoces et non désirées.

1.2. Activités antérieures et connexes

Malgré la suspension de la coopération structurelle, les agences du SNU ont continué à intervenir dans les secteurs sociaux notamment dans celui de la santé soit directement soit à travers les ONGs laïques et confessionnelles. Il en est de même pour quelques partenaires tels que la Belgique, l'Allemagne, l'Union Européenne, le Canada.

11. Le premier et dernier Programme de l'UNFPA en RDC, d'un montant de 7.5 millions de dollars, avait été conçu pour appuyer notamment (i) le Programme de SMI/PF destiné à améliorer le bien-être familial par la réduction de la mortalité maternelle et infantile et l'espacement des naissances. 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 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. Toutefois, les activités développées dans le cadre du programme ont contribué à la création du Programme National des Naissances Désirables. L'EVF/EMP introduite dans le système éducatif continue de prendre lentement mais sûrement racine dans l'enseignement secondaire.

12. Au cours de la période 1991-2000, l'UNFPA, n'a mené en RDC que des activités ponctuelles d'un montant global de 821 000\$ US, consacrés essentiellement à l'achat des contraceptifs et autres produits essentiels en matière de SR. En attendant l'approbation de ce Sous-Programme, trois projets avaient été lancés au début de l'année 2000. Leur mise en œuvre a permis : (i) d'améliorer les services de SR dans 28 maternités sélectionnées dans les Provinces du Bas Congo, du Bandundu, des Kasai Occidental et Oriental, du Katanga, Equateur et dans la ville de Kinshasa par la réhabilitation des infrastructures, la fourniture d'un minimum d'équipement, la formation et le recyclage des personnels de santé; (ii) de renforcer les capacités des structures nationales par la re dynamisation des services de SR dans 4 CS/Maternités de la ville de Kinshasa et dans 24 CS des 6 provinces).

(iii) apporter dans le cadre de l'Appel Consolidé des Agences des Nations Unies une assistance d'urgence aux services de SR à Kisangani, théâtre de la guerre de juillet 2000 entre les troupes ruandaises et ougandaises et (iv) renforcer les capacités nationales institutionnelles en matière de SR. La mise en œuvre de ces projets a servi de test pratique en vue de l'exécution de ce Sous-Programme.

1.3. Les leçons tirées du passé :

13. La mise en œuvre des projets antérieurs a permis de relever (i) un manque d'expérience des structures gouvernementales et non gouvernementales en matière de gestion (ii) une défaillance du système bancaire (iii) Au plan administratif et politique, l'insuffisance de capacités de gestion et de moyens pour assurer la planification des projets, d'où l'accent qui a été mis sur l'exécution directe par l'UNFPA au lieu de l'exécution nationale (iii) l'insuffisance et la non disponibilité du personnel technique.

14. L'exécution des projets du dernier Programme par les agences du SNU dont plusieurs n'avaient pas de représentation en RDC ne s'était pas révélé performante. Depuis que les principaux partenaires bilatéraux et multilatéraux de la RDC ont suspendu leur coopération structurelle en 1992, la quasi-totalité de leurs projets d'appui au secteur de la santé, 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). Toutefois, malgré la qualité de la gestion de ces institutions et l'importance des intrants, il est évident, au vu des indicateurs de santé, que les interventions des structures confessionnelles ont des limites en rapport avec leur philosophie et approches qui limitent l'impact positif attendu sur l'évolution de certains indicateurs de la SR.

1.4 Couverture géographique

15. Compte tenu de l'étendue du territoire congolais, (2 345 000 km carrés) et des ressources limitées de l'UNFPA, les interventions du Programme dans le domaine de la SR cibleront le renforcement des services de SR dans 7 des 11 Provinces de la RDC à savoir le Bas Congo, le Bandundu, le Kasai Occidental, le Kasai Oriental, le Katanga, l'Equateur et Kinshasa. qui, ensemble, totalisent une population estimée à plus de 27 868 000 habitants, et les provinces de l'Est où des interventions d'urgence et humanitaires bien ciblées seront entreprises en concertation avec les agences humanitaires et les ONG intervenant sur le terrain.

16. En raison du contexte de conflit, il n'y a 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 7 Provinces a aussi été déterminée par les possibilités d'y mener des activités complémentaires notamment avec (i) L'UNICEF dans le cadre (a) du 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 les structure sanitaire dans lesquels l'UNFPA appuierait l'intégration de composantes de la SR telles que définies dans le PNSR, (ii) l'OMS apporte, dans les même zone, une assistance pour le développement des capacités du système de santé, La réhabilitation et la formation (iii) le PNUD, dans certaines de ces zones soutient la promotion des initiatives à la base auxquelles il est possible d'associer la SR, la formation et la recherche de petits crédits en faveur des groupements économiques féminins, (iv) Par ailleurs, dans les provinces qui ont été touchées par les conflits, un partenariat sera développé avec les ONG pour la mise en œuvre d'actions de re dynamisation, de réhabilitation des structures de SR, de prise en charge psychoaffective des victimes des violences sexuelles et de prise en charge des personnes déplacées internes, selon les possibilités offertes par les Appels Consolidés lancés annuellement par l'ensemble des Agences du SNU en faveur des Provinces de l'Est de la RDC.

1.5 Les bénéficiaires

17. Les bénéficiaires directs du sous-programme, sont la population des zones de santé concernées. Les interventions toucheront les différents groupes cibles : femmes, hommes, jeunes et adolescents en milieu urbain et péri urbain

18. Les bénéficiaires secondaires, acteurs de la mise en œuvre du sous-programme sont les prestataires des services de santé publics, privés confessionnels, des ONG, des services scolaires, des forces armées, des entreprises, les animateurs de jeunesse, les enseignants et les encadreurs, les comités de parents, les comités de santé, les leaders communautaires, les pairs éducateurs ainsi que les communicateurs

19. Les bénéficiaires tertiaires sont les décideurs politiques, les leaders d'opinion, les parlementaires, les chefs religieux au niveau national et décentralisé, auprès desquels seront menées des activités de plaidoyer pour un soutien aux différentes problématiques de la SR, notamment en matière de lutte contre la mortalité maternelle et de prévention du VIH/SIDA, des droits reproductifs de la femme et des jeunes.

1.6. Avantages comparatifs de l'UNFPA

20. L'UNFPA est le premier partenaire de la RDC pour la fourniture des produits de SR. Il est le principal fournisseur de médicament de base, de préservatifs et de kits d'urgence notamment les Pep Kit (post exposition au VIH/SIDA). Par ailleurs l'UNFPA, peut disponibiliser plus rapidement les kits d'urgence dans le contexte actuel de crise que connaît la RDC. En outre, l'UNFPA dispose d'un certain nombre d'avantages comparatifs, en particulier : le 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 ;

II. LIENS ENTRE OBJET, PRODUITS ET ACTIVITES

21. Les principaux problèmes de SR sont (i) le taux de mortalité maternelle élevé, (ii) la chute de la prévalence contraceptive, (iii) la prévalence du VIH élevé.

Le but du Programme 2002-2006 est de «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 Santé de la Reproduction, la réduction des disparités entre homme et femmes et le renforcement des moyens d'action des femmes et du statut de la femme, ainsi que par la prise en compte des questions de population dans la planification du développement durable ».

22. L'objet du Sous-Programme SR est de contribuer à l'accroissement de l'utilisation par les groupes cibles du programme, des services de SR de qualité (y compris la prévention du VIH/SIDA) à travers l'amélioration de l'offre de services de qualité et le développement des actions d'IEC/CCC.

A cette fin, le Sous-Programme renforcera: (i) l'intégration des services SR dans le paquet minimum d'activités (PMA) des SSP des formations sanitaires couvertes en donnant la priorité à la réduction des décès maternels en milieu hospitalier, la promotion des activités de la maternité à moindre risques, de prise en charge des soins obstétricaux et gynécologiques d'urgence, aux informations sur la PF et à la promotion des services de PF, à la prévention et à la prise en charge des complications des avortements, à la prévention et au traitement des IST, à la sensibilisation sur le VIH/SIDA et à la fourniture des préservatifs pour la prévention de l'infection à VIH, ainsi qu'à l'IEC/counseling selon les normes définies aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, (ii) le renforcement de la participation communautaire aux activités à travers les Comités de santé et la distribution à base communautaire, (iii) les ONG et/ou les institutions confessionnelles intervenant dans le domaine de la SR, les structures de santé des Forces Armées et Police pour le développement des activités de prestation des services de SR de qualité et de prévention de l'infection à VIH et, (iv) l'approche genre afin d'assurer la prise en compte des besoins différenciés et une participation active des hommes et des femmes dans la mise en œuvre du sous-programme SR. Le sous programme soutiendra également les actions de plaidoyer ciblant les décideurs, autorités administratives et leaders d'opinion.

L'accroissement effectif de l'utilisation des services de SR de qualité et des prestations appropriées d'IEC/CCC découlera de la réalisation de trois produits repris ci-dessous :

Produit 1 : Accessibilité accrue, d'ici 2006, aux services de SR de qualité (prise en charge des grossesses à risque, complications des avortements, PF, prévention des IST/ VIH/Sida) et aux prestations IEC/counseling/CCC dans les Provinces de Bas-congo, Bandundu, Kasai Occidental, Kasai Oriental, Katanga, Equateur et Kinshasa.

23. Des efforts ont été fournis par le Gouvernement, l'UNFPA ainsi que par les ONG notamment l'ABEF-ND, SCEV et BOMOTO pour rendre accessibles les services de la SR dans les provinces du Bas-Congo, du Katanga, du Bandundu, des deux Kasai, de la province orientale et la ville de Kinshasa mais l'offre de ces services est loin de satisfaire la demande.

Les interventions des autres partenaires bilatéraux et multilatéraux ne concernent que les autres composantes de SSP. Les rares maternités appuyées intègrent faiblement quelques composantes de SR à savoir, la MSR (CPN, allaitement maternel), la PF et la prévention du VIH/SIDA et autres IST. Elles n'ont pas de stratégies clairement définies de lutte contre la mortalité maternelle et périnatale. Le système de référence ne fonctionne plus et ces maternités manquent d'équipement adéquat et font face aux fréquentes ruptures de stocks. Les données sur la SR ne sont pas disponibles et le personnel de santé accorde encore très

peu d'intérêt à la SR.

Ceci montre que les composantes majeures de SR ne sont pas prises en compte dans les interventions actuelles sur le terrain. En vue d'accroître l'accès aux services de Santé de la Reproduction, le Sous-Programme recherchera l'amélioration à la fois de l'offre et de la demande de ces services.

Amélioration de l'offre et de la qualité

24. Les actions tendant à améliorer l'offre de services comporteront notamment: (i) la mise en place d'un système de référence et de contre référence pour la prise en charge des urgences obstétricales, (ii) l'organisation ou la revitalisation des services de SR dans les maternités et les centres de santé sélectionnés, (iii) l'organisation des services de soins gynécologiques, obstétricaux et néonataux d'urgence (SGONU) dans les maternités de référence, (iv) l'intégration des services de SR et des prestations IEC relatives au VIH/SIDA et autres IST, dans les services de santé des entreprises et dans les camps de regroupement des populations déplacées autour de Kinshasa, (v) l'appui aux réseaux de distribution à base communautaire dans la ville de Kinshasa. L'amélioration de la qualité des services de SR découlera de: (vi) la réhabilitation pouvant aller de la simple réfection à une réhabilitation profonde des infrastructures identifiées et sélectionnées conformément à des critères préalablement définis, (vii) la fourniture d'équipements et de moyens logistiques appropriés, (viii) la formation en cascade sous la supervision de la DNP/SR, pour les MIP et les médecins, une formation des prestataires sur base des modules pratiques spécialement développés à cette fin et/ou le recyclage des prestataires de services, (ix) la fourniture, la bonne gestion et le contrôle minutieux des contraceptifs et d'autres produits essentiels de la SR ainsi que la supervision et le monitoring périodique de toutes ces interventions en impliquant les Comités de Santé (COSA).

Accroissement de la demande

25. L'amélioration de l'offre de service va induire un accroissement de la demande de services SR. Cet accroissement découlera également de la mise à disposition des informations nécessaires en vue d'un changement positif de comportement en matière de sexualité et de reproduction. Ce changement sera induit par un appui du Sous-Programme à (i) l'amélioration de la communication interpersonnelle faite par les prestataires de services, des pairs éducateurs, des éducateurs dans les milieux scolaires et universitaires, professionnels, des Forces Armées et Police et de travail et, (ii) les campagnes de sensibilisation incluant les moyens médiatiques modernes (T.V, Radio, presse écrite, support visuel) et traditionnels populaires (théâtre, danse, ballet, chansons...) sur les niveaux exceptionnellement élevés en RDC de mortalité maternelle, le VIH/SIDA et autres IST, les conséquences des avortements provoqués, les violences faites aux femmes, notamment les violences sexuelles, les mariages précoces etc. Par ailleurs, un accent particulier sera mis sur la promotion du dialogue au sein du couple et entre les parents et les adolescents.

26. La garantie de la disponibilité des services de SR découlera de: (i) l'organisation effective 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 au VIH/SIDA et autres IST dans les centres de santé (a) des Forces Armées et Police, (b) des grandes entreprises et, (c) dans les lieux de regroupement des personnes déplacées (camps des déplacés ou autres) et, (iii) l'appui aux réseaux de distribution à base communautaire (DBC) organisée notamment par les ONG.

27 Un total de 150 structures de santés sera couverte par le sous programme dont 28 centres de référence Ces structures seront dotées en produits SR et le personnel formé en vue

d'intégrer les activités de SR manquantes dans le paquet d'activités offert par chaque structure.. Pour offrir un cadre physique compatible avec l'offre de services de qualité certaines structures (75) seront réhabilitées

Les structures de santé sites du projet ont été sélectionnées uniquement dans les Centres Urbains et leurs périphéries non seulement en raison des énormes difficultés d'accès en milieu rural nécessitant des moyens logistiques considérables mais surtout parce que le Projet Santé en Milieu Rurale financé par l'USAID intervient exclusivement en milieu rural. Ces structures ont été choisies dans chaque Province en tenant compte, notamment de leur localisation, de leur fréquentation par les populations avoisinantes et du niveau plus ou moins élevé des décès maternels qui y ont été enregistrés par rapport aux niveaux observés dans les différentes structure de santé de chaque Province couverte par le Sous-Programme. Au début de la mise en œuvre du Sous-Programme, on procédera à une analyse de situationnelle de la SR dans les formations sanitaires sites en vue de préciser le niveau de développement et d'intégration des services de SR et leur qualité et de définir les besoins complémentaires en rapport avec l'amélioration de la qualité des soins et des prestations offertes par: (i) la réhabilitation des infrastructures identifiées suite à l'état des lieux, (ii) l'équipement selon les normes et les standards pour les différents niveaux de services, (iii) l'approvisionnement en contraceptifs et en produits de SR, notamment pour le traitement des IST, (iv) la formation et/ou le recyclage des prestataires de services, sur la base d'un module de formation révisé intégrant les différentes composantes de SR identifiées ci-dessus. Les relations interpersonnelles entre les prestataires et les clients seront améliorées par la fourniture de supports IEC/CCC pour améliorer le counseling, la sensibilisation et par la formation de prestataires hommes et femmes pour répondre aux besoins des clients potentiels.. Dans les centres de référence, les Services Gynécologiques, obstétricaux et néonataux d'urgence (SGONU), seront organisés selon les normes et standards définis pour ce niveau.

28. Au niveau communautaire, le Sous-Programme appuiera les initiatives de distribution à base communautaire de préservatifs et les contraceptifs non prescriptibles dans les 7 provinces, par le biais des ONG et associations, permettant le rapprochement des points de prestations des communautés. Avec les Comités de santé il sera expérimenté un système de solidarité communautaire pour la prise en charge de la référence des grossesses à risque et des urgences obstétricales

29. Il est attendu, à la fin du Programme :

(i) l'offre effective de services de SR de qualité dans les structures sanitaires sites. 150 structure sanitaires offriront le PMA complet conformément aux normes dont 28 centre de référence qui offriront des services gynécologiques, obstétricaux et néonataux d'urgence de qualité. La sélection effective de ces Maternités dont la liste est donnée en annexe a notamment tenu compte de leur localisation, de leur fréquentation et des niveau élevé des décès maternels enregistrés par rapport aux niveaux observés dans l'ensemble de la zone couverte par le Sous-Programme ;

(ii) des prestations effectives d'IEC/CCC / SR de qualité y compris le VIH/SIDA et autres IST dans les structures de santé ciblée et dans la communauté;

(iii) le fonctionnement effectif de 1050 points de distribution à base communautaire de préservatifs et autres produits de SR non prescriptibles,

(iv) la disponibilité des informations relatives aux thèmes prioritaires de la SR que sont, la mortalité maternelle, les avortements clandestins, le VIH/SIDA, les violences sexuelles faites aux femmes et aux enfants et la PF pour la populations de la zone d'intervention et

(V) l'existence de données fiables et à jour sur les questions prioritaires de SR et permettant le suivi des indicateurs

30 . La réalisation du produit 1 nécessite le renforcement des capacités institutionnelles du Ministère de la Santé en général et des structures de mise en œuvre en particulier y compris les ONG et associations.

Le Ministère de la Santé a lancé le processus de mise en œuvre du PNSR par la transformation du DPND en DPNSR conformément à la CIPD dont les coordinations provinciales sont encore à mettre en place /ou à renforcer au sein des inspections provinciales de santé. Si les efforts de renforcement des capacités de la DPNSR ont permis de définir les normes et standards ainsi que le PMA/SR à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, ceux restent à vulgariser et à mettre en œuvre. Par ailleurs ces efforts n'ont pas , encore permis de doter la Direction du PNSR en cadres compétents et en nombre suffisant en : (i) gestion opérationnelle et suivi technique de la mise en œuvre du sous-programme ; (ii) élaboration et mise en œuvre d'un plan de sécurisation des produits SR et (iii) gestion des programmes de SR et de CCC. En outre, la Direction du Programme National de SR et ses coordinations provinciales nécessite un soutien technique et logistiques appropriés pour conduire et coordonner la mise en oeuvre du PNSR aussi bien au niveau central que provincial.

31. C'est ainsi que le Sous Programme se propose, d'appuyer le développement des capacités nationales au niveau central et provincial à travers (i) la formation d'une équipe 30 nationaux en gestion des produits SR, 30 en gestion des Programmes de SR, 30 en gestion de Programmes d'IEC/CCC et 30 en recherche opérationnelle à raison de quatre (4) pour chacune des sept (7) Provinces couvertes par le Programme ; (ii) l'élaboration et la mise en œuvre, en étroite collaboration avec tous les partenaires concernés, d'un Plan de Sécurité des produits; (iii) la vulgarisation et la mise en œuvre des normes et standards des services de SR ainsi que l'intégration de PMA/SR ; (iv) l'élaboration de modules de formation dans les aspect clés de SR pour les différentes catégories du personnel de SR. Sur le terrain, le Sous-Programme se propose d'apporter (v) un d'appui institutionnel aux sept (7) Division provinciales de la Santé (Inspections Médicales Provinciales), structure locale de mise en œuvre des politiques et programmes de santé, à certaines ONGs déjà assez performantes et impliquées dans la mise en œuvre et/ou l'exécution du Sous-Programme telles que l'ABEF-ND, le Service Central d'Education à la Vie (SCEV) et le Centre BOMOTO etc. . Le renforcement des capacités de l'ABEF-ND, SCEV, Centre BOMOTO prendra en compte l'intensification et l'extension des activités de DBC dans les aires de santé des CS et maternités retenus par la distribution des préservatifs, des contraceptifs non prescriptible et le réapprovisionnement des femmes sous contraceptifs oraux

32.. La réalisation du produit (1) passe également par la formation, lors de sessions de formation de courte durée organisée par les institutions spécialisées ou les personnes ressources, d'environ vingt (21) cadres en collecte et analyse des données, en vue de renforcer le système d'information sanitaire notamment dans les structures de santé. Il est attendu que le renforcement des structures impliquées leur permettent de : (i) mettre effectivement en œuvre les activités du sous-programme SR y compris l'approvisionnement régulier et la distribution des contraceptifs et des médicaments essentiels de SR aux

maternités sélectionnées sous la supervision du MIP et (ii) d'assurer la disponibilité des données pertinentes de SR dans la zone couverte par le Programme.

33. S'agissant de la collecte des données, des efforts ont été fournis pour rassembler des données pertinentes sur la SR, on peut relever : la réalisation en 1995 de l'enquête nationale sur la situation des enfants et des femmes (ENSEF), qui a produit quelques indicateurs sur la mortalité maternelle, infantile et infanto-juvénile et l'enquête sur l'état de lieux sur la santé réalisée en 1998 par le Ministère de la Santé, avec l'appui du PNUD et l'OMS, qui a fourni les estimations actuellement utilisées sur la mortalité maternelle et infantile, les avortements et les causes associées. L'enquête multi-indicateurs par grappes (MICS2) de 2001, comme celle de 1995, réalisée avec l'appui de l'UNICEF et l'enquête sur les déterminants de la mortalité maternelle menée par le Département de Démographie de l'Université de Kinshasa (DDK) à Kikwit, Kimpese et Kinshasa, réalisée avec l'appui de l'UNFPA, n'ont fourni que des données limitées sur la mortalité maternelle, le sous-programme se propose d'actualiser les données dans les sept provinces couvertes par le programme par : (i) la collecte et l'exploitation des statistiques sanitaires disponibles auprès des formations sanitaires, (ii) la réalisation d'enquêtes qualitatives et/ou de recherches opérationnelles sur une échelle réduite destinées à fournir des indicateurs pertinents sur la mortalité maternelle, le VIH/SIDA et autres IST ainsi que les violences sexuelles, (iii) l'expérimentation d'une méthodologie de surveillance sentinelle sur les avortements provoqués dans la Province de Kinshasa qui sera étendu en cours de programme à d'autres provinces et la surveillance et la documentation des décès maternel dans les formations sanitaires sites en vue de mettre en place un système d'information régulière, (iv) l'organisation d'une analyse situationnelle des formations sanitaires sites en vue d'identifier les besoins complémentaires de renforcement, (v) réalisation d'enquêtes CAP au début et en fin de programme pour évaluer l'impact des activités d'IEC.

Le système national d'information sanitaire (SNIS) venant de démarrer n'est pas encore efficace, mais à la fin du programme, il est également attendu la mise en place effective d'un système d'information sanitaire opérationnel incluant les données sur: (v) la mortalité maternelle, (vi) les avortements provoqués, (vii) la prévalence contraceptive, (viii) l'infection à VIH/Sida et autres IST, les fistules vésico-vaginales ainsi que (ix) les violences sexuelles. Ces efforts de collecte seront intégrés dans le projet d'amélioration de l'accès aux services de SR. Ces enquêtes seront réalisées par les institutions nationales spécialisées en la matière avec le concours de l'Equipe d'Appui Technique de l'UNFPA.

34. Le sous programme se propose également d'appuyer le développement d'activités de plaidoyer en direction des décideurs politiques et administratifs, des parlementaires et leaders religieux et coutumiers afin d'accroître leur adhésion aux actions visant la réduction de la mortalité maternelle, la prévention des avortements, du VIH/SIDA/IST, l'élimination des violences basées sur le sexe et notamment la violence sexuelle.

Produit 2 : Disponibilité accrue en 2006, des services spécifiques de SR et de prestations de conseils et d'écoute de qualité orientées sur les IST y compris le VIH/SIDA pour les adolescents et les jeunes, dans huit (8) Centres de Jeunes dont deux à Kinshasa, l'intégration des mêmes activités dans sept (7) Centres de Promotion Sociale fréquentés par des filles et des garçons en études ou en apprentissage à raison d'un centre par province et la mise en place d'un centre d'écoute à l'université de Kinshasa..

35. Dans le cadre de la mise en œuvre du PNSR, le Ministère de la Santé a développé au Centre LIBOTA LILAMU, les services de SR des Adolescents et des Jeunes (consultation prénuptiale, conseils, dépistage et traitement des IST, counseling).

Par ailleurs, un certain nombre d'ONG et associations offrent des services de SR/AJ en vue de répondre aux besoins des adolescent(e)s et jeunes. C'est ainsi que :

(i) l'ABEF-ND mène des activités d'IEC dans les milieux des jeunes et avec l'implication des médias. Elle fait la promotion de club des jeunes, le plaidoyer auprès des parents. Elle assure aussi des prestations de services cliniques notamment le dépistage et traitement des IST.

(ii) le Centre BOMOTO est spécialisé dans la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes. Après 4 ans d'existence ce centre exécute une prise en charge médicale des IST, organise un service de counseling et des activités de communication pour le changement des comportement, coordonne la coalition des ONGs engagées dans la santé de la reproduction des adolescents et jeunes (approche jeunes pour jeunes).

(iii) le SCEV assure l'enseignement sur la SR des jeunes dans 275 écoles primaires et secondaires de Kinshasa. Ce programme couvre 30 centres dans les provinces du pays. Son action s'oriente également vers la jeunesse non scolarisée à travers les associations de jeunes. Chaque année, plus de 400.000 personnes sont enseignées.

(iv) l'Université de Kinshasa a expérimenté l'enseignement de la SR au niveau du département de démographie. Elle offre des services de santé aux étudiants à travers les Cliniques Universitaires (CUK), la Polyclinique, le Centre Neuropsychopathologique (CNPP) et autres centres de santé.

36. Les jeunes et adolescent(e)s constituent la fraction de la population la plus élevée (68%), la plus vulnérable et la plus exposée au VIH/SIDA et autres IST, aux grossesses précoces et non désirées ainsi qu'aux avortements provoqués. Malgré les efforts ci-dessus cités, ceux-ci ne couvrent pas les besoins d'information, de services cliniques (soins cliniques et examen de laboratoire) des adolescent(e)s et des jeunes. C'est ainsi que les données disponibles indiquent que 60% des jeunes et adolescent(e)s vivent dans les grandes villes comme Matadi, Lubumbashi ou Kisangani où il n'existe aucune structure spécialisée offrant aux jeunes et aux adolescents des services spécifiques de santé de la reproduction et/ou fournissant des prestations appropriées d'IEC/SR/VIH/SIDA. A Kinshasa, les initiatives ci-dessus citées sont loin de couvrir les besoins mettant ainsi les jeunes et les adolescent(e)s dans une situation de vulnérabilité, exposés à divers risques y compris l'infection au VIH et autres IST, les avortements provoqués etc.

37. De ce fait, les actions du Sous-Programme consisteront, en tenant compte des besoins spécifiques liés au genre, à renforcer la disponibilité effective des services SR de qualité et de prestations de conseils et d'écoute de qualité orientées sur les IST y compris le VIH/SIDA pour les adolescent(e)s et les jeunes dans les grandes villes. C'est ainsi que le sous-programme se propose de soutenir les axes suivants : (i) la création de huit (8) Centres de Jeunesse dotés d'un minimum requis de personnel bien formé, d'équipements adéquats y compris des facilités audiovisuelles et de la documentation pour les conseils orientés vers la SR y compris le VIH/SIDA et les IST ainsi que les produits SR, des préservatifs pour la prévention de l'infection à VIH et du nécessaire pour le test volontaire de dépistage du VIH et des grossesses. En plus des services de qualité, les mécanismes à mettre en place pour rendre attractifs les Centres de Jeunes et adolescents comprendront une section audiovisuelle et de cinéma, des activités sportives, des jeux et des activités culturelles (théâtre et poèmes

etc.) , des formations en informatique et en Internet, une salle de conférences pouvant être utilisée par des associations de jeunes et les associations féminines telles que l'Association des mères adolescentes. Des groupe de sensibilisation des groupes de sensibilisation sur des problèmes spécifiques tels que les dangers du VIH/SIDA et autres IST, des avortements clandestins ainsi qu'aux méfaits de la toxicomanie ; (ii) le sous programme soutiendra l'intégration de services conseils et écoute en SR dans 7 centres de santé et de promotion sociale préalablement réhabilités et dotés de supports pour la CCC à raison d'un dans chaque province ; (iii) l'enseignement de modules de SR sera intégré dans les programmes de formation des 3 facultés de l'UNIKIN et un centre de conseils, d'écoute et de prestation de services cliniques, qui sera mise en place pour la prise en compte des besoins des étudiants ; toutes ces activités seront développées et suivies avec l'implication effective des jeunes à travers les pairs éducateurs et les associations de jeunes.

:

38. Concernant la sensibilisation et la mobilisation sociale, les efforts fournis par l'ABEF ND, le SCEV et Bomoto, jusque là engagées dans la sensibilisation des jeunes sur les problèmes de SR/AJ n'ont touché que 20% des adolescents dans la ville de Kinshasa. De ce fait, le SP compte sensibiliser davantage des jeunes sur leurs problèmes de SR, du VIH/SIDA et autres IST en (i) soutenant l'intensification et l'extension de leurs activités ainsi que celles d'autres ONG engagées dans les activités similaires ; (ii) développant des activités de sensibilisation similaires dans les centres des jeunes et (iii) offrant des services de SR/AJ y compris des services de prévention de l'infection au VIH/SIDA et autres IST et son appui à ces trois structures sera renforcé :

(i) l'ABEF-ND pour (a) promouvoir les droits des adolescents et des jeunes à l'accès à l'information et aux services de PF de qualité, (b) freiner l'expansion du VIH/SIDA et autres IST, (c) lutter contre toutes les violences faites aux femmes y compris les violences domestiques et dans la rue ainsi que les pratiques sexuelles néfastes;

(ii) le SCEV qui est fortement engagée dans l'intensification et l'extension de son programme en cours d'Education à la Vie dans les secteurs formel et non formel ; des efforts seront faits pour renforcer son programme actuel dans l'enseignement primaire, secondaire et professionnel par la formation de nouveaux éducateurs, le développement des modules et la production des matériels didactiques ; la sensibilisation des parents par le biais des Comités des Parents d'Elèves compléterait le processus éducationnel et permettrait un réel et meilleur dialogue entre les adolescents et les jeunes d'une part et leurs parents d'autre part;

(iii) le Centre BOMOTO spécialisé dans l'éducation sexuelle des adolescents et des jeunes par la formation des formateurs et la fourniture de matériels didactiques. Le Sous-Programme appuiera d'autres activités à la hauteur des fonds supplémentaires qui pourraient être mobilisés ;

39. De manière plus spécifique, le Sous-programme soutiendra d'une part, l'intensification et l'extension de l'approche actuelle consistant à répondre aux besoins des associations par l'envoi des éducateurs pour assurer la sensibilisation des jeunes ; d'autre part, la deuxième approche consistera à accroître la demande par l'accueil et la formation des éducateurs qui iraient sensibiliser les autres jeunes dans leurs milieux respectifs. Les efforts porteront d'une part sur (i) la formation du personnel en gestion et suivi du programme ; (ii) la fourniture des matériels didactiques et logistiques et d'autre part sur la formation des éducateurs et des pairs éducateurs responsables des associations des jeunes.

Toutes ces interventions seront sous tendu par un plaidoyer en direction des autorités politique et administratives en vu de leur adhésion aux activités de promotion de la SR des adolescent(e)s et des jeunes.

40. A la fin de la mise en œuvre du Sous-Programme, 70 p.100 des adolescents et jeunes de la zone couverte, (dont 50 p.100 sont des filles) auront utilisé des services spécifiques de Santé de la Reproduction.

En outre, l'environnement socio-politique et culturel sera favorable et permettra le développement de services SR pour les adolescents et les jeunes des deux sexes.

8 centres de jeunes offriront des services SR appropriés et des services de conseils et d'écoute aux jeunes et adolescents selon les normes et standards au niveau des chefs-lieux de 7 Provinces concernées par le programme

7 Centres de promotion sociale intégreront des services conseils et écoute en SRAJ (PF, prévention du VIH/SIDA et des avortements etc.) au niveau des chefs-lieux de 7 Provinces concernées par le programme et enfin des services de Santé de la reproduction des adolescent(e)s et des jeunes sont développés à l'université de Kinshasa notamment l'intégration de l'enseignement de modules de SR dans les programmes de formation de 3 facultés de l'UNIKIN et la création d'un centre de conseils, écoute et prestations de services SRAJ.

Produit 3 :EN 2006, des services de SR de qualité répondant aux besoins spécifiques des victimes de violences sexuelles, des populations déplacées internes et victimes des conflits et des catastrophes naturelles, des personnes en uniforme, disponibles dans les provinces de l'est (province Orientale, Nord Kivu, Sud Kivu), le Maniema le nord Equateur, le nord Katanga et dans d'autres zones en fonction des besoins.

41. Le Ministère de la Santé a estimé la prévalence de l'infection à VIH à 22 p.100 dans les Provinces occupées où l'expansion rapide du VIH/SIDA avait commencé en 1994 avec l'afflux des réfugiés. Actuellement cette expansion est accélérée par les comportements sexuels à risques des populations et par la présence et les déplacement de troupes. La promotion de l'information tendant à créer la prise de conscience parmi la population en général, les adolescent(e)s, jeunes et les personnes en uniforme en particulier, sur la menace du VIH/SIDA constitue aujourd'hui une des plus grandes préoccupations.

Dans les provinces touchées par les conflits, les problèmes aux quels font face les adolescents et les jeunes des deux sexes sont la violence, la pauvreté aggravée par la destruction des infrastructures socio-économiques y compris des écoles,, le chômage, la rareté de l'argent et de la nourriture, le manque de soins de santé.

En plus de problèmes commun à toute la population, les femmes et les filles sont victimes de violences sexuelles dont l'ampleur et l'atrocité des actes de brutalité dont elles s'accompagnent ont atteint des niveaux intolérables dans les provinces qui ont été touchées par les conflits. Ces violences entraînent des lésions physiques (déchirures, fistules, hémorragies etc.) des traumatismes psychiques et contribuent à l'accroissement de la transmission de l'infection à VIH. Cette Situation est également caractérisée par l'insuffisance et la faiblesse des structure de prise en charge Par ailleurs, on compte actuellement environ 2,5 millions de personnes déplacées répartis dans plusieurs provinces. L'état de santé des personnes déplacées, y compris la prévalence de l'infection à VIH n'est pas connu, mais on estime la prévalence de l'infection à VIH/SIDA élevée. En outre des catastrophes naturelles viennent de temps à autre réduire à néant les réalisations déjà obtenus.

42. La réalisation du produit 3 permettra (i) de renforcer et d'améliorer les capacités de réponse et le développement de services SR en situation d'urgence pour les populations déplacés internes, les victimes des conflits et des catastrophes naturelles à travers (a) la mise en place d'un dispositif minimum d'urgence impliquant le ministère de la santé, les Agences du SNU et les ONG et associations mettant l'accent sur le pré positionnement des kits d'urgence. (b) la restauration des structure sanitaire et l'organisation des Soins Obstétricaux

de base et d'urgence , la fourniture des équipements essentiels de SR, des contraceptifs y compris les préservatifs pour la prévention de l'infection à VIH/SIDA et autres IST, ainsi que d'autres produits SR, la formation du personnel en SR, l'offre de services cliniques et IEC/CCC SR (ii) renforcement des capacités des structures sanitaires pour la prise en charge médicale et psychosociale des victimes de violences sexuelles, la collecte des informations pour le suivi et l'évaluation et le développement d'activités génératrice de revenu pour les victimes à travers la formation approprié du personnel et la fourniture d'équipement et produit SR appropriés tels les Kits de post exposition au VIH (PEP Kits) et (iii) la relance des activité de prévention du VIH /SIDA chez les personnes en uniforme (enquête CAP, fonctionnement des comités mis en place, formation des pairs éducateurs, fourniture de contraceptifs etc)

La fourniture de services appropriés de SR aux personnes déplacées, nécessitera que des dispositions soient prises pour (i) identifier les institutions techniques et donateurs préoccupés par la situation précaire des personnes déplacées et leur réinsertion et reclassement social, (ii) définir leur profil démographique et leurs besoins spécifiques de services de SR, (iii) mobiliser les ressources et, fournir les services appropriés de SR y compris les préservatifs pour la prévention de l'infection à VIH/SIDA et l'assistance médicale sanitaire et psychosociale aux femmes et filles victimes de violences sexuelles. Concernant les la lutte contre les violences sexuelles, le leadership au sein des Agences du Système des Nations Unies est assuré par l'UNFPA. Une antenne de L'UNFPA sera ouverte à Goma dans le nord Kivu pour le suivi de la mise en œuvre et la coordination des activités du sous programme dans les provinces de l'Est.

La réalisation des trois produits du sous programmes passe par la mise en œuvre des 5 composantes projets suivants :

43. Le projet appui à la mise en œuvre du PNSR dans 7 provinces (Bandundu, Bas Congo, Katanga, Kinshasa, Kasai Occidental, Kasai Oriental, et Equateur) qui sera coordonné par la DPNSR au niveau central avec l'appui de l'UNFPA et mis en œuvre par les ISP au niveau provincial avec l'appui des antennes UNFPA.

Ce projet comprend les volets suivants :

- (i) La réhabilitation des formations sanitaires sites
- (ii) Le renforcement du plateau technique des formations sanitaires sites pour leur permettre d'offrir le PMA de SR
- (iii) L'offre de services SR cliniques et IEC/Counseling dans les formations sanitaires sites
- (iv) Le renforcement des capacités de réponse d'urgence au niveau central et provincial
- (v) Le développement d'activités de prévention de la transmission des IST/VIH/SIDA parmi les personnes en uniforme
- (vi) La recherches opérationnelles pour améliorer la qualité des services et pour la collecte des indicateurs de suivi et d'évaluation
- (vii) La coordination des interventions en matière de SR à travers le développement des politiques, directives, normes et protocoles de soins, outils de suivi supervision du personnel et évaluation
- (viii) Un accent sera mis sur le plaidoyer en direct des autorités politico militaires, administratif et des leaders traditionnel et religieux avec l'implication des média et des ONG et, associations aussi bien au niveau central que provincial.

44. La mise en œuvre du projet sera confiée aux structures suivantes :

La DPNSR au niveau central pour le développement des politiques et directives, avec l'implication de la DEP pour la collecte et l'analyse des données statistiques sanitaires, la direction des pharmacies et laboratoires pour le développement et la mise en œuvre du plan de sécurisation des produits SR. D'autres directions techniques et programmes nationaux du ministère de la santé seront sollicités en fonction des besoins.

Au niveau provincial, le projet sera mis en œuvre par les ISP et les Zones de santé avec l'implication de structures et associations présents à ce niveau et ayant des capacités de développement des services SR selon les besoins.

Une analyse institutionnelle des structures d'exécution et de mise en œuvre sera conduite en vue d'identifier les forces, les faiblesses et les besoins de renforcement pour la mise en œuvre du sous-programme.

L'acquisition de l'équipement technique se fera localement pour certains produits et à travers le service d'achat de l'UNFPA pour d'autres.

Le projet sera conjointement exécuté par le Ministère de la Santé et l'UNFPA. Les structures de mise en œuvre bénéficieront de l'appui, technique de l'EAT, des agences du système des Nations Unies, des ONG et associations.

La DPNSR assurera la Direction Nationale du projet et les IPS la Direction technique.

45. Le projet d'appui aux ONG intervenant en SR qui sera coordonné par le SCEV. Il comporte les volets suivants :

- (i) Le renforcement des capacités institutionnelles de l'ABEF-ND et du SCEV
- (ii) La mise en place de mille cinquante (1050) postes de DBC opérationnels dans les provinces
- (iii) la sensibilisation des populations (IEC/CCC) en vue du changement de comportement sexuel et reproducteur., notamment parmi les jeunes, les adolescents et les femmes.

Les structures de mise en œuvre sont le SCEV, l'ABEF ND. La mise en œuvre du projet se fera en étroite collaboration avec la DPNSR au niveau central, les ISP et les antennes UNFPA au niveau Provincial.

46. Le projet développement des services de SRAJ dans 8 centres de jeunes et 7 Centres de promotion Sociale sera coordonné par le ministère de la santé à travers le programme national santé des adolescents et les ISP avec l'appui des chefs d'antenne au niveau provincial ; Le projet comprend les volets suivants :

- (i) l'offre de services cliniques SRAJ aux adolescents et jeunes des deux sexes dans les centres de jeunes
- (ii) l'offre de services conseils, information, orientation et CCC des adolescents et des jeunes dans les centres et dans la communauté
- (iii) l'offre de services conseils, information, orientation et CCC des adolescents et des jeunes dans les centres de promotion sociale
- (iv) le développement d'activités socioculturelles et récréatives par les jeunes
- (v) Le plaidoyer ciblant les décideurs politiques, administratifs et les leaders d'opinion sur les problèmes prioritaires des adolescents et jeunes des deux sexes

Les structures de mise en œuvre sont les associations de jeunes, les ONG et associations ciblant les jeunes, le ministère de la jeunesse et des sports, le ministère des affaires sociales à travers les centres sociaux, le ministère de la santé à travers les ISP.

L'exécution du projet sera conjointe entre le Ministère de la santé et l'UNFPA. Des contrats de sous traitance seront établis avec les autres structures de mise en œuvre pour l'exécution des différents volets.

47. Le projet développement des services de SRAJ à l'UNIKIN sera coordonné par l'UNIKIN avec l'appui de l'UNFPA

Ce projet comprend les volets suivants :

- (i) Le plaidoyer en direction des décideurs et autorités de l'UNIKIN
- (ii) L'intégration de modules de SR et SS dans les programmes d'enseignement des facultés ciblées
- (iii) La sensibilisation des jeunes sur les problèmes clés de SRAJ (avortements, VIH/SIDA/ IST, PF etc.)
- (iv) L'offre de services cliniques (dépistage et prise en charge, offre de méthode contraceptive modernes etc.)
- (v) La recherche pour alimenter la collecte de données et permettre le suivi des indicateurs.
- (vi) La promotion des préservatifs masculin et féminin

Les structures de mise en œuvre du projet sont, les ONG et associations du milieu universitaires (associations d'étudiants, associations, de professeurs/enseignants, parents d'élèves etc.), les facultés identifiés pour l'intégration des modules, les ONG et associations ayant une expertise en SRAJ (SCEV, ABEF ND, BOMOTO).

Le projet sera exécuté par l'UNIKIN avec l'appui de l'UNFPA. Un accent sera mis sur la sous traitance avec les ONG et associations.

48. Le projet conjoint de lutte contre les violences sexuelles faites aux femmes et aux enfants, sera coordonné par l'UNFPA. Il comprend les volets suivants :

- (i) Enquête sur l'ampleur des violences sexuelles et les capacités de prise en charge des structures
- (ii) La réhabilitation et l'équipement des structures de santé des zones concernées
- (iii) le renforcement des capacités du personnel en prise en charge médicale, chirurgicale et pour l'appui psychosociale des victimes de violences sexuelles selon les normes et standards
- (iv) l'appui au développement d'activités génératrices de revenu par les victimes
- (v) le développement d'activités de plaidoyer en direction des autorités politico militaires, judiciaires et administratives et des leaders traditionnels et religieux aux niveaux national et local pour la lutte contre les violences sexuelles et la création de la prise de conscience des populations sur l'ampleur du phénomène et ses conséquences au niveau national et local
- (vi) La collecte d'informations pour le suivi et l'évaluation

La mise en œuvre du projet sera confiée aux structures du Ministère de la santé, aux ONG et associations locales et le fonds social.

2.3. Approche Genre

49. Le sous-programme vise la réduction de la mortalité maternelle, la prise en charge des complications des avortements et des accouchements. Ces problèmes de SR touchent spécifiquement les femmes mais leur résolution nécessite la sensibilisation des hommes dans la mesure où dans les causes sous-jacentes se trouvent des inégalités fondées sur le sexe

Les hommes ne sont pas suffisamment informés de leurs responsabilités dans la dégradation de l'état de Santé de la Reproduction. Nombreux sont ceux d'entre eux qui ne se sentent pas concernés par les problèmes de SR. Le sous-programme se propose de renforcer la prise de conscience et la responsabilisation des hommes en vue de leur implication dans la résolution des problèmes de SR et pour un meilleur partage des décisions et des responsabilités en matière de SR.

Un accent sera mis sur la sensibilisation des leaders et leur implication pour la sensibilisation de leurs pairs et des hommes en général. Il mettra aussi l'accent sur les solutions maîtrisables par les femmes notamment les condoms féminins, l'éducation pour se protéger contre les IST/VIH/SIDA à travers les ONG et associations féminines.

50. Les ONG féminines ont participé en tant que membre du GTI à la conception et la planification du sous-programme. Ils constituent également des acteurs pour la mobilisation des hommes en vue de la promotion de la SR. Le programme se propose d'offrir les opportunités additionnelles aux femmes notamment en : (i) accordant l'égalité de chance homme-femme dans le recrutement à toutes les opportunités d'emploi ; (ii) responsabilisant les jeunes filles par le dialogue entre parents et adolescentes ; (iii) impliquant les mères-adolescentes en amont dans l'élaboration du programme d'action les concernant. Le sous-programme rendra disponible toute la gamme des méthodes contraceptives selon les préférences des femmes et des hommes, selon la législation sanitaire en vigueur et selon le plan de sécurité des contraceptifs.

2.4. Collecte/analyse des données

51. Le sous-programme se propose de soutenir la réalisation d'enquêtes qui permettront d'apprécier l'évolution des Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP, d'analyse situationnelle de la SR et de recherches opérationnelles qualitatives en vue d'améliorer la qualité des services. Ces actions de recherche à échelle réduite seront renforcées par les enquêtes de plus grandes envergures qui seront réalisées dans le cadre du sous-programme P&D. Les IOV seront établis et suivis grâce à (i) la collecte des données de routine dans les maternités retenues ; (ii) les résultats d'enquêtes existants (iii) la recherche opérationnelle et (iv) l'analyse situationnelles. Les questionnaires d'enquêtes et de recherches opérationnelles à mener seront formulés de sorte à faciliter la collecte et l'analyse de données désagrégées par sexe et par âge.

2.5. Risques et hypothèses

52. Un des risques les plus évidents pour la mise en œuvre du programme est le contexte de post conflit, d'insécurité qui pourrait limiter l'accès à certaines zones et aux structures de santé par les populations cibles et qui entraîne la recrudescence de violences. Toutefois en dépit de ce contexte de crise politique, des partenaires, l'UNICEF et l'OMS, UE, USAID, GTZ, entre autres, exécutent des programmes avec succès.

Un autre risque à prendre en compte est la situation d'urgence engendrée par les conflits et les catastrophes naturelles dont le pays est victime et qui limite le développement de programme planifié et accorde la priorité aux interventions d'urgence et humanitaires et

focalise les priorités du gouvernement sur les aspects politiques et non de développement.

La disponibilité de partenaires au développement dans les zones d'intervention du sous programme constitue une hypothèse favorable à sa mise en œuvre

S'agissant de l'évolution de la situation du pays, les efforts en cours pour ramener la paix permettent de croire, si non au retour prochain de la paix sur l'ensemble du territoire de la RDC, du moins au calme actuel dans les zones couvertes par le Programme.

53. Concernant la démotivation chez les cadres, elle est à l'origine de distorsion dans la gestion des programme qui rendent l'exécution nationale caduque. Il est peu probable qu'une véritable motivation professionnelle soit rapidement de retour dans toutes les structures impliquées dans le programme. Toutefois, la volonté manifeste du gouvernement de réussir ses programmes sectoriels de population inspire de l'optimisme. C'est ainsi que les efforts de mobilisation en cours commencent à porter des fruits auprès du personnel médical de plus en plus motivé et engagé 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. Un des atouts majeurs du secteur de la santé est l'implication par l'Etat congolais des Bureaux Diocésains des Œuvres Médicales (catholiques) et de la Direction des œuvres Médicales (Eglise du Christ au Congo) dans la gestion de la plupart des structures publiques de santé. De même l'engagement des ONGs performantes en matière de SR telles l'ABEF/ND et bien d'autres augmente considérablement les chances de succès dans ce secteur.

2.6. Budget

54. Un montant total de \$25.0 millions sera alloué au Sous-Programme, dont \$13,6 millions provenant des ressources régulières de l'UNFPA et la balance de \$11,4 millions recherchée à travers des modalités de co-financement et/ou d'autres sources y compris les sources multi-bilatérales. L'importance de l'intervention de l'UNFPA dans les provinces anciennement occupées et au bénéfices des populations déplacées dépendra beaucoup des ressources additionnelles mobilisées auprès de différentes sources de financement. Des requêtes spécifiques de mobilisation de ressources seront développées et soumises en temps opportun au partenaires. D'autres ressources seront probablement mobilisées dans le cadre des CAPs 2002, 2003, 2004 et 2005.

III. MODALITES D'EXECUTION ET DE MISE EN ŒUVRE

55. Quatre axes ont été retenus pour l'opérationnalisation du sous programme

- L'offre de services de SR de qualité
- Renforcement de la demande de services à travers la sensibilisation des populations
- Le développement de services SR pour les adolescents
- La restauration des services SR dans les provinces de l'est et renforcement des capacités de réponses humanitaires et d'urgences
- Le plaidoyer en direction des décideurs politiques et administratifs et des leaders d'opinion

Les questions de genre, le renforcement des capacités nationales, la collecte des données et le plaidoyer seront transversalement pris en compte dans la mise en œuvre de ces axes

3.1. Analyse des institutions impliquées dans le SP

56. L'analyse institutionnelle qui sera entreprise permettra d'identifier les besoins de renforcement des structures d'exécution et de mise en œuvre

Concernant les modalités d'exécution des composantes projets, le dysfonctionnement actuel de la majorité des services associé à la longue crise socio-économique depuis plus d'une décennie ne permettent pas de s'engager dans une exécution nationale effective pour toutes les composantes projets. Cependant avec le processus de paix, une normalisation de la situation est attendue. En outre certaines structures présentent des potentialités pouvant servir de levier pour développer les capacités nécessaires pour l'exécution nationale avec un accompagnement pendant deux à trois ans.

L'UNFPA se propose donc d'expérimenter l'exécution nationale avec les structures suivantes : SCEV (projet, appui aux ONG), Université de Kinshasa (projet développement de la SRAJ à l'UNIKIN), et le Ministère de la santé (projet appui à la mise en œuvre du PNSR dans sept provinces), Compte tenu du contexte institutionnel, l'accompagnement des structure se traduira par l'exécution de certaines composantes budgétaires par l'UNFPA et la formation des responsables nationaux en gestion. Un accent particulier sera mis sur la sous traitance pour alléger la tâche des structures d'exécution et chaque fois que de besoin il sera procédé à des paiement directs par le bureau de l'UNFPA

Par ailleurs, les antennes UNFPA provinciales seront renforcées en ressources humaines pour apporter l'appui nécessaires aux structures provinciales pour une mise en œuvre cohérente du sous programme

3.2. Les structures impliquées dans la mise en œuvre

57. Les structures de l'Etat qui seront impliquées dans la mise en œuvre du sous programme (i) la Direction du PNSR; (ii) les Inspections Provinciales de Santé (MIP); (iii) le Service de santé des Forces Armées; (iv) les Services médicaux des entreprises supervisés (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. Par ailleurs les ONG et associations travaillant dans le domaine de la SR en général et de la SR AJ en particulier les ONG et associations de jeunes ou ciblant les jeunes, notamment les Bureau diocésains des œuvres médicale (BDOM) les Directions des œuvres médicales (DOM), l'Association de Bien être Familial et Naissance désirable (ABEF), filiale nationale de l'IPPF, le Services central d'Education à la vie (SCEV) le Centre BOMOTO de l'ECC

58. Opérationnel depuis 1970, le SCEV, une ONG d'obédience catholique, s'adresse aux jeunes scolarisés et non scolarisés, ainsi qu'aux adultes de toutes croyances, à travers les structures paroissiales et associatives. Le SCEV 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, le SCEV 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 IST/VIH/SIDA, et les maternités trop précoces, trop nombreuses, trop rapprochées et trop tardives et (ii) apprendre aux jeunes la maîtrise de soi et à se construire une échelle de valeurs. Le SCEV 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 Kasaï Oriental et du Kasaï Occidental, Sud et Nord-Kivu et Province Orientale.

59. Les activités de l'ABEF-ND qui a été créée 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 des hommes pour la promotion de la SR et la prévention des IST/VIH/SIDA, notamment avec la police nationale, (iii) les adolescent(e)s jeunes du secteur informel en matière de SR y compris les IST/VIH/SIDA et, (iv) les distributions à base communautaire des contraceptifs dans les 7 provinces.

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. L'ABEF-ND est en programme dans 4 provinces actuellement et dispose de Comités Provinciaux de volontaires dans toutes les provinces du pays.

60. Le Réseau Action Femme (RAF), composé de 50 ONGs, est engagé depuis 1996 dans la lutte contre les violences faites aux femmes et implique tant des hommes, les auteurs que les victimes dans la prévention. Son action s'étant sur 5 provinces à savoir : Kinshasa, Bandundu, Bas-Congo, Katanga et Kasai oriental.

61. Créé en 1997, le Centre BOMOTO (i) donne aux adolescents et aux jeunes une éducation participative et complète pour leur assurer une sexualité responsable, (ii) assure le diagnostic précoce et le traitement des IST et, (iii) organise des activités d'IEC. Il assure, entre autres, la formation des pairs éducateurs sur la sexualité responsable, les compétences psychosociales des Jeunes et les droits des adolescents en matière de SR.

62. Chaque fois que cela est nécessaire, il sera fait appel à des structures d'appui technique nationale ou à l'EAT, des institutions de recherche nationale ou à des experts nationaux en appui pour des aspects pointus. L'appui de l'EAT concernerait les aspects liés à la sécurisation des produits SR, la lutte contre le VIH/SIDA et la collecte.

Compte tenu du contexte spécifique du pays et de la situation du bureau pays, où depuis plusieurs années il n'y a pas eu de personnel formé, de la faiblesse des capacités de gestion du bureau et des cadres de gestion gouvernementaux, une expertise internationale pour une durée limitée à deux est nécessaire pour permettre le transfert de compétence en matière de gestion de programme de SR, d'exécution nationale selon les règles et les procédures de l'UNFPA.

63. Par ailleurs vue l'immensité du pays et la nécessité d'avoir une présence plus efficiente en province l'ouverture des antennes avec deux professionnels, le chef d'antenne et un expert national NPPP, un assistant administratif et financier, un(e) secrétaire et un chauffeur pour chacune des 7 provinces est nécessaire. En outre pour les questions d'urgence et humanitaire la création d'un relais pour la zone de l'Est est à envisager dès que les conditions de sécurité permettent la mise en place d'antennes complètes.

3.3. La coordination du sous programme

64. La coordination du programme de coopération est assurée par le ministère de la coopération. Le Groupe de Travail interministériel (GTI) en assurera le suivi de la mise en œuvre en appui au Ministère de la coopération

Quant au sous programme dans son ensemble, la coordination sera assurée par le ministère de la santé à travers la DPNSR, membre du GTI et ayant entre autres attributions la coordination des interventions en matière de SR en RDC.

La DPNSR aura pour tâches de (i) veiller à la disponibilité des Politiques normes et protocoles de SR auprès des structures de mise en œuvre du sous programme, (ii) apporter

une assistance en terme de disponibilité des modules pour la formation, de documents cadres de politique et programme, de protocoles de soins etc.

65. Au plan substantiel, la coordination du sous programme sera assurée dans le cadre des réunions de pilotage, des réunions trimestrielles, annuelles de planification et de revue annuelle du sous programme.

IV. SUIVI ET EVALUATION DU SOUS PROGRAMME

66. Les indicateurs de suivi du sous programme sont ceux inscrits dans le cadre logique du sous programme. Le suivi du sous programme sont les rapports d'avancement du sous programme, la revue annuelle du sous programme et les réunions du GTI. Par ailleurs, les éléments de suivi des composantes projets notamment, les réunions de suivi trimestrielles et annuelles, les visites de suivi sur le terrain des composantes projets, les rapports d'avancement, les rapports d'activités trimestrielles et annuelles, les rapports financiers, les évaluations constituent des input pour le suivi et la coordination du sous programme. Ces éléments de suivi font partie intégrante des plans de travail des composante projets

4.1. Les réunions de suivi des projets

67. Elles seront convoquées et co-dirigées par les structures coordonnatrices des projets et l'UNFPA trimestriellement. Elles regroupent toutes les structures de mise en œuvre des projets, les structures de coopération technique et l'UNFPA Elles se tiennent sur les sites des projets et seront couplées aux visites de suivi sur le terrain. Elles permettent de suivre l'état d'avancement des projets, d'examiner les plans de travail trimestriels et fournissent les éléments pour l'établissement des déblocages de fonds.

Les réunions de coordination du sous programme

68. Convoquées par le GTI en concertation avec l'UNFPA. Elles se tiennent une fois par trimestre, intégrées dans les réunions de coordination de la mise en œuvre du programme d'assistance. Ainsi la dernière réunion de l'année tiendra lieu de revue annuelle du programme. Elles ont pour objectif de faire le point de l'exécution des activités inscrites au plan de travail des projets et apprécier le niveau des résultats et d'aboutir à un bilan de la réalisation des produits du sous programme et du niveau d'atteinte des indicateurs. Elles constituent des opportunités pour faire une mise à niveau sur des questions clés de SR dont les thèmes auraient été préalablement définis

4.2. Revues annuelles et finale du sous programme

69. La revue a pour objectif principal d'évaluer le niveau de réalisation des produits du sous programme. Elle constitue le mécanisme formel de prise de décision conjointe par toutes les structures d'exécution, de mise en œuvre et de coordination en terme d'exécution de coordination et de complémentarité des interventions des composantes projets et des sous programmes. Elles déterminent les responsabilités de mise en œuvre des recommandations et les moyens Conformément aux directives, l'UNFPA et le gouvernement coprésident la réunion.

A la fin du cycle du programme se tient la revue finale qui entérine les recommandations pour la clôture (financière et opérationnelle) des composantes projets qui devra intervenir dans les deux mois qui suivent cette réunion.

4.3. Les rapports d'avancement du sous programme

70. Le sous programme fera l'objet d'un rapport d'avancement qui constitue avec les rapport

d'avancement des projets les documents de base de la revue annuelle du sous programme

4.4. Evaluation du sous programme

Les évaluations des composantes projets constituent les inputs pour apprécier l'état d'avancement du sous programme.

V. ACTIVITES CONNEXES

71. Le suivi des indicateurs du sous programme sera fait en collaboration étroite avec le sous programme P&D sur le plan des activités de collecte. En outre les activités de plaidoyer en direction des leaders d'opinion sur les interrelations population genre et développement, Santé de reproduction et santé sexuelle qui seront exécutés dans le cadre du sous programme plaidoyer vont renforcer l'impact des actions du sous programme

72. Les activités du sous programme s'inscrivent dans le cadre des priorités nationales à la réalisation desquelles d'autres partenaires apportent un appui. Il s'agit de l'UNICEF, l'OMS, le PNUD, le PAM, Droits Humains, pour les agences du SNU Pour les bilatéraux, on note la coopération technique belge, l'ambassade royale des Pays Bas, la GTZ, l'USAID et l'UE. Il convient de citer également les ONG internationales qui assistent le pays dans la restauration des structures, infrastructures et institutions sociales économiques et politiques.

VI. PREPARATIONS ET OBLIGATIONS DU GOUVERNEMENT

73. Les actions de suivi du gouvernement au plan des règles et procédures du FNUAP pour la gestion seront inscrits dans les protocoles d'accord pour la mise en œuvre des projets

En dehors de ces dispositions, d'autres actions spécifiques pour le suivi du sous programme par le GVT sont indispensables et se situent au plan politico-administratif, institutionnel et financier

Au plan politico-administratif, le gouvernement devra

74. S'engager à appliquer les règles de gestions des composantes projets afin de faciliter l'expérimentation de l'exécution nationale.

Elaborer, finaliser, adopter les documents cadres de SR notamment le plan de sécurisation des produits SR

Au plan institutionnel

75. Une appropriation des structures d'exécution et de mise en œuvre du programme est nécessaire pour la réalisation des produits et plus spécifiquement par les structures gouvernementales au niveau central et provincial. En ce qui concerne la motivation du personnel, le gouvernement s'efforcera de mettre à la disposition du programme un personnel motivé mais, au regard de la situation de crise actuelle.

76. Le gouvernement devra également prendre les dispositions nécessaires pour garantir un minimum de stabilité des agents formés dans le cadre du programme et impliqués dans la mise en œuvre des activités

Au plan financier le gouvernement devra prendre les disposition pour permettre la libération de sa contribution telle que décrit dans les composantes projets..

ANNEXES

- I. Cadre logique du sous programme**
- II. Liste des formations sanitaires à réhabiliter**
- III Carte de la zone d'intervention**

ANNEXE 1

MATRICE DU CADRE LOGIQUE DU SOUS-PROGRAMME SANTE DE LA REPRODUCTION

HIÉRARCHIE DES OBJECTIFS	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VÉRIFIABLES (IOV)	MOYENS DE VÉRIFICATION (MDV)	PERIODE DE COLLECTE DES DONNEES	RESPONSABLE DE LA COLLECTE	RISQUES / HYPOTHÈSES
<p>BUT</p> <p>Contribuer à l'amélioration des conditions de vie de la population par la réduction de la pauvreté, à travers l'amélioration de la santé de la reproduction, la réduction des disparités entre hommes et femmes, et la prise en compte des questions de population dans la planification du développement durable</p>	<p>D'ici 2009 :</p> <p>Taux de mortalité maternelle réduit de 1837 à 880 pour 100 000 naissances vivantes (baisse d'environ 10 p.100 par an)</p> <p>Taux de mortalité infantile réduite de 127 à 64 pour 1000 ;</p> <p>Prévalence des infections sexuellement transmissibles courantes réduites de 5 p.100 à 3 p.100 ;</p> <p>seroprévalence du VIH réduite de 5 p.100 par rapport à son niveau actuel ;</p> <p>Taux d'avortements provoqués chez les adolescentes réduit de 30 p.100 à 15 p.100 ;</p> <p>Reconnaissance accrue des droits des femmes</p> <p>Textes de lois non discriminatoires adoptés</p> <p>Questions de population prises en compte dans les programmes de développement à moyen et à long terme</p> <p>Le taux de scolarisation des filles passe de 48,6 % à 58 %</p>	<p>Statistiques sanitaires EDS</p> <p>statistiques des postes de surveillance sentinelle</p> <p>Procès verbaux de jugement de justice Journal Officiel</p> <p>Documents de programmes sectoriels</p> <p>Statistiques scolaires</p>	<p>Chaque année</p> <p>Chaque année</p> <p>Chaque année</p> <p>Chaque année</p>	<p>Ministère de la santé</p> <p>Ministère de la santé</p> <p>Ministère des affaires sociales</p> <p>Ministère du plan</p> <p>Ministère de l'éducation</p>	<p>Le retour à la paix</p> <p>La stabilité politique</p> <p>La bonne gouvernance</p> <p>Les partenaires au développement financent les programmes de développement</p>

HIÉRARCHIE DES OBJECTIFS	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VÉRIFIABLES (IOV)	MOYENS DE VÉRIFICATION (MDV)	PERIODE DE COLLECTE DES DONNEES	RESPONSABLE DE LA COLLECTE	RISQUES / HYPOTHÈSES
<p><u>OBJET</u></p> <p>Contribuer à l'accroissement de l'utilisation par les groupes-cibles du programme, des services de SR de qualité (y compris la prévention du VIH/SIDA) à travers l'amélioration de l'offre de services cliniques de qualité et le développement des actions d'IEC/CCC ;</p>	<p>D'ici 2006 :</p> <p>La couverture pour les différentes composantes de la SR s'accroît : CPN de 68 à 80%, Accouchements assistés de 61 à 87%, TPC de 4 à 8%,</p> <p>Les services de SR de qualité (y compris la prévention de l'infection à VIH) sont restaurés dans les zones affectées par la guerre et dans les lieux de regroupement des personnes déplacées pour la prise en charge des groupes vulnérables (femmes, adolescent(e)s, les jeunes et les hommes et les femmes en uniformes)</p> <p>30 p.100 des jeunes et adolescents(dont la moitié sont des jeunes filles) utilisent les services mis à leur disposition</p>	<p>Statistiques sanitaires</p> <p>Statistiques sanitaires de ces provinces Rapports d'activités des structures bénéficiaires Statistiques des organisations humanitaires</p> <p>Statistiques de services (structures sanitaires et centres jeunes) Enquête de couverture</p>	<p>De 2002 à 2006</p> <p>Chaque année</p> <p>Trimestriellement</p> <p>Annuellement</p> <p>2003 et 2006</p>	<p>Ministère de la santé</p> <p>Ministère de la santé</p> <p>ISP/provinces concernées</p> <p>Ministère de la santé Centre de jeunes</p> <p>Ministère du plan/INS</p>	<p>Le renforcement du processus de paix sociale et de stabilité politique</p> <p>La mobilisation des ressources pour les opérations de grandes envergures est effective</p> <p>La mobilisation des différents partenaires est effective pour assurer la couverture nationale des interventions en matière de SR (plan directeur)</p> <p>La motivation du personnel médical et paramédical est acquise pour la mise en œuvre des programmes</p>

HIÉRARCHIE DES OBJECTIFS	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VÉRIFIABLES (IOV)	MOYENS DE VÉRIFICATION (MDV)	PERIODE DE COLLECTE DES DONNEES	RESPONSABLE DE LA COLLECTE	RISQUES / HYPOTHÈSES
					:

HIÉRARCHIE DES OBJECTIFS	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VÉRIFIABLES (IOV)	MOYENS DE VÉRIFICATION (MDV)	PERIODE DE COLLECTE DES DONNEES	RESPONSABLE DE LA COLLECTE	RISQUES / HYPOTHÈSES
<u>PRODUITS</u>					
Produit 1 Accessibilité accrue aux services de SR de qualité (prise en charge des grossesses à risque des complications des avortements, PF, prévention des IST/VIH/Sida) et aux prestations IEC/counseling/CCC dans les Provinces de Bas-congo, Bandundu, Kasai Occidental, Kasai Oriental, Katanga, Equateur et Kinshasa	<p>En fin 2006 :</p> <p>Les 150 structures sanitaires (dont 28 maternités de référence) offrent des services de SR de qualité (prise en charge des grossesses à risque, PF, complications des avortements, prévention des IST et du VIH/Sida, IEC/counseling) selon les normes et standards</p> <p>14 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</p> <p>80 % des centres de références offrent des services adéquats de prévention du VIH/SIDA chez les femmes enceintes (counseling pré et post test, test de dépistage, IEC/counseling partenaires, référence).</p> <p>Au moins 80 % des structures sanitaires ciblées offrent au moins 3 méthodes de contraceptions modernes</p> <p>Au moins 60 % des formations sanitaires sites disposent de la gamme complète des produits contraceptifs et des préservatifs féminins et masculins.</p> <p>1050 points de DBC offrent les condoms féminins et masculins, les spermicides et les</p>	<p>Statistiques sanitaires</p> <p>Rapports de supervision</p> <p>Rapports d'activités des formations sanitaires, des ZS, et des IPS</p> <p>Analyse situationnelle</p> <p>idem</p> <p>idem</p> <p>idem</p> <p>idem</p> <p>idem</p>	<p>Chaque trimestre de 2002 à 2006</p> <p>Trimestriellement</p> <p>Trimestriellement</p> <p>2006</p> <p>Idem</p> <p>Idem</p> <p>2004 et 2006</p> <p>Trimestriellement</p>	<p>ISP DEP</p> <p>IPS DPNSR</p> <p>DPNSR/Consultants</p> <p>Idem</p> <p>Idem</p> <p>Institution de recherche/CONSULTANTS</p> <p>ISP/MCZ</p>	<p>La stabilité politique se renforce permettant l'accessibilité de toutes les provinces</p> <p>Les autres partenaires au développement participent au financement des formations sanitaires non-sites</p> <p>L'autonomie de gestion accordée aux services de santé améliore la motivation du personnel</p>

HIÉRARCHIE DES OBJECTIFS	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VÉRIFIABLES (IOV)	MOYENS DE VÉRIFICATION (MDV)	PERIODE DE COLLECTE DES DONNEES	RESPONSABLE DE LA COLLECTE	RISQUES / HYPOTHÈSES
	<p>informations sur la SR selon les normes définies, avec l'appui des ONGs et associations.</p> <p>Nombre de décès maternels survenant en milieu hospitalier réduit de 50 p.100 d'ici 2006, dans les formations sanitaires sites du programme</p> <p>Un système de sécurisation des produits SR y compris les contraceptifs est mis en place et fonctionnel à tous les niveaux</p> <p>Un système d'information périodique opérationnel et fournissant des données actualisées 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 est mis en place dans les zones couvertes par le Programme</p>	<p>Enquête de couverture DBC</p> <p>Exploitation des dossiers médicaux Rapport de supervision</p> <p>Banque de données sur les indicateurs Rapports de supervision</p> <p>Base de données pour la gestion de programme</p>	<p>Trimestriellement 2006</p> <p>Trimestriellement</p> <p>Trimestriellement</p>	<p>ISP/DPNSR DPNSR/Consultants</p> <p>DPNSR DPNSR/DEP</p> <p>UNFPA</p>	
	<p>Un mécanisme de réponse d'urgence est opérationnel pour la prise en charge des victimes de conflits et catastrophes est opérationnel au niveau central et provincial</p>	<p>Rapports d'activités des structures bénéficiaires</p>	<p>Trimestriellement</p>	<p>Ministère de la santé, ONG</p>	
	<p>En fin 2006, Au moins 80 % de la population des aires de couverture des formation sanitaires site ont été touchés par les actions de sensibilisation sur les quatre thèmes prioritaires : mortalité maternelle, avortements, VIH/Sida, PF, lutte contre les violences, avec l'appui des ONG (SCEV, ABEF, Bomoto et des communicateurs modernes et traditionnel)</p>	<p>Enquête de couverture « Analyse de contenu des messages » Exploitation des fiches de sensibilisation</p>	<p>2003 et 2006</p>	<p>Institution de recherche/Consultants</p>	

HIÉRARCHIE DES OBJECTIFS	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VÉRIFIABLES (IOV)	MOYENS DE VÉRIFICATION (MDV)	PERIODE DE COLLECTE DES DONNEES	RESPONSABLE DE LA COLLECTE	RISQUES / HYPOTHÈSES
		Enquêtes CAP de début et de fin de programme			
	En 2006, 80 % des décideurs politiques et administratifs, des parlementaires, les leaders religieux et coutumiers au niveau central et provincial sont touchés par les actions de plaidoyer portant sur la réduction de la mortalité maternelle, prévention du VIH/Sida/IST, égalité/équité des sexes et promotion du statut de la femme, la santé de la reproduction des adolescent(e)s et des jeunes, les droit en matière de SS et SR avec l'implication des ONG et des communicateurs modernes et traditionnels	Rapport d'activités des structures de mise en oeuvre	Trimestriellement	Structures de mise en œuvre (DPNSR, ONG, Réseaux des communicateurs et des parlementaires	
Produit 2 Disponibilité accrue des services spécifiques de SR de qualité et de prestations appropriées de CCC pour les adolescents et les jeunes dans les Provinces de Bas-congo, Bandundu, Kasai Occidental, Kasai Oriental, Katanga, Equateur et Kinshasa	En 2006 L'environnement socio-politique et culturel est favorable et permet le développement de services SR pour les adolescents et les jeunes des deux sexes. 8 centres de jeunes créés offrent des services SR appropriés et des services de conseils et d'écoute aux jeunes et adolescents selon les normes et standards au niveau des chefs-lieux de 7 Provinces concernées par le programme 7 Centres de promotion sociale réhabilités offrent des services conseil et écoute en SRAJ (PF, prévention du VIH/SIDA et des avortements etc.) au niveau des chefs-lieux de 7 Provinces concernées par le programme	Rapports d'activités des centres jeunes Rapports de supervision Rapports d'activités des centres de promotion sociale Rapport d'activité de	Trimestriellement Trimestriellement Trimestriellement	Centre jeunes Centre jeunes Ministère de la santé ONG/association Centre de promotion sociale Ministère des affaires sociales ONG/association	Le processus de paix se poursuit sur toute l'étendu du territoire

HIÉRARCHIE DES OBJECTIFS	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VÉRIFIABLES (IOV)	MOYENS DE VÉRIFICATION (MDV)	PERIODE DE COLLECTE DES DONNEES	RESPONSABLE DE LA COLLECTE	RISQUES / HYPOTHÈSES
	<p>Un centre d'écoute et conseil en SR (y compris le VIH/SIDA et les IST) est créé à l'UNIKIN et offre des services SR appropriés et des services de conseils et d'écoute aux étudiants selon les normes et standards</p> <p>L'enseignement de la SR est intégré dans les programmes de formations des facultés sélectionnés de l'université de Kinshasa</p> <p>80 p.100 des jeunes et adolescents de l'aire de couverture des FS et des centres de jeunes dont 50% de jeunes filles sont touchées par les activités de sensibilisation dans les zones du programme</p>	<p>l'UNIKIN</p> <p>Enquête de couverture</p> <p>Rapports d'activités</p>	<p>Trimestriellement</p> <p>2003 et 2006</p>	<p>Université de Kinshasa</p> <p>Institution de recherche</p>	
<p>Produit 3 :En 2006, des services de SR de qualité répondant aux besoins spécifiques des victimes de violences sexuelles, des populations déplacées internes et victimes des conflits et catastrophes naturelles et des personnes en uniforme, sont disponibles dans les provinces de l'Est (province Orientale, Nord Kivu, Sud Kivu), le Maniema le nord Equateur, le nord Katanga et dans d'autres zones en fonction</p>	<p>En 2006 :</p> <p>Des données sur l'ampleur des violences sexuelles et les capacités de prise en charge des structures socio-sanitaires sont disponibles</p> <p>28 structures sanitaires réhabilités et équipées dont 8 de référence offrent des services de SR de qualité notamment la prise en charge des grossesses, la PF, les complications des avortements, la prévention des IST et du VIH/Sida, l'IEC/counseling et de prise en charge médico-sanitaire et psychosociale des victimes de violences sexuelles selon les normes et standards</p> <p>Les capacités de prise en charge médico-sanitaire et psychosociale des structures au</p>	<p>Rapport d'enquête</p> <p>Rapports de réception Définitive</p> <p>Rapports d'activités</p> <p>Rapports de supervision</p> <p>Rapports d'activités</p> <p>Rapports de supervision</p>	<p>Au début du projet</p> <p>Trimestriellement</p> <p>Idem</p> <p>Idem</p> <p>Trimestriellement</p> <p>Idem</p>	<p>Structures sanitaires ONG</p> <p>Ministère de la santé, ONG</p> <p>ONG et associations</p>	<p>La sécurité dans les zones d'intervention est assurée</p> <p>Le rétablissement du climat de paix permet l'accessibilité des zones concernées</p>

HIÉRARCHIE DES OBJECTIFS	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VÉRIFIABLES (IOV)	MOYENS DE VÉRIFICATION (MDV)	PERIODE DE COLLECTE DES DONNEES	RESPONSABLE DE LA COLLECTE	RISQUES / HYPOTHÈSES
des besoins.	niveau local dans la lutte contre les violences sexuelles sont renforcées. L'engagement des autorités nationales et locales pour la lutte contre les violences sexuelles et la prise de conscience des populations sur l'ampleur du phénomène et ses conséquences au niveau national et local, permet une réduction de l'ampleur du phénomène et une implication des communautés dans la prévention et la prise en charge psychosociale des victimes.	Coupure de presse Procès verbaux de condamnation des auteurs de violences sexuelles Rapports d'activité des ONG et associations locales	Trimestriellement idem	ONG et associations Idem	
ACTIVITES					
Produit 1.1 : Accessibilité accrue aux services de SR de qualité (prise en charge des grossesses à risque des complications des avortements, PF, prévention des IST/ VIH/Sida) et aux prestations IEC/counseling/CCC dans les Provinces de Bas-congo, Bandundu, Kasai Occidental, Kasai Oriental, Katanga, Equateur et Kinshasa					
ACTIVITÉS 1.1.1. Collecte de données actualisées sur les principaux problèmes de SR au moins dans les 7 Provinces couvertes par le Programme pour le suivi et l'amélioration de la qualité des services	En 2003 et 2006, les informations sur les capacités fonctionnelles des formations sanitaires et la qualité des services sont disponibles au début et à la fin du programme A partir de fin 2003 les indicateurs à jour sur (i) la mortalité maternelle, (ii) les Avortements provoqués, (iii) la prévalence VIH, (iv) les violences sexuelles, (v) les fistules vésico-vaginales, (vi) la disparité hommes femmes sont disponibles	Rapport Analyse situationnelle Rapports de recherches action Banque de données Exploitation des rapports de statistiques sanitaires	2003 et 2006 A partir de 2003 idem	DPNSR/ DEP/Santé et Institut de Santé Publique UNFPA DPNSR/DSSP ISP	

HIÉRARCHIE DES OBJECTIFS	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VÉRIFIABLES (IOV)	MOYENS DE VÉRIFICATION (MDV)	PERIODE DE COLLECTE DES DONNEES	RESPONSABLE DE LA COLLECTE	RISQUES / HYPOTHÈSES
1.1.2. Renforcement des capacités de gestion des structures techniques chargées de la mise en œuvre et du suivi du sous-programme SR	<p>De 2002 à 2004, Les structures publiques (PNSR, DEP, DESS, DSSP, DSP, ZS), privés et ONG (SCEV, ABEF, BOMOTO etc) mettent en œuvre les activités du sous-programme selon le plan de travail approuvé.</p> <p>Fin 2002, les nouveaux acquis sont utilisés dans la gestion des programmes par les cadres formés (30 en Gestion des programmes SR, 30 en gestion des programmes IEC, 30 en recherche opérationnelle</p> <p>En fin 2003, les équipes de formateurs et de superviseurs au niveau central et provincial disposent de modules de formations dans les aspects clés de SR et de supports et guides de supervision en SR</p> <p>En fin 2003, les Formations sanitaires sites disposent des PNP et des guides méthodologiques pour l'offre de services de SR de qualités y compris le protocole pour la surveillance des avortements et les audits de décès médicaux</p> <p>En 2003, un plan stratégique de sécurité de l'approvisionnement et de la distribution des contraceptifs et des produits SR est élaboré en commun par les différentes parties prenantes</p>	<p>Rapports d'activités</p> <p>Rapport de suivi et de supervision</p> <p>Plans de travail Plan de suivi et évaluation Rapports d'activités</p> <p>Modules de formation Supports méthodologiques pour la supervision Rapport de formation et de supervision</p> <p>Rapport de supervision</p> <p>Document de plan de sécurisation des produits SR</p>	<p>Trimestriellement</p> <p>Idem</p> <p>Annuellement et trimestriellement</p> <p>Fin 2003</p> <p>A partir de 2003</p> <p>Trimestriellement A partir de 2003</p> <p>2003</p>	<p>DPNSR</p> <p>Idem</p> <p>DPNSR DSP</p> <p>DPNSR</p> <p>DPNSR DSP</p> <p>DPNSR DSP</p> <p>DPNSR</p>	
1.1.3. Offre de services et soins obstétricaux	Fin 2006, 200 Infrastructures SR opérationnelles dont 28 maternités de référence, 162 maternités 1 ^{ER} niveau) et 14	Rapports d'activités Etat de réception définitive	A partir de 2003	DPNSR DSP	

HIÉRARCHIE DES OBJECTIFS	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VÉRIFIABLES (IOV)	MOYENS DE VÉRIFICATION (MDV)	PERIODE DE COLLECTE DES DONNEES	RESPONSABLE DE LA COLLECTE	RISQUES / HYPOTHÈSES
essentiels (y compris la PF et le post partum la prise en charge des IST), de soins gynéco-obstétricaux et néonataux d'urgence (y compris les soins post abortum) et de services de prévention du VIH/SIDA conformément aux normes et protocoles de SR dans les structures de santé de la reproduction de 7 provinces sites	<p>centres de santé des forces armées et de la police selon le plan défini,</p> <p>Fin 2006, les équipements sont effectivement utilisés par les prestataires de services SR, des formations sanitaires sites (publiques forces armées, des ONG) selon les normes et standards par niveau.</p> <p>A partir de 2002, L'approvisionnement en contraceptifs et en médicaments des formations sanitaires site est assuré régulièrement sans rupture selon le plan établi</p> <p>Fin 2004, les SGONU sont disponibles dans 28 maternités de référence selon les normes et standards.</p> <p>Les performances des prestataires de services des formations sanitaires sites sont renforcées en prise en charge clinique des problèmes prioritaires de la SR(SOE, SGONU, PI, l'IEC/counseling, les IST et le VIH/SIDA, le genre, SRAJ) dès 2003,</p>	<p>Rapports de supervision</p> <p>Bordereau de réception des équipements Rapports d'e supervision</p> <p>Rapport de stocks des structures sanitaires Rapports d'activités Rapports de supervision</p> <p>Idem</p> <p>Rapports de formation Rapports d'activités</p>	<p>IA partir de 2003</p> <p>Idem</p> <p>A partir de 2002</p> <p>A partir de 2003-</p> <p>A partir de 2003</p> <p>A partir de 2002</p>	<p>DPNSR DSP</p> <p>DPNSR DSP</p> <p>DSP ZS</p> <p>DSP ZS</p>	
	<p>Les messages et les supports didactiques et de CCC sont utilisés par les prestataires des formations sanitaires sites pour la sensibilisation des populations dès 2003,</p> <p>Un système communautaire de solidarité pour la prise en charge des Soins gynéco-obstétricaux et néonataux d'urgence est mis en place</p>	<p>Rapport d'activités Rapports de supervision</p> <p>Supports didactiques et CCC Rapports de supervision</p>	<p>A partir de 2003</p> <p>Fin 2003</p> <p>A partir de 2003</p>	<p>DPNSR</p> <p>DSSP DSP</p> <p>DSSP DSP</p>	
	Les ONG, associations, et réseaux d'appui	Rapports d'activités	A partir de 2002	ONG,	

HIÉRARCHIE DES OBJECTIFS	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VÉRIFIABLES (IOV)	MOYENS DE VÉRIFICATION (MDV)	PERIODE DE COLLECTE DES DONNEES	RESPONSABLE DE LA COLLECTE	RISQUES / HYPOTHÈSES
	aux activités de population exécutent des activités de sensibilisation, de mobilisation sociale des populations et de plaidoyer auprès des décideurs politiques conformément aux plans de travail approuvés dès 2002,			Réseaux	

HIÉRARCHIE DES OBJECTIFS	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VÉRIFIABLES (IOV)	MOYENS DE VÉRIFICATION (MDV)	PERIODE DE COLLECTE DES DONNEES	RESPONSABLE DE LA COLLECTE	RISQUES / HYPOTHÈSES
1.1.4. Développement de réseaux de distribution à base communautaire des contraceptifs dans 7 provinces sites du programme	1050 points de prestations DBC sont mis à la disposition de la population à raison de 150 par province	Rapport des activités des ONG Rapports d'activités des IPS Rapport d'enquête de couverture DBC	A partir de 2002	ABEF DSP	
1.1.5 Mise en place d'un dispositif minimum d'urgence impliquant le ministère de la santé, les Agences du SNU et les ONG et associations	Un dispositif de réponse d'urgence (partenariat avec les ONG locales, pré positionnement de produits d'urgence etc.) est mis en place dans toutes les provinces touchées par les conflits à partir de 2003	Rapports d'activités des agences, des ONG et du Ministère de la santé Rapport de visite de terrain	A partir de 2003 A partir de 2003	Ministère de la santé, ISP Agences SNU ONG/associations CGR	
1.1.6 Développement d'activités de plaidoyer ciblant les décideurs politiques et administratifs, les parlementaires, les leaders religieux et coutumiers au niveau central et local sur la réduction de la mortalité maternelle, prévention du VIH/Sida/IST, égalité/équité des sexes et promotion de la femme	le cadre politique, juridique et, socioculturel de développement des services de SR et de promotion du statut de la femme amélioré du fait de l'implication des réseaux d'appui aux questions de population, les ONG et associations	Rapports d'activités	Trimestriellement à partir de 2002	DPNSR DSP ONG/associations Réseau des communicateurs	

Produit 1.2 : Disponibilité accrue des services spécifiques de SR de qualité et de prestations appropriées de CCC pour les adolescent(e)s et les jeunes dans les provinces de Bas-congo, Bandundu, Kasai Occidental, Kasai Oriental, Katanga, Equateur et Kinshasa					
1.2.1. Création d'un environnement (politique, juridique, et socioculturel) favorable au développement des services de SR pour les adolescents et jeunes des deux sexes	Les décideurs politiques, administratifs et les leaders communautaires (religieux et coutumiers) soutiennent les actions de SR ciblant les adolescents et les jeunes des deux sexes dès 2003,	Déclarations publiques Coups de presse Participation aux activités Mobilisation des ressources	De 2003 à 2006	PNSA UNIKIN BOMOTO ABEF ND SCEV Réseau des communicateurs	
1.2.2. Mise en place de 8 centres de jeunes au niveau des chefs-lieux de 7 Provinces (dont 2 à Kinshasa) pour offrir des services SR appropriés et des services de conseils et d'écoute aux jeunes et adolescents selon les normes et standards concernés par le programme	Le centre de jeunes BOMOTO offre la gamme complète de services SRAJ cliniques et CCC/ IEC et counseling existants selon les normes définies en juin 2003, Un réseau de formateurs en EVF pour l'éducation des populations des provinces sites du programme est mis en place en 2004,	Rapports d'activités du centre jeunes Rapports de supervision Rapport de formation Rapport d'activités	Trimestriellement A partir de 2002 2002-2004	BOMOTO PNSA MINI Jeunesse Mini affaires Sociales SCEV	
	8 centres de jeunes au niveau des chefs-lieux de Provinces (dont 2 à Kinshasa) offrent des services SR appropriés et des services de conseils et d'écoute aux jeunes et adolescents des deux sexes selon les normes et standards avant mi- 2005,	Rapports d'activités du centre jeunes Rapports de supervision	Trimestriellement	PNSA Ministère de la jeunesse ONG et associations	
1.2.3. Intégration de l'offre de services conseils et écoute en SRAJ (PF, prévention du VIH/SIDA et des avortements) dans 7 Centres de promotion sociale au niveau des chefs-lieux de 7 Provinces sites	Au moins deux centres sociaux par an intègrent les services conseils et écoute en SRAJ (PF, prévention du VIH/SIDA et des avortements) à partir de fin 2003,	Rapports d'activités Rapports de supervision	Trimestriellement	Centre de promotion sociale Ministère des affaires sociales	

HIÉRARCHIE DES OBJECTIFS	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VÉRIFIABLES (IOV)	MOYENS DE VÉRIFICATION (MDV)	PERIODE DE COLLECTE DES DONNEES	RESPONSABLE DE LA COLLECTE	RISQUES / HYPOTHÈSES
1.2.4. Développement de services de Santé de la reproduction des adolescents et des jeunes à l'université de Kinshasa	Des modules de SR et de SS sont intégrés dans les programmes d'enseignement d'au moins 3 facultés de l'UNIKIN à partir de l'année académique 2003-2004 Un centre de jeunes (écoute, conseils) au sein de l'UNIKIN offrant des services conseils, écoute et services cliniques de SRAJ (PF, prévention des IST/ VIH/SIDA et des avortements) est mis en place et fonctionnel dès début 2004	Programme de d'enseignement des facultés sélectionnées Rapport d'activités du centre de jeunes	Annuellement Trimestriellement	UNIKIN UNIKIN	
Produit 3 : En 2006, des services de SR de qualité répondant aux besoins spécifiques des victimes de violences sexuelles, des populations déplacées internes et victimes des conflits et catastrophes naturelles et des personnes en uniforme, sont disponibles dans les provinces de l'Est (province Orientale, Nord Kivu, Sud Kivu), le Maniema le nord Equateur, le nord Katanga et dans d'autres zones en fonction des besoins					
1.3.1. Enquête sur l'ampleur des violences sexuelles et état des lieux sur les capacités de prise en charge des structures socio-sanitaires sont disponibles	Des données sur l'ampleur des violences sexuelles et les capacités de prise en charge des structures socio-sanitaires sont disponibles	Rapport d'enquête	A partir de fin 2003	ONG et associations	
1.3.2. Organisation /restauration de services de SR de qualité notamment la prise en charge des grossesses, la PF, les complications des avortements, la prévention des IST et du VIH/Sida, l'IEC/counseling et de prise en charge médico-sanitaire et psychosociale des victimes de violences	28 maternités dans les provinces touchées par les conflits sont réhabilitées à partir de 2004 Les performances des prestataires de 28 structures de santé sont renforcées pour la prise en charge des grossesses, la PF, les complications des avortements, la prévention des IST et du VIH/SIDA, l'IEC/counseling, la prise en charge médico-sanitaire et psychosociale des victimes de violences sexuelles selon les normes et standards à	Rapports de réception définitives Rapports d'activités des formations sanitaires Rapport de supervision	2004 à partir de 2003	Ministère de la santé(DSP) ONG DSP du MS Agences SNU ONG/associations	

HIÉRARCHIE DES OBJECTIFS	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VÉRIFIABLES (IOV)	MOYENS DE VÉRIFICATION (MDV)	PERIODE DE COLLECTE DES DONNEES	RESPONSABLE DE LA COLLECTE	RISQUES / HYPOTHÈSES
sexuelles selon les normes et standards dans 25 structures sanitaires fixes ciblées dans zones touchées par les conflits.	En 2006, 30 % des populations déplacés et autres victimes de la situation de crise ont bénéficié de soins obstétricaux essentiels, de SOU et de soins spécifiques à travers les structures publiques et les ONGS et associations humanitaires des provinces touchées	Statistique des Structures impliquées	Trimestriellement	Ministère de la santé, ISP ONG/associations	
1.3.3. Renforcement des capacités de prise en charge médico-sanitaire et psychosociale des structures sanitaires et autre partenaires intervenant au niveau local dans la lutte contre les violences sexuelles sont renforcées.	Les informations sur l'ampleur des violences sexuelles et les capacités de prise en charge médicale et sanitaire et psychosociale des structures sanitaires et ONG locales sont disponibles dès fin 2003 Les structures sanitaires réhabilitées, équipées et disposant de personnel formés assurent la prise en charge, médico sanitaire et psychosociale des victimes de violences sexuelles	Base de données sur les violences sexuelles faites aux femmes et aux filles Existence d'activités de prévention et de prise en charge dans les zones touchées	Dès 2003 A partir de 2004	Ministère de la santé / ONG et association locales Idem	
1.3.4. Mise en place d'activités génératrices de revenu pour les victimes de violences sexuelles	Un de démarrage est mis en place et permet l'octroie de subvention pour le développement d'activités génératrice de revenus par les victimes avec l'encadrement des ONG	Rapport d'activités Support de gestion Rapport de visite sur le terrain	Trimestriellement	ONG et association	
1.3.5. Développement d'activités de plaidoyer au près des autorités nationales et locales en vue d'accroître leur engagement pour la lutte contre les violences sexuelles et créer la prise de conscience des populations sur l'ampleur du phénomènes et ses	La mise sur pied de réseaux, à partir de début 2004, de coalitions et alliances pour constituer des groupes de pression favorise la création d'un environnement favorable à la prévention, la prise en charge des violences sexuelles et la protection des femmes et filles victimes. Les populations des zones touchées par le phénomène disposent des informations les possibilités et procédures pour accéder à une assistance médicale, psychosociale et sur les	Déclarations publiques des leaders sur l'importance du problème Rapports d'activités de sensibilisation Rapports des	A partir de 2003 A partir de 2003	Toutes les structures impliquées ONG et associations Réseau de communicateurs	

conséquences.	instruments juridiques internationaux se	structures	A partir de 2003		
HIÉRARCHIE DES OBJECTIFS	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VÉRIFIABLES (IOV)	MOYENS DE VÉRIFICATION (MDV)	PERIODE DE COLLECTE DES DONNEES	RESPONSABLE DE LA COLLECTE	RISQUES / HYPOTHÈSES
	rapportant aux droits humains en général et aux droits de la femmes en particulier	communautaires de prise en charge			
1.3.6. Développement d'activités de sensibilisation sur le VIH/SIDA et les IST ciblant les personnes en tenu (FAC, Police Nationale) et de promotion des condoms féminins et masculins	Des activités de distribution des préservatifs féminins et masculins par des agents issue de FAC et Police sont menées à partir de début 2004 Nombre de personnes en tenu touchées par les activités de sensibilisation	Rapports d'activités Rapports de supervision Idem	A partir de 2004 Idem	FAC et Police Nationale Réseau des communicateurs	

MATERNITES ET CENTRES DE SANTE A REHABILITER

Critère de sélection

- Structures sanitaires de l'Etat
- Nombre d'accouchement élevé
- Accessibilité géographique (Accessibilité facile)
- Structures sanitaires des Forces Armées ou POLICE

1. Kinshasa : 15 Structures

- *Maternité Camp Kokolo*
- *Maternité Camp Lunfungula*
- *Maternité Camp Tshashi*
- *Hôpital de référence Roi Baudouin*
- *Centre Hospitalier de Matete*
- *Clinique Kinoise*
- *Centre Pilote de Masina*
- *Hôpital Général de référence de Kinkole*
- *Hôpital Général de référence de Maluku*
- *Hôpital Général de référence de N'Djili*
- Centre de Santé de Kitokimosi
- Centre de santé Menkao
- Centre de Santé Centenaire
- *Hôpital général de Kinshasa*
- *Cliniques Universitaires*

2. Bas Congo: 7 Structures sanitaires

- *Maternité de BAKI (FAC) (Muanda)*
- *Hôpital Général de référence de BOMA (Boma)*
- *Hôpital Général de référence de Kikanda (Matadi)*
- *Maternité Cité Nkulu (Mbanza- Ngungu)*
- *Maternité de référence Colonel Ebeya (Mbanza Ngungu)*
- *Maternité de référence de Nsona KuLu (Manza Ngungu)*
- *Maternité de la Police (Matadi)*

3. Kasai-Occidental : 6 Structures

- *Maternité Dikemene (Tshikapa)*
- *Cliniques de Tshikapa*
- *Hôpital Général de Tshikapa*
- *Hôpital Général de Kananga*
- Centre de Santé Camp BOBOZO (Kananga)
- *Maternité Christ -Roi (Kananga)*

4. Kasai-Oriental : 5 Structures

- *Maternité de Mwene-Ditu*

- Centre de santé Nyongolo Police
- *Centre de Santé du Camp N'Sele (FAC) (Muji-mayi)*
- *Centre de Santé Tshibombo (Muji-mayi)*
- *Hôpital Général de référence Nganda Jika (Nganda- Jika)*

5. Katanga: 5 Structures

- Centre de Santé Mwangezi
- Maternité de Katuba
- Maternité de Camp EST Police
- *CRS Kikula*
- *Maternité de référence /Base de Kamina*

6. Bandundu: 4 Structures

- *Hôpital Général Kenge I (Kenge)*
- *Hôpital Général Bandundu Ville (BDD/Ville)*
- Centre de Santé FAC (Kikwit)
- Centre de Santé ITO (BDD/ Ville)

7. Equateur: 5

- *Hôpital général de Mbandaka (Mbandaka)*
- Centre de Santé de Basoko (Mbandaka)
- Maternité de la Clinique (Mbandaka)
- *Hôpital général Boende (Boende)*
- Centre de Santé YAA (Boende)

8. Structures sanitaires de l'Est (à identifier) : 28

- Province orientale: Kisangani : 6 (2)
- Bunia: 5 (2)
- Nord Kivu: 3 (1)
- Sud Kivu : 6 (1)
- Maniema : 6 (1)
- Nord Katanga/ Kalemie: 2 (1)

Carte de la zone d'intervention