



# Fonds des Nations Unies pour la Population

## Évaluation thématique du programme d'appui de l'UNFPA à la santé maternelle, et du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle

### Étude de Cas – Pays

### *- République démocratique du Congo -*

Rapport d'analyse pays, Décembre, 2011

Personne de contact Martina Jacobson · m.jacobson@ageg.de · T + 49. (0)7021.970 87 21

AGEG Consultants eG · Jesinger Str. 52 · 73230 Kirchheim unter Teck · Allemagne

## Table des matières

<b>1</b>	<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
1.1	Objectif et portée de l'évaluation .....	1
1.1.1	<i>Portée de évaluation thématique sur la santé maternelle .....</i>	<i>1</i>
1.1.2	<i>Portée de l'évaluation à mi-parcours du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle..</i>	<i>2</i>
1.1.3	<i>Portée Géographique de cette mission.....</i>	<i>2</i>
1.2	Justification de l'étude de cas par pays .....	2
1.3	But et structure de cette note sur l'étude de cas pays.....	3
1.4	Méthodes utilisées pour la récolte de données.....	3
1.5	Limites et contraintes.....	5
<b>2</b>	<b>Courte description du secteur de la santé reproductive.....</b>	<b>6</b>
2.1	La situation de la santé maternelle en République démocratique du Congo.....	6
2.2	Les solutions de l'UNFPA à la problématique de santé maternelle dans le pays .....	7
<b>3</b>	<b>Constatations de l'étude de cas pays.....</b>	<b>9</b>
3.1	Evaluation générale de la qualité et de la portée des constatations.....	9
3.2	Constatations en rapport avec l'Evaluation thématique sur la santé maternelle.....	9
<b>4</b>	<b>Conclusions pour le BP.....</b>	<b>16</b>
<b>5</b>	<b>Prochaines étapes .....</b>	<b>17</b>
<b>6</b>	<b>Annexes.....</b>	<b>18</b>
6.1	Informations clés sur le pays .....	18
6.2	Sélection des pays pour les visites de terrain .....	19
6.3	Conception méthodologique de l'étude de cas pays .....	23
6.3.1	<i>Préparation de l'étude de cas pays.....</i>	<i>23</i>
6.3.2	<i>Programme de travail et organisation de la visite du pays .....</i>	<i>24</i>
6.4	Matrice des résultats de la collecte de données .....	26
6.5	Liste des documents consultés.....	46
6.6	Liste des personnes interviewés.....	48
6.7	Rapports des groupes témoins.....	50
6.8	Liste des projets et activités de l'UNFPA pris en compte .....	52
6.9	Equipe de terrain .....	55

## Liste des tableaux

Tableau 1: Difficultés rencontrées durant la phase de recherche documentaire, et les réponses apportées (si possible/pertinent)	5
Tableau 2: Informations clés sur RD Congo	18
Tableau 3: Echantillon déterminé des pays pendant la phase de démarrage (second tour d'échantillonnage)	21
Tableau 4: Programme de travail RDC	24
Tableau 5: Bibliographie RD Congo	46
Tableau 6: Liste de personnes interviewées	48
Tableau 7: Rapport de group témoin – activités de la SR	50
Tableau 8: Rapport de group témoin – CS de Référence	51
Tableau 9: Aperçu des principaux programmes / interventions dans le pays 2008-2010	52
Tableau 10: ATLAS data RD Congo 2004-2010	54
Tableau 11: Équipe de terrain	55

## Liste des graphiques

Figure 1: Taux de mortalité maternelle de quelques pays africains comparés à la RDC.....	6
Figure 2: Evolution du taux de mortalité maternelle RD Congo (pour 100,000 naissances vivantes).....	7

## Liste des abréviations

ABEF	Association de Bien-être Familiale
BCZS	Bureau Central de la Zone de la santé
BP	Bureau de pays de UNFPA
CCA	Bilan Commun de Pays
CPAP	Plan d'Action du Programme de Pays
CPN	Consultation Périnatale
EDS	Enquête Démographique et de Santé
GRDC	Gouvernement de la République Démocratique du Congo
H4	Organisation Mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour la population, Banque mondiale et Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
H4+	Organisation Mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour la population, Banque mondiale, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance et ONUSIDA
IPPF	Fédération internationale pour la planification familiale
JC	Judgment Criteria
M	Million
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
MHTF	Fonds Thématique d'Affectation Spéciale pour la Santé Maternelle/ Maternal Health Thematic Fund
MOH	Ministère de la Santé/ Ministry of Health
MYFF	Multi-Year Funding Framework
NPO	National Programme Officer
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OSC	Organisation de la Société Civile
P&D	Population et Développement
PTA	Plan de Travail Annuel
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNSR	Programme National de la Santé de Reproduction
RAJECOPOD	Réseau des Adolescents et Jeunes Congolais en Population et Développement
RDC	République Démocratique du Congo
RHS	Ressources Humaine pour la Santé
RNB	Revenu National Brut
SCEV	Service Central Education à la Vie
SM	Santé Maternelle
SMN	Santé Maternelle et Néonatale
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence

---

SPSR	Sécurité des Produits de Santé Reproductive
SR	Santé de la Reproduction
SRR	Santé Sexuelle et Reproductive
SWAp	Sector-Wide Approach
UNDAF	Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International
US\$	US-Dollar
VIH/AIDS	Virus de l'immunodéficience humaine/ syndrome de l'immunodéficience acquise

# 1 Introduction

## 1.1 Objectif et portée de l'évaluation

La santé maternelle demeure un défi majeur des systèmes de santé dans le monde. Nous sommes en passe de remplir plusieurs des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) d'ici à 2015, mais échouerons pour d'autres. Parmi ces derniers, la santé maternelle est celui qui a le moins de chance de remplir les objectifs fixés pour 2015. Une analyse récente a conclu à une réduction de 1.3% sur la période 1990-2008, bien en deçà de l'objectif de réduction de 5.5% à atteindre d'ici à 2015. Au rythme actuel, il faudrait 188 années pour atteindre l'objectif de 100 morts pour 100,000 naissances.

Étant donné le retard pris pour remédier à la mortalité maternelle, il est indispensable que des interventions efficaces soient mises en œuvre et fassent l'objet d'un suivi. Une évaluation attentive de ces interventions est indispensable pour déterminer ce qui fonctionne et pour s'assurer que le peu de ressources disponibles sont allouées efficacement. Ceci est particulièrement important dans les pays en développement où la mortalité maternelle est la plus élevée, et l'accès aux soins de santé maternelle est difficile. Pour cette raison, le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) a lancé une évaluation de l'appui et des interventions qui ont été mises en œuvre au cours des dix dernières années pour l'amélioration de la santé maternelle, ainsi qu'une évaluation à mi-parcours du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle.

Cette mission vise à bénéficier des possibles synergies entre les évaluations de l'UNFPA en menant deux évaluations parallèlement: l'évaluation thématique sur la santé maternelle et l'évaluation à mi-parcours du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle (MHTF). Ces domaines, groupements et instruments ont beaucoup de points communs, et une évaluation croisée de l'un et l'autre peut permettre d'obtenir des informations plus précises sur les domaines thématiques de la santé maternelle et reproductive dans son ensemble, ainsi que sur le Fonds Thématique pour la Santé Maternelle en tant que tel.

### 1.1.1 Portée de l'évaluation thématique sur la santé maternelle

L'évaluation thématique sur la santé maternelle vise à évaluer la pertinence, l'efficacité, l'efficience et la durabilité de tous les instruments<sup>1</sup> d'appui proposés par l'UNFPA pour l'amélioration de la santé maternelle. En principe l'évaluation couvre toutes les interventions programmées directement liées aux problématiques de mortalité et de morbidité dans le mandat de l'UNFPA, y compris les activités financées par les ressources de base et celles financées par les Fonds<sup>2</sup> Thématiques pour la Santé Reproductive de l'UNFPA. A travers ces interventions et instruments, l'évaluation thématique sur la santé maternelle se concentre sur les éléments clés de la santé reproductive, y compris le planning familial, l'accouchement assisté et les soins obstétriques d'urgence, et les soins aux nouveau-nés, c'est-à-dire les trois piliers pour réduire la mortalité maternelle.

<sup>1</sup> Y compris les ressources de base, les cofinancements et les fonds thématiques.

<sup>2</sup> i.e. Le Fonds Thématique pour la Santé Maternelle, le Programme Mondial pour l'amélioration de la Santé Reproductive, et le Programme commun UNFPA- UNICEF contre les mutilations génitales féminines.

### 1.1.2 Portée de l'évaluation à mi-parcours du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle

Le cadre stratégique du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle (le business plan du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle) établit un cadre de référence clair pour l'évaluation à mi-parcours. Un sujet propre à l'évaluation de mi-parcours du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle est l'évaluation de la coordination et les processus de gestion internes du fonds. Tout comme pour l'évaluation thématique sur la santé maternelle, l'évaluation à mi-parcours du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle se basera sur les conclusions d'une évaluation thématique qui adoptant une approche comparative entre la situation sans le Fonds Thématique pour la Santé Maternelle et la situation avec. Le principal facteur contraignant apparaît être que la structure et le contenu diffèrent souvent d'un pays à l'autre.

### 1.1.3 Portée Géographique de cette mission

Il a été décidé avec le groupe en charge du projet de limiter la portée géographique de cette évaluation aux 54 pays dont la mortalité maternelle dépassait les 300 morts pour 100,000 naissances en 2000. La principale raison pour cette délimitation est qu'elle permettra à l'évaluation de:

- a) déterminer si ces pays ont ou n'ont pas fait des progrès en matière de santé maternelle depuis 2000;
- b) de se concentrer sur l'analyse des pays dont le défi en matière de l'amélioration de la santé maternelle a été le plus grand d'après le 5<sup>e</sup> objectif du Millénaire pour le développement.

## 1.2 Justification de l'étude de cas par pays

Les évaluateurs ont mené un processus d'échantillonnage détaillé pendant la phase d'étude documentaire pour sélectionner les pays à inclure dans la phase de terrain de l'évaluation. En se basant essentiellement sur des critères quantitatifs, les 145 pays partenaires de l'UNFPA ont été réduits successivement de 145 à 54, à 22, et finalement à 10 pays. Les critères utilisés ont été:

- le taux de mortalité maternelle (TMM),
- le degré d'évolution dans la réduction du Taux de Mortalité Maternelle,
- si les pays bénéficient d'aide monétaire du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle (depuis sa première / deuxième étape, ou pas du tout)<sup>3</sup>,
- la qualité de l'administration publique,
- le revenu national brut (RNB) par habitant, et
- la prévalence du VIH dans le pays.

Les pays étudiés furent ensuite choisis afin de s'assurer que chacun des principaux types de pays (selon la typologie ci-dessous) soient représentés par un pays qui aura réalisé d'importants progrès, ainsi qu'un pays répondant aux mêmes critères mais n'ayant fait que des progrès limités dans la lutte contre la mortalité maternelle.

Avec un RNB inférieur à US\$1,000 une administration publique faible et un taux de prévalence VIH relativement faible, la République Démocratique du Congo (RDC) montre des

<sup>3</sup> Pour les besoins de cette évaluation, les pays qui ont reçu un financement du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle soit en 2008 ou en 2009 sont considérés comme «pays MHTF»; les pays qui n'ont pas encore reçu de financement du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle, ou ont été inclus dans le Fonds Thématique pour la Santé Maternelle seulement en 2010 (dernière année de la période prise en compte dans cette évaluation), ont été considérés comme «pays sans MHTF ».

similitudes avec la situation au Soudan. Le Soudan bénéficie cependant du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle depuis 2008/09 alors que la RDC n'a pas bénéficié du fonds pendant la période d'évaluation. Néanmoins, la RDC a fait de meilleurs progrès pour réduire son taux de mortalité maternelle que le Soudan, pourtant soutenu financièrement par le Fonds. Le développement contraire de ces deux pays sera la préoccupation principale de la mission de terrain en RDC.

### 1.3 But et structure de cette note sur l'étude de cas pays

Cette étude de cas pays a été préparée selon la réalisation de l'étude cas pays à la République démocratique du Congo, et résume ses conclusions et constatations. Elle contient en outre une description de la méthodologie appliquée dans cette étude de cas et des activités mises en œuvre par l'équipe. Il est essentiel que des interventions efficaces soient mises en œuvre et fassent l'objet d'un suivi. Les constatations de cette étude cas, avec les constatations des 9 autres études de cas pays, serviront ensuite à renseigner le rapport final sur l'évaluation thématique sur la santé maternelle et l'évaluation de mi-parcours du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle.

Cette note est organisée comme suit:

- Introduction
- Méthodologie de l'étude de cas
  - Méthodologie utilisée;
  - Possibles limites et contraintes
- Courte description du secteur des ressources humaines dans le pays
- Constatations/résultats
- Conclusions sur les problématiques à évaluer lors de la visite pays
- Annexes

### 1.4 Méthodes utilisées pour la récolte de données

La méthodologie pour l'étude de cas a été développée à partir de la méthodologie générale de l'Évaluation Thématique sur la Santé Maternelle comprenant l'évaluation à mi-parcours du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle (voir le rapport documentaire). Le but de la méthodologie de l'étude de cas pays était de faire un usage optimal de la visite de terrain pour réunir des données et des informations afin de vérifier les hypothèses développées lors de la phase de recherche documentaire, et de compléter les réponses et conclusions aux questions de l'évaluation.

Pour toutes les visites de terrain, l'équipe d'évaluation a choisi, pour la sélection et l'entretien des personnes interrogées, et la collecte des données/informations, une méthode afin de s'assurer que pour chaque question de l'évaluation, l'information sur les sujets clés seraient recueillies

- a. à travers différentes sources (trois sources de données), et, si possible,
- b. avec des méthodes complémentaires (méthodologie de la triangulation<sup>4</sup>)

Au RDC, l'équipe d'évaluation a utilisé ces méthodes pour recueillir les différentes données durant la visite de terrain:

---

<sup>4</sup> I.E entretiens semi-guidés, groupes de discussion, analyse documentaire



La première étape a consisté en une recherche documentaire visant à bien comprendre l'histoire de la coopération de l'UNFPA avec le pays, le contexte actuel, les principaux enjeux et les défis, à la fois pour le pays et pour l'UNFPA au sein du pays. A cette fin, l'équipe a rassemblé toute une série de rapports y compris le Rapport de l'États des Lieux des Zones de Santé appuyées par le 3<sup>e</sup> Programme de l'UNFPA (2008), le rapport de la mission inter-divisionnelle de l'UNFPA sur la RDC (2009), le « Business Case » pour la décentralisation des bureaux de l'UNFPA en RDC (2010), l'Évaluation thématique du Soutien de l'UNFPA pour la Santé maternelle (2011), l'Enquête MICS (Multiple Indicator Cluster Survey ) publié en 2011 et le Plan National de Développement sanitaire, 2011-2015. L'équipe a également pris connaissance d'un certain nombre d'outils de communication développés par l'UNFPA.

L'étape suivante, destinée à compléter les informations documentaires, consistait en une série d'entretiens avec différentes structures présentes dans la capitale. Ainsi, l'équipe a rencontré le Représentant de l'UNFPA à Kinshasa ainsi que les différents bureaux dans le pays. Pendant une visite au Ministère de la Santé Publique, l'équipe a rencontré des hauts fonctionnaires travaillant dans plusieurs services, en particulier le Directeur de la Santé Familiale, des groupes spécifiques, les responsables du Programme National de Santé Reproductive, les chefs de plusieurs bureaux, notamment ceux des ressources humaines et de la formation continue des adolescents. Au-delà de ces institutions, l'équipe a rencontré le personnel de plusieurs Organisation non gouvernementale (ONG) dans la capitale, notamment le Service Central Éducation à la Vie (SCEV); le Réseau des Adolescents et Jeunes Congolais en Population et Développement (RAJECOPOD); et les Centres des Jeunes BOMOTO, ainsi que plusieurs services de santé confessionnelles.

La troisième étape concernait la mise en œuvre des différents aspects du programme de l'UNFPA. Une partie de l'équipe s'est dirigée vers la province du Bas Congo tandis que l'autre partie de l'équipe effectuait des visites à Kinshasa même. Dans les deux cas, les équipes ont visité plusieurs établissements, y compris des structures de première ligne et des hôpitaux et maternités de référence. Ceci a permis d'évaluer l'état d'avancement des différents types de soutien proposés dans le programme pays (formation, commodités, supervision, etc.) et d'enquêter sur l'efficacité, les avantages et/ou les faiblesses de l'approche de l'UNFPA.

Enfin, les membres de l'équipe ont eu l'occasion d'échanger avec le Représentant et son personnel dans une réunion de restitution, où ils ont pu vérifier et approfondir leurs constats.

Une liste complète des personnes interviewées ainsi que des courts enregistrements des groupes de discussion sont présentés en Annexe 6.5 et 6.6.

De plus, le bureau du RDC a été l'un des 54 bureaux locaux de l'UNFPA à avoir été invité à participer à un sondage en ligne afin de solliciter en particulier, des commentaires sur la capacité organisationnelle des bureaux locaux, et sur l'appui que les bureaux locaux ont reçu du siège de l'UNFPA et des bureaux régionaux dans le domaine de la santé maternelle.

## 1.5 Limites et contraintes

**Tableau 1: Difficultés rencontrées durant la phase de recherche documentaire, et les réponses apportées (si possible/pertinent)**

Difficultés rencontrées	Réponses
<p>Limites par rapport aux régions visitées . Un facteur de limitation significative en ce qui concerne le travail de l'équipe responsable de l'étude de cas en RDC concernait les visites sur le terrain. Pour des raisons de sécurité, de distance mais aussi de temps, l'équipe a choisi, avec l'accord du bureau de l'UNFPA, de visiter des provinces et des zones accessibles par la route à partir de Kinshasa au lieu de prendre l'avion.</p>	<p>Néanmoins, ceci n'a pas constitué une limitation sérieuse dans la mesure où les aires visitées par l'équipe – à savoir des zones de santé en Bas Congo et dans les environs de Kinshasa – étaient des zones d'intervention prioritaires pour le programme. L'UNFPA leur accorde un soutien technique et financier pour le renforcement de la santé maternelle. Par ailleurs, Kinshasa et Bas Congo constituent deux des trois provinces impliquées dans l'initiative H-4+, menée par l'UNFPA.</p>

## 2 Courte description du secteur de la santé reproductive

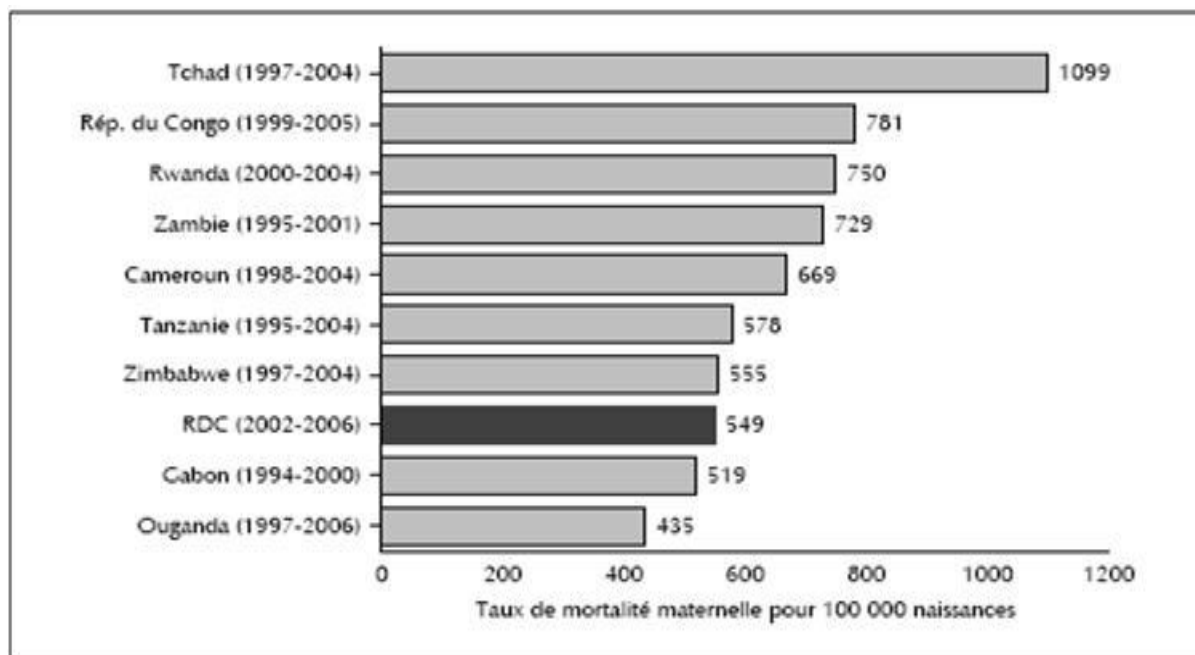
### 2.1 La situation de la santé maternelle en République démocratique du Congo

Le taux de mortalité maternelle qui était de 850 pour 100,000 naissances vivantes en 1985 est passé à 1,289 pour 100,000 naissances vivantes en 2001 (MICS 2). Ce qui correspond à 36,000 femmes qui mouraient chaque année en couche. Il était ainsi l'un des plus élevés au monde. En 1998, la mortalité maternelle était de 1,837 pour 100,000 naissances vivantes. L'Enquête de Démographique et de Santé (EDS) qui a été réalisée en 2007 situe le ratio de mortalité maternelle à 549 décès pour 100,000 naissances vivantes. Le MICS 4 2010 évalue ce ratio à 685 décès pour 100,000 naissances vivantes.

On se rend compte qu'en dépit des progrès réalisés en rapport avec la baisse du taux de mortalité maternelle, il reste encore du chemin à parcourir pour réaliser l'objectif du millénaire pour le développement y relatif qui consiste à réduire la mortalité maternelle de 3/4, soit atteindre un ratio de mortalité maternelle égal à 322 décès maternels pour 100,000 naissances vivantes.

Comparé à celui des autres pays, le ratio de mortalité maternelle en RDC se situe pour le moment autour de la moyenne des pays de la sous-région.

**Figure 1: Taux de mortalité maternelle de quelques pays africains comparés à la RDC**



Source: Ministère du Plan: Enquête Démographique et de Santé (EDS, 2007)

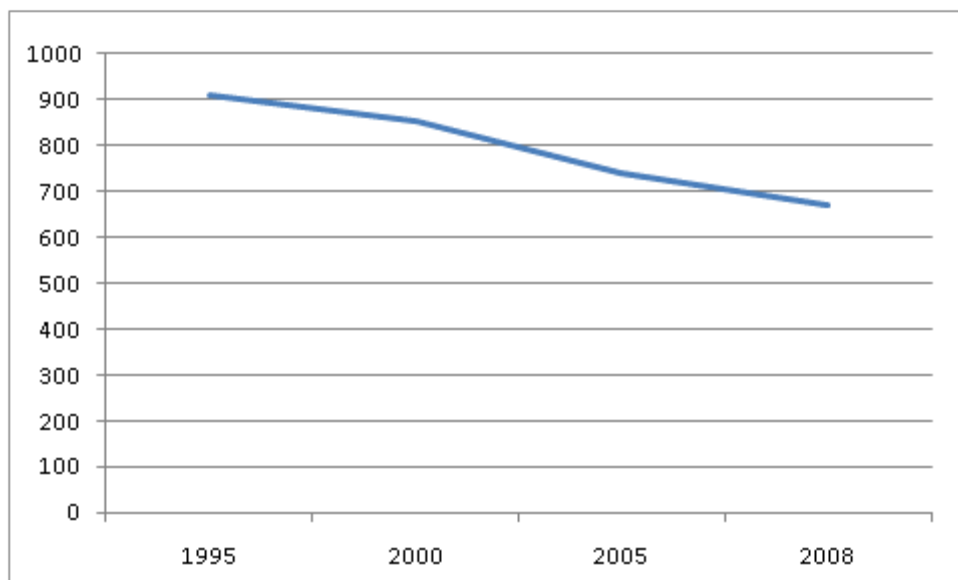
Les consultations prénatales (CPN): Sur l'ensemble du pays, les CPN ont progressé ces dernières années, passant de 68% en 2001 d'après les résultats de l'enquête MICS 2 à 85% selon les résultats de l'EDS-RDC de 2007, mais avec de grandes disparités selon les provinces. Si une femme enceinte sur deux a effectué les 4 visites recommandées, plus de 12% n'en ont effectuée aucune. Du point de vue de la vaccination antitétanique, près de trois femmes sur dix (29%) n'ont reçu aucune injection au cours de leur dernière grossesse.

En ce qui concerne les accouchements, la situation en milieu rural est préoccupante avec quatre naissances sur dix (39%) à domicile contre 58% dans un établissement sanitaire. Seulement 74% des naissances se sont déroulées avec l'assistance de personnel formé. L'assistance à l'accouchement par du personnel de santé qualifié s'est cependant nettement améliorée ces dernières années, puisqu'elle n'était que de 61% en 2001 d'après les données de l'enquête MICS 2.

Enfin, au niveau des soins postnatals, la grande majorité des femmes qui n'ont pas accouché dans un établissement sanitaire n'a reçu aucun soin postnatal (87%).

Le taux d'utilisation de la Planification Familiale est passé de 15% en 1985 à 5,4% très faible 5,4% en 2010 à cause de la rupture de la coopération avec les partenaires internationaux vers les années 1990.

**Figure 2: Evolution du taux de mortalité maternelle RD Congo (pour 100,000 naissances vivantes)**



Source: Base de données de l'observatoire mondiale pour la santé de l'OMS

## 2.2 Les solutions de l'UNFPA à la problématique de santé maternelle dans le pays

En 2011, l'UNFPA a réorganisé et recentré son programme en RDC, en fermant onze antennes pour les remplacer par trois bureaux décentralisés à Kinshasa, Goma et Lubumbashi, tout en gardant un bureau central à Kinshasa. Au-delà de la contrainte budgétaire, le représentant de l'UNFPA nous a expliqué que la principale motivation de ces changements était de renforcer les activités de l'UNFPA dans des domaines spécifiques ciblés plutôt que de continuer de disperser ses efforts dans trop de domaines, ce qui limitait son impact. L'objectif était de focaliser l'ensemble des activités de l'agence sur l'amélioration de la santé maternelle et reproductive dans ces « zones d'intervention » dans la perspective d'inverser la baisse très marquée au niveau national de l'usage de la contraception. Les stratégies clé sont, en autres:

**La sensibilisation à l'importance de la planification familiale** comme contribution primordiale à la santé maternelle, grâce à un meilleur accès à une gamme complète de

méthodes de contraception, à la disponibilité, selon les besoins, de produits de qualité, à une formation initiale et continue pour les fournisseurs de services de planification familiale, et à des initiatives dans le domaine de la communication pour soutenir le Programme National de la Santé Maternelle (PNSM) et des ONG prestataires de services et d'une stratégie avancée ciblant les jeunes.

**Le renforcement des capacités dans le domaine de l'obstétrique** par le biais de formations professionnelles y compris dans le domaine des soins néonataux d'urgence (SONU), grâce à la rénovation et à l'équipement des maternités, et à la mise en exergue de l'importance d'un suivi approfondi pendant la grossesse et d'un accouchement professionnellement assisté, basé encore une fois sur la formation et la supervision formative.

**Mesures destinées à combattre les fistules urogénitales**, une maladie exceptionnellement onéreuse qui atteint surtout des femmes pauvres suivant l'accouchement. Ceci implique la formation des médecins dans les techniques de réparation des fistules, le remboursement intégral des frais de la procédure, et un soutien aux ONG qui organisent la formation et l'accompagnement des femmes après la chirurgie, pour les aider dans leur réintégration au sein de la société.

**Le Pilotage de l'initiative H-4+**, consacrant un partenariat entre l'UNFPA, l'UNICEF, l'Organisation Mondiale de la Santé et la Banque Mondiale et donnant lieu à une mise en commun de leur ressources pour maximiser leur contributions au renforcement des services de santé maternelle – aussi bien confessionnel que gouvernemental - dans des zones géographiques ciblées.

## 3 Constatations de l'étude de cas pays

### 3.1 Évaluation générale de la qualité et de la portée des constatations

L'équipe responsable de la conduite de l'étude de cas destinée à analyser le soutien de l'UNFPA pour les programmes de santé maternelle en RDC n'a rencontré aucune difficulté à obtenir l'information qu'elle cherchait (hormis quelques problèmes dans les données, tel que signalé ci-dessus) et à établir les contacts qu'elle jugeait nécessaires. Le personnel de l'UNFPA était a été accueillant et serviable, et a fourni tout le soutien logistique requis, aussi bien à Kinshasa que dans ses alentours et lors d'un déplacement dans le Bas Congo. Ceci a permis à l'équipe d'obtenir des renseignements et un aperçu objectif des stratégies et du rendement de l'UNFPA, de manière non biaisée. La mission a rencontré plusieurs agents du Ministère de la Santé et des prestataires de services de santé aux niveaux provincial et régional, et dans les structures de santé. L'équipe a également rencontré les représentants d'autres bailleurs de fonds. Un des principaux enseignements de cette mission aura également été que Les membres ont retenu le message que l'UNFPA est disposé à analyser son travail et à envisager d'adopter de nouvelles idées susceptibles de l'aider dans ses efforts visant au renforcement de la santé maternelle en RDC.

### 3.2 Constatations en rapport avec l'Évaluation thématique sur la santé maternelle

#### 3.2.1 *Question d'évaluation 1: Dans quelle mesure l'aide de l'UNFPA en matière de santé maternelle répond-elle de façon adéquate aux besoins des groupes vulnérables entre et au sein des pays, en termes de santé maternelle et reproductive?*

Les critères qualitatifs pour la répartition des ressources semblent obscurs et déséquilibrés et ne semblent pas prendre en compte le poids démographique, l'étendue du pays et/ou les besoins de la population. L'UNFPA en RDC est frustré par sa faiblesse financière qui ne permet absolument pas une participation à la hauteur des autres partenaires (JC 1.1).

La collecte de données en RDC est relativement difficile et n'est pas toujours très fiable à cause des faiblesses institutionnelles, des obstacles géographiques et des difficultés de transport. Toutefois, la restructuration de l'UNFPA dans le pays a été basée sur les informations provenant notamment de deux rapports: le rapport de l'UNFPA sur la mission inter-divisions en république démocratique du Congo, publié le 11 septembre 2009 et une analyse des bureaux décentralisés de l'UNFPA en république démocratique du Congo, publiée en décembre 2010 (JC 1.2).

Bien que le programme d'activités de l'UNFPA cible les groupes vulnérables, le programme n'est pas toujours mis en œuvre du fait des difficultés dans le décaissement des fonds. D'autre part le siège impose de nouvelles priorités dont la pertinence pour la RDC n'est pas toujours démontrée. En outre, dans une situation où le gouvernement ne tient pas toujours ses engagements, ceci rend parfois difficile la mise en œuvre de certains aspects du programme UNFPA (JC 1.3).

**3.2.2** *Question d'évaluation 2: Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il contribué avec succès à l'amélioration de l'harmonisation des efforts pour l'amélioration de la santé maternelle, et en particulier via sa participation à des partenariats stratégiques et multisectoriels, à des niveaux globaux, régionaux et nationaux?*

Le plan conjoint du H4+ a été développé sur la base d'une cartographie des zones d'intervention des bailleurs de fonds. (Voir déclaration conjointe de 22 Juillet, 2008 de OMS/ UNFPA/ UNICEF/ Banque Mondiale sur le lancement du programme H4+, ainsi que « UNFPA EN ACTION », Rapport Annuel 2010, tous les deux citées en Annexe 6.4.)

Les démarches H4+ ont commencé dans les 3 provinces cibles (Bas Congo, Bandundu et Kinshasa). Certaines activités de planification, telles la cartographie, ont été lancées mais la mise en œuvre complète se fait attendre. La seule agence qui paraît actuellement être engagée de manière significative en ce moment est l'UNFPA (JC 2.1).

En dépit du fait qu'ils ont développé un plan conjoint, chaque agence gère son propre budget de manière indépendante. Au sein de ce processus, il est pour le moment difficile de distinguer une vraie coordination. Des problèmes de coordination liés principalement à l'absence d'harmonisation par rapport au décaissement de l'argent (les calendriers pour la mise à disposition des fonds ne coïncident pas) existent entre les différentes agences H4+. Mais comme présenté dans la Matrice des Résultats, Annexe 6.3 (JC 2.1), l'équipe est confiante que, grâce à des réunions régulières et à leur engagement commun à résoudre ces questions, les membres du partenariat H4+ (OMS/UNFPA/UNICEF/Banque Mondiale) parviendront à une coordination efficace d'ici quelques mois.

La cartographie des donateurs dans le domaine de la santé reproductive est déjà faite sur la base d'un financement extérieur. La provenance exacte de ce financement n'est pas connue par l'équipe (JC 2.2, JC 2.3).

**3.2.3** *Question d'évaluation 3: Dans quelle mesure l'aide de l'UNFPA a-t-elle contribué à une participation plus forte des communautés qui ont participé à accroître les niveaux actuels de demande et d'utilisation de services, et en particulier via son partenariat avec la Société Civile?*

L'UNFPA a encouragé et soutenu le Ministère de la Santé dans ses tentatives de faire supprimer la loi interdisant la contraception en RDC.

Il a soutenu des associations de femmes et de la jeunesse dans leurs efforts de formation, visant un renforcement des compétences en matière de santé reproductive et sexuelle. Il a également fourni des équipements et des contraceptifs. L'UNFPA a également milité en faveur d'une inclusion plus complète des organisations confessionnelles dans les programmes gouvernementaux et soutient ces dernières dans le domaine de la formation, dans l'approvisionnement des équipements, des médicaments et des contraceptifs (JC 3.1).

Certaines tensions existent entre le gouvernement et la société civile quant au choix de l'UNFPA d'allouer ses ressources aux associations à cause d'inquiétudes relatives à la gestion des fonds au sein de la fonction publique. Une autre preuve de ces tensions se trouve, par exemple, dans le mécontentement de la part de la Direction des Programmes des Adolescents du Ministère de Santé quant à la décision de l'UNFPA de financer certaines activités des Organisations de la Société Civile (OSC) (BOMOTO, RAJECOPOD, SCEV) qui s'occupent des programmes de promotion de la santé parmi les jeunes au même temps que, alors même qu'il ne finance plus les activités de la Direction (Voir JC 3.2 dans la Matrice des Résultats; Annexe 6.3, pour plus des détails).



### 3.2.4 *Question d'évaluation 4: Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il contribué au renforcement des ressources humaines pour la planification de la santé et à la disponibilité des ressources humaines pour la santé maternelle et des nouveaux nés?*

Grâce à ses échanges réguliers avec le gouvernement au cours de son Troisième Programme de coopération (2008-2012), l'UNFPA a pu sensibiliser le Ministère de la Santé au sujet de la formation des sages-femmes. Il a mis en avant le besoin d'une formation raccourcie (réduite de neuf à trois ans) pour les accoucheuses, et a souligné l'importance d'ouvrir de nouvelles écoles de Sages-femmes, tout en améliorant le contenu de la formation (en mettant l'accent sur la dimension pratique de la formation). L'intervention de l'UNFPA a mené également à une réflexion sur le développement d'une formation permettant la reconversion d'infirmiers polyvalents en sages-femmes diplômées. En 2008-2009 il a soutenu le gouvernement dans la mise au point d'un recensement des sages-femmes et a accompagné l'Association des Sages-femmes dans sa démarche de professionnalisation et dans une tentative de développer un système renforcé de régulation. Il a soutenu aussi, grâce à un partenariat avec l'Hôpital Marie Biamba Mutombo de Kinshasa, la formation des médecins Congolais dans la réparation chirurgicale des fistules urogénitales qui touchent les femmes pauvres (Voir JC 4.1 dans la Matrice des Résultats; Annexe 6.3, pour plus des détails).

Dans le domaine de la planification, l'UNFPA a organisé un atelier sur l'évaluation et l'amélioration de la planification stratégique comprenant le besoin d'un changement de la loi sur la contraception. Toutefois, ses efforts visant à encourager le suivi et contrôle conjoints des structures de santé dans les zones cibles, dont un des principaux objectifs est le renforcement des capacités du personnel de santé, s'avèrent parfois insuffisants du fait de l'absence de prise en charge financière ministérielle (JC 4.2).

### 3.2.5 *Question d'évaluation 5: Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il anticipé et répondu aux menaces sur la santé reproductive dans le contexte d'urgence humanitaire?*

L'UNFPA cherche à assurer la prise en compte des intérêts des femmes dans l'approche de la gestion des camps de réfugiés, surtout dans le domaine de la santé reproductive. Cette stratégie inclue un soutien aux structures de santé locales par la réhabilitation, l'approvisionnement en équipement, médicaments et produits contraceptifs, la formation des prestataires de services et la fourniture de kits (maternité, hygiène et violence sexuelle).

L'UNFPA participe avec les autres bailleurs de fonds au contrôle (quand les limitations budgétaires le permettent) et à l'évaluation des situations de crise humanitaire. Dans de telles circonstances, il cherche avant tout à assurer la livraison dans les délais voulus de fournitures, ce qui constitue souvent un problème important. Toutefois, l'UNFPA a parfois des difficultés à mobiliser ses moyens du fait des procédures internes complexes. Ceci peut amener à des délais de plusieurs jours, voire de semaines, dans la livraison des fournitures depuis les différents dépôts régionaux aux points d'intervention. Il se trouve, par exemple, fortement handicapé par le manque d'une base de données adéquate quant à l'estimation des besoins en médicaments et produits contraceptifs qui fourniraient l'information nécessaire sur les stocks des produits disponibles à un moment donné. Le personnel est très préoccupé par cette question et aurait besoin d'assistance technique pour résoudre le problème.

Dès le début, la valeur ajoutée de la participation de l'UNFPA dans des situations de crise consiste en le fait que cela attire l'attention directement sur les questions, souvent négligées, de santé reproductive et de violences sexuelles (JC 5.1, JC 5.2).



### 3.2.6 *Question d'évaluation 6: Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il contribué à l'élargissement, ainsi qu'à l'accroissement de l'utilisation et de la demande du Planning Familial?*

L'UNFPA a fait des efforts considérables pour s'aligner sur le Ministère de la Santé en ce qui concerne le développement d'une politique de formation dans le but d'assurer l'adoption dans l'ensemble du pays des formations et des normes y afférant. L'objectif est, bien sûr, d'assurer des prestations de qualité mais, étant donné l'énorme demande non satisfaite au sein de ce pays (5.8% taux d'utilisation de la contraception moderne), ceci semble constituer un défi à long terme, un travail de longue haleine. Dans le cadre à la fois des formations relevant du Premier (1998-2002) et Deuxième (2003-2007) Programmes, et de celles planifiées sous le Troisième Programme (2008-2012), l'UNFPA s'est efforcé de remplir les objectifs de formation. Dans le cadre du Troisième Programme, bien que les formations ne soient pas jusqu'à ce jour mises en œuvre, elles ont été planifiées en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé selon leurs souhaits et dans le cadre de leur stratégie. Ces efforts ont été accompagnés par la réhabilitation des structures sanitaires, pour que les cadres nouvellement formés aient un environnement positif dans lequel travailler. En 2010, 58 structures dans 10 provinces ont été réhabilitées avec le financement de l'UNFPA.

Le but de cette collaboration, de la part de l'UNFPA, est de renforcer petit à petit la capacité du Ministère à se responsabiliser pour sa propre planification, et assumer petit à petit la direction effective, ainsi que (si nous voulons être ambitieux) un niveau de financement plus important, du programme national de Santé de la Reproduction (SR). Un obstacle à court terme à cette collaboration est le partenariat central entre l'UNFPA et le Programme National de la Santé de Reproduction (PNSR) qui n'est pas, à l'heure actuelle, aussi constructif qu'on pourrait le souhaiter. Elle est entachée de critiques qui vont dans les deux sens et dont les causes sont vraisemblablement des incompatibilités d'ordre personnel, et une mauvaise gestion entre autres. Il est impératif que la direction – des deux côtés – prenne les mesures nécessaires pour restaurer la collaboration et rétablir une relation de confiance entre l'UNFPA et le PNSR (JC 6.1).

A l'heure actuelle, l'UNFPA encourage fortement le gouvernement à développer des systèmes pour l'estimation des besoins en commodités et pour assurer la continuité dans l'approvisionnement. Un modèle a été développé et testé avec le soutien de plusieurs ONG telle que l'Association de Bien-être Familiale (filiale d'ABEF - Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF)) pour la distribution de fournitures au sein de la communauté, mais la mise en œuvre est très insuffisante en termes de suivi et de monitoring. Malheureusement, les ressources requises pour assurer ce processus de suivi formel font très largement défaut. Par ailleurs, étant donné la taille du pays, ces efforts doivent aller très loin pour satisfaire la demande. A l'heure actuelle, la qualité des services est insuffisante et les fournitures les plus recherchées (telles que les implants) sont souvent indisponibles.

### 3.2.7 *Question d'évaluation 7: Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il contribué à l'accroissement de la présence de personnel qualifié lors de grossesse et d'accouchement et aux services du SONU dans les pays partenaires?*

Dans ses démarches destinées à soutenir le Ministère de la Santé Publique, l'UNFPA a mis l'accent sur les services des SONU comme une dimension essentielle des services de santé maternelle. Toutefois, dans l'absence de données fiables, il est difficile de tirer des conclusions sur la distribution équitable (ou non) de ces structures dans le pays. Plus spécifiquement, l'UNFPA a soutenu – dans le contexte du H4+ - une enquête concernant les services SONU dans les trois zones d'intervention. En outre, ils ont mis sur pied un certain nombre de formations pour le personnel des SONU, destinées à prendre en compte le déficit important en matière de capacités. Dans un souci de rendre ces structures plus fonctionnelles et plus attractives pour le personnel, un accord a été conclu en Bas Congo et en Katanga sous lequel la province a accepté la responsabilité de la construction et de la réhabilitation des maternités tandis que l'UNFPA s'est engagé à fournir les équipements. Malheureusement, de manière générale, il n'y a que très peu d'indication de la mise en place de systèmes de référencement. Un autre problème concerne l'insuffisance des ressources pour le monitoring et le suivi du personnel.

Pour encourager le recours par les femmes en âge de procréation aux services de santé, l'UNFPA a soutenu la formation de travailleurs communautaires bénévoles qui transmettent des messages de santé reproductive dans leur entourage. L'UNFPA a soutenu également la production d'outils de communication dont l'objectif est de promouvoir la planification familiale et l'accouchement assisté au sein de la communauté. L'UNFPA s'est engagé dans une démarche visant à établir une plateforme médiatique pour les journalistes régionaux y compris des liens avec les écoles de journalisme. Par ailleurs, un accord a été négocié avec l'ONG internationale « Search for Common Ground » pour la dissémination de spots pédagogiques sur les 88 radios communautaires du pays (JC 7.1, JC 7.2).

### 3.2.8 *Question d'évaluation 8: Dans quelle mesure l'utilisation de preuves internes et externes dans les stratégies de développement, de programmation et de réalisation de l'UNFPA a-t-elle contribué à l'amélioration de la santé maternelle dans ses pays partenaires?*

On prend note des deux études/analyses entreprises par l'UNFPA/ RDC, basées sur lesquelles (ainsi que les conclusions du son Représentant) l'UNFPA a réorganisé ses bureaux nationaux, passant de onze bureaux provinciaux à trois bureaux décentralisés. Ceci a eu pour but de focaliser ses efforts sur le renforcement des services de santé maternelle en zones de santé bien ciblées.

Les principaux facteurs qui ont contribué au faible contrôle des bureaux nationaux et de leur incapacité à apprendre de leurs efforts, ont été l'immensité du pays, le mauvais état des systèmes routiers et de communication, et surtout le manque d'une base de données fiable sur presque tous les aspects des besoins sanitaires et des prestations des services disponibles. La préparation d'une cartographie de la Santé Maternelle et Néonatale (SMN) a été une réponse à cette lacune, et le recensement national préparé par l'UNFPA maintenant prévu pour 2012, en sera une autre (Voir JC 8.2 and 8.3 dans l'Annexe 6.3 pour une discussion plus détaillée de ces sujets).

**3.2.9** *Question d'évaluation 9: Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il aidé à garantir le fait que la santé maternelle, la santé sexuelle et la santé reproductive soient intégrées de façon appropriée au sein des instruments de développement nationaux, ainsi qu'au sein des cadres de politiques sectorielles dans ses pays partenaires?*

L'UNFPA a cherché à renforcer la prise en compte de la santé reproductive dans le développement des stratégies de planification au niveau national. Il a, par exemple, organisé un atelier et un colloque scientifiques en 2010, destinés à renforcer les compétences en planification dans ce domaine. Par ailleurs, la cartographie entreprise avec le soutien de l'UNFPA et de l'USAID montre les efforts mis en œuvre pour atteindre une certaine cohérence dans le cadre des politiques de santé reproductive (JC 9.1).

Comme nous l'avons déjà noté, l'UNFPA a pris les devants dans le processus de planification pour le prochain recensement. En outre, il a fortement encouragé l'inclusion des indicateurs de la santé reproductive dans l'analyse des besoins et dans la définition des priorités et a participé avec d'autres partenaires à des efforts visant à améliorer la production de statistiques fiables, par exemple dans le cadre de la publication ministérielle de l'Enquête MICS en mai 2011. L'engagement du gouvernement reste toutefois faible (JC 9.2).

L'UNFPA a également contribué dans le domaine de la communication. Cette démarche s'appuie sur la mise en place de mécanismes tels qu'une collaboration avec des associations de journalistes, des agences de presse, des associations participant à la société civile et des représentants des milieux politiques aussi bien que la publication et distribution de supports de communication (affiches, bandes dessinées, boîte à images). Malheureusement, des moyens financiers suffisants pour la mise en œuvre ne sont pas disponibles.

**3.2.10** *Question d'évaluation 10: Dans quelle mesure les programmes de santé maternelle de l'UNFPA et leurs mises en œuvre, ont-ils adéquatement utilisé les synergies existantes entre, d'une part, le portefeuille de programmes de l'UNFPA liés à la santé sexuelle et à la santé reproductive, et d'autre part l'aide de l'UNFPA dans des programmes liés à d'autres secteurs?*

L'UNFPA a cherché à développer un programme cohérent qui lie l'ensemble de ses domaines d'activité. En particulier, il a mis l'accent sur la communication: relations avec la presse, travail avec des associations des femmes et des jeunes (par exemple ABEF-IPPF), développement et publication de supports pour les démarches de sensibilisation. Dans le cadre des démarches citées en objet, l'UNFPA a soutenu les activités du Ministère du Genre y compris dans les communications visant le changement des attitudes et la réhabilitation des centres de promotion de la femme (surtout au Bas Congo, à Kitanga et à Kinshasa). Ainsi, par exemple, l'UNFPA s'est associé au Ministère du Genre pour financer la réinsertion socio-économique des femmes guéries des fistules ou victimes de violences sexuelles ainsi que des filles-mères. Il s'est impliqué également dans la formation à la communication de l'Union Nationale des Femmes (JC 10.1).

L'UNFPA a effectué un travail important de plaidoyer en faveur d'un recensement national de la population ainsi que dans la production régulière de l'Enquête MICS. (Voir JC 10.2 dans la Matrice des Résultats, Annexe 6.3, pour les détails.)

**3.2.11** *Question d'évaluation 11: Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il été capable de compléter les programmes de santé maternelle, ainsi que leurs mises en œuvre au niveau des pays, avec des interventions, initiatives et ressources au niveau régional et global afin de maximiser sa contribution à la santé maternelle?*

Le budget consacré à la santé maternelle et à la planification familiale en RDC semble très insuffisant comparé à l'amplitude des problèmes connus par la population, au budget de l'UNFPA dans d'autres pays africains, et au budget des autres structures des Nations Unies en RDC.

Il est toutefois important de mentionner que la communication, et les échanges d'idées et de ressources entre le Bureau de Pays (BP)/ RDC et les bureaux régionaux, sont rendus difficiles par le fait que le BP/ RDC appartient à la région sud, dont les autres membres utilisent l'anglais comme langue de travail; ce qui limite les contacts. L'équipe a observé que des plaintes avaient été exprimées chez le BP à ce sujet, car ils se sentent marginalisés lors des réunions et conférences régionaux.

Néanmoins, malgré le manque évident de communication et partage des ressources entre le BP et les autres bureaux régionaux, il n'apparaît pas que ce soit une lacune importante dans le travail de l'équipe de l'UNFPA en RDC. C'est une équipe assez forte. Il a bien sûr quelques lacunes dans ses capacités, et en particulier dans les techniques de suivi formatif, mais les limitations budgétaires actuelles signifient qu'il ne sera pas possible de les combler pour le moment. Le personnel en place et sa direction sont tout à fait capable de faire le nécessaire pour faire avancer le programme de santé maternelle (JC 11.1, 11.2, 11.3).

**3.2.12** *Question d'évaluation 12: Dans quelle mesure l'aide à la santé maternelle de l'UNFPA a-t-elle contribué à sa visibilité dans les initiatives globales, régionales et nationales de SM, et a aidé l'organisation à accroître ses engagements financiers à l'égard de la santé maternelle au niveau national?*

L'UNFPA s'est engagé dans un plaidoyer en direction du gouvernement, militant en faveur d'un recensement national de la population et pour la modification du cadre juridique lié à la santé maternelle et à la planification familiale (par exemple, l'UNFPA a soutenu avec d'autres partenaires le Ministère du Genre dans l'élaboration d'un nouveau Code de la Famille, et le Ministère de la Santé dans ses tentatives de réforme de la loi sur la contraception).

La participation de l'UNFPA dans les activités H4+ souligne son rôle de leader dans les provinces cibles. En outre, le BP a pris la décision de se restructurer pour passer de onze bureaux à trois bureaux décentralisés (en plus du bureau central), action qui leur permettra de focaliser leurs interventions et de les rendre plus visibles. Cette démarche stratégique a été en partie motivée par les difficultés que connaît le BP du fait de l'insuffisance budgétaire par rapport aux besoins énormes du pays (JC 12.1, JC 12.2).

Le Plan National de Développement Sanitaire 2011/2015 (PNDS) démontre clairement la situation critique de la santé reproductive dans le pays. L'UNFPA utilise ces données pour mettre en évidence les besoins et pour sensibiliser le gouvernement à l'impérieuse nécessité d'un engagement plus soutenu de sa part. La part du gouvernement dans les activités de collecte de fonds complémentaires pour la santé reproductive est jusqu'à ce jour insignifiante (JC 12.3).

## 4 Conclusions pour le BP

Le programme de l'UNFPA en RDC souffre d'un manque de financement. Pour son équipe dans le pays, le fait qu'un pays ayant des besoins tellement importants reçoive un budget beaucoup moins important que certains autres pays dont les besoins sont moins prononcés, constitue une source majeure de frustration. Les raisons stratégiques qui sous-tendent ce déséquilibre apparent ne sont pas claires. Mais cette situation représente un inconvénient considérable pour l'UNFPA/ RDC par rapport à son impact, en comparaison des autres agences des Nations Unies qui sont actives dans ce pays. Par exemple, le budget prévu pour l'UNFPA en 2012 se lève à moins de US\$10m, tandis que celui de l'UNICEF dépasse les US\$150m.

Selon différentes estimations, la contribution du gouvernement de la RDC au financement du secteur de santé se situerait en-dessous des 5% du budget annuel de santé. Ce ne serait pas la première fois qu'un gouvernement donne à la santé une priorité moindre qu'à d'autres secteurs mais c'est une situation qui doit nécessairement changer. En tant qu'agence pilote dans la promotion de la santé reproductive et de la planification familiale dans le pays, l'UNFPA doit mettre en œuvre tous les leviers dont il dispose pour extraire du Ministère de la Santé de la RDC son adhésion à une stratégie d'augmentation progressive de son appui financier dans ce domaine.

Dans ce contexte, le gouvernement pourrait entamer son action par le biais d'une augmentation modeste des taux de rémunération des prestataires. Des salaires insuffisants ainsi qu'une rémunération irrégulière provoquent chez les infirmiers, les sages-femmes et les autres personnels de santé des établissements soutenus par l'UNFPA une implication des plus basses. (En tout cas, l'UNFPA ne devrait – en aucune circonstance – payer ou subventionner les salaires. Ceci doit rester une responsabilité du gouvernement).

Une relation forte de collaboration entre l'UNFPA et le PNSR constitue une condition préalable de l'amélioration de la santé reproductive et d'une acceptation renforcée de la planification familiale en RDC. L'équipe d'évaluation a constaté que cette relation n'est pas, à l'heure actuelle, aussi constructive qu'on pourrait le souhaiter. Elle est caractérisée par des critiques qui vont dans les deux sens et dont les causes en sont vraisemblablement des incompatibilités en matière de personnalité, et une mauvaise gestion entre autres. Il est impératif que la direction – des deux côtés – prenne les mesures nécessaires pour restaurer la collaboration et rétablir une relation de confiance entre l'UNFPA et le PNSR.

Un tel partenariat est particulièrement nécessaire, vu l'importance primordiale, qu'il faut souligner, des formes de monitoring et de suivi collaboratifs. L'équipe d'évaluation a reçu des structures de santé de nombreuses plaintes concernant toute une série de problèmes, majeurs et mineurs. Ceux-ci portaient sur des commodités contraceptives proches de leur date de péremption, un manque de fonds pour le transport et les fournitures essentielles, le dysfonctionnement des équipements, et des locaux insalubres. La plupart, sinon la totalité, de ces questions auraient pu être résolues dans le cadre de visites de suivi régulières et soutenues, surtout si le personnel concerné sait où adresser ses plaintes.

Le partenariat H4+, sous la direction de l'UNFPA, s'efforce de démontrer l'efficacité de son approche collaborative en ce qui concerne le renforcement des services de santé maternelle et planification familiale dans ses zones d'intervention, dans les provinces de Bandundu, Bas Congo et Kinshasa. On peut espérer que cette approche servira de modèle pour la collaboration entre les bailleurs de fonds partout dans le pays, surtout pour ce qui concerne un système efficace pour contrôler des programmes conjoints donneur/ PNSR.

Il est impossible de sous-estimer l'importance de la sécurité des commodités pour la réussite des programmes de santé maternelle et reproductive. L'UNFPA, agence pilote dans ce



domaine, est pleinement conscient qu'une insuffisance de contraceptifs ou des produits de mauvaise qualité, peuvent nuire démesurément à un programme de planification familiale, en particulier dans un pays où les niveaux d'utilisation de la contraception sont tellement bas. La gamme de contraceptifs disponible dans les établissements de santé en RDC est impressionnante. Toutefois leur qualité et leur disponibilité doivent être assurées en permanence et l'offre – en ce qui concerne les méthodes – doit correspondre à la demande exprimée par les clientes. A ce sujet, un point de grande importance est la nécessité d'assurer la mise en place d'une base de données sur la disponibilité des produits et matériaux dont les gestionnaires des programmes, surtout les infirmières, sages-femmes, et médecins qui s'occupent des soins de santé des clients, peuvent dépendre à n'importe quel moment.

## 5 Prochaines étapes

Le Groupe de référence ainsi que le bureau pays concerné recevront cette étude de cas afin qu'ils aient l'opportunité de partager leurs commentaires et vérifications. La phase de terrain de l'évaluation comprenant les 10 pays sera terminée le 4 décembre 2011.

L'équipe noyau aura une discussion intensive portant sur les résultats des différentes études de cas et analysera les conséquences pour la méthodologie et se référera à différents avis en ce qui concerne les conclusions et les recommandations.

Les résultats principaux de toutes les études de cas seront présentés lors de la réunion du Groupe de référence le 11 janvier 2012 à New York. L'équipe d'évaluation réunira tous les commentaires et les résultats des discussions et les intégreront dans le rapport final.

La phase du rapport final permettra de synthétiser toutes les informations collectées lors des phases précédentes. Les produits principaux de cette évaluation seront 2 rapports distincts, l'un pour l'Évaluation Thématique de la Santé Maternelle et l'autre pour l'évaluation à mi-parcours du MHTF.

La combinaison des preuves en relation avec les différents indicateurs et les problématiques évaluées sur le terrain et ensuite des jugements pour chaque critère de jugement sera la base pour valider la réponse préliminaire de l'étude documentaire pour chaque question d'évaluation.

Les résultats des phases précédentes seront synthétisés et présentés en 2 rapports et à la suite de la présentation au groupe de référence et la réception des commentaires consolidés écrits de la part des membres du groupe de référence et du manager de l'évaluation les rapports seront finalisés. Comme requis dans les Termes de Référence, chaque rapport final inclura les réponses aux questions d'évaluation clé qui ont été validées pour les deux évaluations. Les rapports finaux prendront en compte les observations et les preuves sur lesquels les résultats sont basés afin d'assurer une fiabilité optimale et des résultats valides.

## 6 Annexes

### 6.1 Informations clés sur le pays

Tableau 2: Informations clés sur RD Congo

RD CONGO		
Statistiques		
Région	2000	Afrique Central
Monnaie	2008	Franc Congolais
Superficie (kilomètres carrés)	2008	2344858
Population (estimation, 000)	2008	64257
Densité (par kilomètre carré)	2008	27.4
Plus grande agglomération (population, 000)	2007	Kinshasa (7843)
Indicateurs économiques		
PIB: Produit intérieur brut (million de US\$ courants)	2008	11613
PIB: Produit intérieur brut (million de US\$ courants)	2005	7104
PIB: Taux de croissance en prix constant 1990 (taux annuel)	2008	6.2
PIB par habitant (US\$ courants)	2008	180.7
PNB: Produit national brut par habitant (US\$ courants)	2008	173.6
Formation brute de capital fixe (% du PIB)	2008	24.2
Taux de change (monnaie national par US\$)	2008	639.32
Indice de production agricole (1999-2001=100)	2007	96
Indice de production de la nourriture (1999-2001=100)	2007	96
Population active, population féminine adulte (%)	2008	54.1
Population active, population masculine adulte (%)	2008	89.4
Entrées de touristes aux frontières (000)	2008	47 (par avion)
Production d'énergie, primaire (000 MT en équivalent pétrole)	2008	1637
Abonnés au téléphone, total (pour 100 habitants)	2008	14.5
Utilisateurs Internet (pour 100 habitants)	2008	0.5
Indicateurs sociaux		
Taux de croissance de la population (moyenne annuelle%)	2005-2010	2.8
Population urbaine (%)	2007	33.3
Population âgée de 0-14 ans (%)	2009	46.7
Population âgée 60+ ans (homes et femmes,% du total)	2009	4.7/3.8
Répartition par sexe (homes pour 100 femmes)	2009	98.2
Espérance de vie (femmes et hommes, années)	2005-2010	49.0/45.9
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances)	2005-2010	116.8

Taux de fertilité, total (naissances par femme)	2005-2010	6.1
Prévalence contraceptive (âgées 15-49%)	2006-2009	20.6
Population de migrants (000 et% de la population totale)	mid-2010	444.7/0.7 (incl. refuges)
Réfugiés et des autres personnes relevant de la compétence du HCR	end-2008	1669323
Éducation: taux de scolarisation dans le secondaire (h/f pour 100)	2005-2008	56.4/74.4
Éducation: Étudiants femmes dans le tertiaire (% du total)	2005-2008	25.9 est.
Sièges occupés par des femmes au parlement (%)	2009	8.4 est.
<b>Environnement</b>		
Espèces menacées	2009	194
Forêts (% de la surface)	2007	58.7
Émissions de CO2 estimâtes (000 tonnes métriques and tonnes métriques par habitant)	2006	2198/0.0
Consommation d'énergie par habitant (équivalent en kg de pétrole)	2007	21.0

Source: UN World Statistics Pocketbook

## 6.2 Sélection des pays pour les visites de terrain

Ci-dessous, nous présentons la méthodologie qui a été utilisé lors de la phase d'étude documentaire de l'évaluation globale de la sélection des pays pour les visites de terrain. Basé sur notre proposition initiale et selon les termes de référence, les évaluateurs ont effectué un processus d'échantillonnage mis en place pendant de la phase d'étude documentaire, et détaillée ci-dessous.

### 6.2.1 L'approche d'échantillonnage et critères de sélection pour la sélection des pays, premier étape

Un premier tour d'échantillonnage (durant la phase de structuration) a servi à sélectionner un groupe de pays sur les 145 pays partenaires de l'UNFPA qui présentaient un taux de mortalité maternelle de 300 décès sur 100,000 naissances vivantes dans les années de référence 2000. Le but de cette première sélection était de s'assurer que l'évaluation pourrait se concentrer sur les pays partenaires qui ont le plus à bénéficier d'une analyse des défis rencontrés pour le soutien à la santé maternelle.

Le premier échantillonnage a permis d'établir une liste de 54 pays. Cette liste se trouve en annexe 3.



## 6.2.2 L'approche d'échantillonnage et critères de sélection pour la sélection des pays, deuxième étape

Un second tour de l'échantillonnage de ces pays (également pendant la phase de structuration) a servi à sélectionner les pays parmi le premier échantillon, que notre équipe a plus tard inclus dans l'analyse documentaire approfondie de la documentation existante sur la performance de l'UNFPA à soutenir la santé maternelle.

Nous avons utilisé l'approche et les critères suivants pour la sélection d'un échantillon de 22 pays partenaires pour l'analyse pendant la phase d'étude documentaire du projet :

1. Nous avons décidé de concentrer notre analyse sur les pays partenaires qui ont reçu environ 90% des dépenses totales de l'UNFPA dans le secteur de la santé reproductive depuis 2004<sup>5</sup>. Ceci a résulté en une liste de 33 pays.
2. Parmi ces pays, nous avons décidé de se concentrer sur deux sous-groupes: a) ceux qui étaient – parmi la liste des 54 pays (premier tour) – classés parmi les 20 meilleurs élèves en matière de réduction du ratio de la mortalité maternelle entre 2000 et 2008<sup>6</sup>; et b) ceux qui étaient – parmi la liste des 54 pays (premier tour) – classés parmi les 20 moins bons élèves en matière de réduction du ratio de la mortalité maternelle. Ces 19 pays sont listés en annexe 3.
3. Nous avons ensuite ajouté trois autres pays à cet échantillon, à savoir Madagascar, comme élève relativement performant, et la Tanzanie et la Zambie comme élèves relativement peu performants. Ces pays avaient déjà été mentionnés dans les termes de référence de cette mission en tant que candidats souhaités pour la phase de terrain de cette évaluation. D'un point de vue méthodologique, cela n'a pas posé de problème de les inclure dans l'échantillon pour la phase documentaire. Leur pertinence comme pays pour l'étude de terrain a ensuite été déterminé comme indiqué dans le chapitre suivant. L'ajout de ces trois pays a augmenté la taille de l'échantillon total à 22 pays.
4. Nous avons également différencié ce groupe de 22 pays en fonction de leur statut de bénéficiaire à l'égard des fonds du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle. Nous avons distingué les pays de premiers et deuxièmes rang (2008/ 2009), des pays qui soit n'ont pas encore reçu de financement du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle ou qui n'ont que récemment (c'est à dire en 2010) rejoint la liste des bénéficiaires du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle. Comme la fenêtre temporelle prise en compte pour cette mission se termine en 2010, il est logique de considérer les membres de ce dernier groupe comme des pays partenaires qui, dans le cadre de cette évaluation, n'ont pas encore bénéficié d'un financement MHTF.
5. Enfin, nous avons également regroupé les pays de cet échantillon en fonction de l'efficacité de leur gouvernement pendant la période concernée. L'«indice d'efficacité de la gouvernance » mis en place par le projet «Indicateurs mondiaux de gouvernance» de la Banque mondiale a été utilisé pour établir une classification sommaire. Ce projet a fourni des indicateurs de gouvernance individuels et agrégés pour 213 économies sur la période 1996-2009<sup>7</sup>.

<sup>5</sup> Ces chiffres de dépenses pour la période antérieure à 2004 ne sont pas facilement disponibles. C'est pour cela que la limite a été fixée à 2004.

<sup>6</sup> Le ratio de la mortalité maternelle pour ce groupe des «20 meilleurs élèves» a connu une réduction maximale de 560 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes (Rwanda); et minimale de 150 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes (Bénin).

<sup>7</sup> Voir note de pied de page n°108

**Tableau 3: Échantillon déterminé des pays pendant la phase de démarrage (second tour d'échantillonnage)**

Indice de gouvernance de la Banque Mondiale <sup>8</sup>	Améliorations de la ration de mortalité maternelle 2000 – 2008			
	Fortes améliorations (1-20)		Faibles améliorations (41 – 55)	
	Fonds Thématique pour la Santé Maternelle (2008/09)	Pas bénéficiaire du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle / Bénéficiaire du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle seulement depuis 2010	Fonds Thématique pour la Santé Maternelle (2008/09)	Pas bénéficiaire du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle / Bénéficiaire du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle seulement depuis 2010
<b>Élevé</b>	Ghana (2009), Madagascar (2008) (Rang 27), Malawi (2008), Benin (2008)			Tanzanie (rang 29; mais ratio de mortalité maternelle élevé en 2000)
<b>Moyen</b>	Cambodge (2008), Éthiopie (2008),	<u>Bénéficiaire du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle seulement depuis 2010 :</u> Bangladesh, République démocratique populaire du Laos, Népal, Niger, Rwanda,	Zambie (2008)	<u>Pas bénéficiaire du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle</u> Cameroun, Kenya
<b>Faible</b>		<u>Bénéficiaire du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle seulement depuis 2010 :</u> RDC, Sierra Leone,	Soudan (2008), Burkina Faso (2008), Cote D'Ivoire (2009)	<u>Bénéficiaire du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle seulement depuis 2010 :</u> Liberia, Tchad

### 6.2.3 L'approche d'échantillonnage et critères de sélection pour la sélection des pays, troisième étape

Lors du troisième tour de l'échantillonnage, les évaluateurs ont sélectionné le groupe spécifique de pays qui deviendront des études de cas pendant la phase de terrain, parmi la

<sup>8</sup> Classification approximative basée sur les rapports du projet «Indicateurs mondiaux de gouvernance» (GTI) de la Banque mondiale qui fournissent des indicateurs de gouvernance individuels et agrégés pour 213 économies sur la période 1996-2009, pour six dimensions de la gouvernance: voix et accountability stabilité politique et absence de violence, efficacité de la gouvernance, qualité de régulation, État de droit, contrôle de la corruption. Pour plus information: <http://info.worldbank.org/governance/wgi/index.asp>

liste des 22 pays qui ont été étudiés durant la première partie de l'analyse documentaire approfondie.

Afin de sélectionner les pays où nous prévoyons de réaliser les missions de terrain pour les deux évaluations, l'équipe d'évaluation a utilisé l'approche suivante:

1. Comme nous l'avons fait pour la sélection des pays lors de la phase de documentation (2. étape d'échantillonnage), nous avons continué à distinguer les pays qui ont connu de grandes améliorations dans la réduction de la mortalité maternelle des pays pour lesquelles ces améliorations ont été limitées depuis l'année 2000.
2. Nous avons également continué à différencier le groupe des 22 pays en fonction de leur statut de bénéficiaire à l'égard des fonds du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle, en distinguant les pays de premier et deuxième rang (2008/2009) des pays qui soit n'ont pas encore reçu de financement du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle; ou qui n'ont que récemment rejoint la liste des destinataires du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle (c'est à dire en 2010)<sup>9</sup>.
3. Nous avons également regroupé les pays sur la base de la qualité de leur administration publique. À cette fin, nous avons utilisé l'indice de la «Qualité de l'Administration Publique» issu des «évaluations de la politique et des institutions nationales» de la Banque mondiale (CPIA). Ce critère « évalue la mesure dans laquelle le personnel civil du gouvernement central (y compris les enseignants, les travailleurs de santé, et la police) sont structurés de manière à concevoir et mettre en œuvre la politique du gouvernement et fournir des services efficacement<sup>10</sup>. »
4. De plus, nous avons également regroupé les pays sur la base de leur RNB par personne, mesure représentant leur performance économique<sup>11</sup>.
5. Enfin, les pays ont été regroupés sur la base de la prévalence du VIH (prévalence chez l'adulte (15-49 ans) en % (2009)<sup>12</sup>.

Un aperçu des résultats de l'analyse documentaire pour l'ensemble des 22 pays est présenté en annexe 3, tableau 19.

Les pays qui ont été proposés pour être pris en considération pour la phase de terrain des deux évaluations ont ensuite été choisis de façon à s'assurer que les principaux types de pays (basé sur la typologie comme spécifiée dans le rapport desk) étaient bien chacun représentés par un pays qui avait réalisé de fortes améliorations; et un pays qui n'a accompli que de faibles améliorations dans la réduction de la mortalité maternelle:

• Les pays bénéficiant de financement du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle, ayant un revenu national brut par personne relativement élevé, un taux relativement faible de prévalence du VIH, et une administration publique relativement efficace: Ils sont représentés par le Ghana, le Cambodge et le Burkina Faso. Il convient de noter que parmi ces trois pays le Ghana et le Cambodge ont obtenu des réductions relativement importantes de la mortalité

<sup>9</sup> Comme la fenêtre temporelle prise en compte pour cette mission se termine en 2010, il est logique de considérer les membres de ce dernier groupe comme des pays partenaires qui, dans le cadre de cette évaluation, n'ont pas encore bénéficié d'un financement MHTF.

<sup>10</sup> Voir "Pays et de l'évaluation des politiques institutionnelles", 2009 Questionnaire d'évaluation des opérations de politique et services aux pays, Banque mondiale, Washington DC; Source: The World Bank CPIA; <http://data.worldbank.org/indicator/IQ.CPA.PUBS.XQ>

<sup>11</sup> Source: Rapport 2010 sur le développement humain

<sup>12</sup>Source: Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA 2010. ([http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123\\_GlobalReport\\_full\\_en.pdf](http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_en.pdf))

maternelle, tandis que le Burkina Faso n'a réalisé que des progrès relativement limités dans la réduction de la mortalité maternelle entre 2000 et 2010.

- Les pays bénéficiant de financement du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle ayant un revenu national brut par personne relativement élevé, et une administration publique relativement efficace: Ils sont représentés par l'Éthiopie et la Zambie. La Zambie est également un pays avec un fort taux de prévalence du VIH. L'Éthiopie a accompli des améliorations relativement importantes dans la réduction de la mortalité maternelle, tandis que les améliorations en Zambie ont été relativement faibles.
- Les pays ne bénéficiant pas de financement du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle (ou pour lesquels les financements du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle n'ont commencé qu'en 2010), un RNB par personne relativement élevé et un faible taux de prévalence du VIH: Ils sont représentés par le Laos et le Kenya. Le Laos a relativement bien réussi à réduire la mortalité maternelle, tandis que le Kenya n'a fait que de petites améliorations.
- Les pays ne bénéficiant pas de financement du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle (ou pour lesquels les financements du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle n'ont commencé qu'en 2010) et qui ont un RNB par personne relativement faible, un faible taux de prévalence du VIH, et une administration publique relativement inefficace: Ils sont représentés par la RD Congo. Tout comme le Soudan (nord), la RDC représente également les pays qui ont souffert de crises humanitaires entre 2000 et 2010.

La liste de pays proposé pour la phase de terrain des deux évaluations est la suivante:

1. le Burkina Faso;
2. le Cambodge;
3. la RDC;
4. l'Éthiopie;
5. le Ghana;
6. le Kenya;
7. le Laos;
8. Madagascar;
9. le Soudan;
10. la Zambie.

Les consultants ont présenté cette sélection de pays à la moitié de la phase de recherche documentaire et, après une courte discussion avec la Division des services du contrôle et la division technique. La liste définitive des pays pour les études de cas a été approuvée.

## 6.3 Conception méthodologique de l'étude de cas pays

### 6.3.1 Préparation de l'étude de cas pays

Lors de la préparation de cette étude de cas, la situation de l'accessibilité aux informations a été réévaluée et basée sur la capacité de dévaluation des questions. Des documents supplémentaires ont été demandés aux bureaux de représentation locale de l'UNFPA et les consultants nationaux ont entrepris d'autres recherches d'informations.

Les problématiques que les questions d'évaluation doivent permettre l'évaluation thématique sur la santé maternelle et l'évaluation à mi-parcours du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle qui ont été réunies, analysées et définies pour cette étude de cas pays. Dans le cadre de cette étude de cas, chaque problématique a été liée à un Question d'évaluation/

critères d`jugement ou indicateur auquel il correspond, et une approche a été développée afin de décrire comment elle devrait être approchée sur le terrain. De plus, la liste des interlocuteurs à consulter afin d`obtenir une information de qualité, ainsi qu`une liste de lieux à visiter, a été préparée lors de la préparation de l`étude de cas pays. La matrice finalisée du planning de collecte de l`information est présentée ci-dessous.

L`équipe a préparé sa mission de terrain, organisé ses entretiens, groupes témoins et ses visites de terrain avec l`appui du bureau de représentation local de l`UNFPA et le consultant local. Le programme de travail a été discuté et convenu en avance avec le BP et est présenté ci-dessous.

### 6.3.2 Programme de travail et organisation de la visite du pays

**Tableau 4: Programme de travail RDC**

Phase	Objet	Acteurs
07/10/2011	Harmonisation du plan de travail avec le BP	UNFPA country office: National Programme Officer (NPO)/Santé Maternelle et Néonatal (SMN)/ Fistule
08/10/2011	Finalisation des contacts pour le début de la mission	Équipe de terrain (Eliot Putnam et Nzanzu Kikuhe)
09/10/2011	Réunion au complet de l`équipe et préparation de la mission	Équipe de terrain au Complet (Eliot Putnam, Christine Thayer et Nzanzu Kikuhe)
10-12/10/2011	Briefing sur la mission Rencontre avec les staffs et présentation de la mission et définition de la méthodologie du travail Interview pour Compréhension des activités UNFPA	Représentant de l`UNFPA R.D. Congo Staffs UNFPA
13/10/2011	Visite et discussion avec quelques partenaires locaux de Kinshasa appuyées par l`UNFPA (ABEF, Centre BOMOTO et RAJECOPOD) Planification de visites et division de l`équipe de terrain en 2	Responsables des partenaires Équipe de terrain et NPO/SMN/Fistule UNFPA
14-17/10/2011	Descente des équipes sur terrain: l`équipe 2 va à MATADI et l`équipe 1 reste à KINSHASA afin d`entrer à contact avec les projets appuyées par l`UNFPA	Division Provinciale, BCZS et responsables des structures de Santé et des partenaires de mise en œuvre
18/10/2011	Briefing de la mission aux staffs du Ministère de la Santé Publique Discussion avec différents responsable des programmes du ministère de la santé publique (PNSR, DSFA, Programme National de Sécurité Alimentaire)	Responsables de la DSFA et de différents programmes
19/10/2011	Mise en commun du travail réalisé Discussion avec le Représentant Résident	Équipe de terrain Représentant
20/10/2011	Travail en équipe et division du travail pour la rédaction du rapport de mission Rencontre de restitution de la mission avec le	Équipe de terrain Représentant Résident et Staff UNFPA

Phase	Objet	Acteurs
	représentant résident et le staff UNFPA	
21/10/2011	Séance de travail avec le Directeur du Cabinet du ministre	Directeur de cabinet du Ministre de la Santé Publique
22/10/2011	Fin de la mission et retour de l'équipe à domicile	Équipe de terrain

## 6.4 Matrice des résultats de la collecte de données

6.4.1 Question d'évaluation 1: Dans quelle mesure l'aide de l'UNFPA en matière de santé maternelle répond-elle de façon adéquate aux besoins des groupes vulnérables entre et au sein des pays, en termes de santé maternelle et reproductive?

Enjeux à évaluer	Résultats obtenus (uniquement se focaliser sur les faits, s'abstenir de toute analyse à ce stade); Conclusions pour les Critères de Jugements
<b>JC 1.1. Correspondance entre les niveaux d'aide de l'UNFPA SRH / SM et les besoins des groupes vulnérables à travers les pays partenaires en termes de santé maternelle</b>	
Quel est le critère qualitatif que l'UNFPA/les bureaux régionaux prennent ils en compte, lorsqu'est décidé le partage des ressources entre pays pour la SMN?	Les critères qualitatifs pour la répartition des ressources semblent obscurs et déséquilibrés et ne semblent pas prendre en compte le poids démographique, l'étendue du pays et/ ou les besoins de la population.
Dans quelle mesure les engagements de SMN des donateurs partenaires influencent-ils le niveau d'engagement de l'UNFPA en termes de SMN dans les pays en situation de fort besoin?	L'UNFPA en RDC est frustré par sa faiblesse financière qui ne permet absolument pas une participation à la hauteur des autres partenaires. Par exemple, en ce moment l'UNFPA/ RDC dispose d'un budget annuel de moins de US\$10m, tandis que l'UNICEF/ RDC dispose d'un budget annuel de plus de US\$150m.
Dans quelle mesure la taille de la population a-t-elle influencé le partage des ressources au sein des pays en situation de fort besoin de SMN?	Pas du tout, apparemment, une grande source de frustration en RDC.
<b>JC 1.2. (Hausse de la) Disponibilité de données précises et suffisamment désagrégées servant à cibler les groupes les plus désavantagés/vulnérables</b>	
Dans quelle mesure les outils de suivi de l'UNFPA/IP incluent-ils des indicateurs captant la situation particulière des individus les plus vulnérables?	La collecte de données est très restreinte et pas toujours très fiable à cause des faiblesses institutionnelles et des obstacles géographiques.
Dans quelle mesure l'UNFPA BP utilise-t-il les informations issues des évaluations des besoins autrement que celles issues des Bilans Commun de Pays (CCAs)?	La restructuration de l'UNFPA en RDC a été basée sur les recommandations de deux rapports, notamment: « Report of UNFPA Interdivisional Mission to Democratic Republic of Congo », du 11 Septembre 2009; et « Business Case for UNFPA Decentralized Offices in the Democratic Republic of Congo », de Décembre 2010.
Est-ce que l'UNFPA identifie et cible les « groupes vulnérables » pour l'aide de la SMN au-delà de ce qui est décrit dans l'analyse de la situation/du problème dans les Plans d'Action du Programme de Pays (CPAPs)?	Les activités décrites dans le CPAP ne sont pas toujours mises en œuvre à cause des difficultés dans le décaissement des fonds. D'autre part le siège impose de nouvelles priorités dont la pertinence pour la RDC n'est pas toujours démontrée. En outre, dans une situation où le gouvernement ne tient pas toujours ses engagements, ceci rend parfois difficile la mise en œuvre de certains aspects du programme UNFPA.



Enjeux à évaluer	Résultats obtenus (uniquement se focaliser sur les faits, s'abstenir de toute analyse à ce stade); Conclusions pour les Critères de Jugements
<b>JC 1.3. Planification et conception des interventions (soutenues par l'UNFPA) orientées sur les besoins</b>	
Dans quelle mesure les bureaux nationaux utilisent-ils des moyens alternatifs aux processus du Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF) pour la planification orientée sur les besoins, et l'identification des groupes les plus vulnérables?	L'UNFPA est un participant vigoureux/ actif ? dans la mise en œuvre du « Country Assistance Framework » (CAF), l'outil principal de l'UNDAF en RDC. En collaboration étroite avec ses partenaires H4+, il s'occupe surtout des éléments du CAF qui portent sur le renforcement des ressources humaines pour la santé, l'assurance de la disponibilité des produits et médicaments pour toute la gamme des services de santé publique, et, en général, l'augmentation de l'accès aux soins de santé de qualité dans tout le pays. Il est souvent en tête en convoquant des réunions de coordinations avec ses partenaires H4+.

**6.4.2 Question d'évaluation 2: Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il contribué avec succès à l'amélioration de l'harmonisation des efforts pour l'amélioration de la santé maternelle, et en particulier via sa participation avec des partenariats stratégiques et multisectoriels, à des niveaux globaux, régionaux et nationaux?**

Enjeux à évaluer	Résultats obtenus (uniquement se focaliser sur les faits, s'abstenir de toute analyse à ce stade); Conclusions pour les Critères de Jugements
<b>JC 2.1. Harmonisation des partenariats entre l'UNFPA, les organisations des Nations-Unies et la Banque Mondiale en termes de santé maternelle (incluant H4+) à des niveaux globaux, régionaux et nationaux</b>	
Compatibilité des règles, réglementations et procédures de l'UNFPA avec les procédures de design et de planification des SWAp (Cadre de Dépenses à Moyen Terme) de santé dans lesquels l'UNFPA est impliqué (ou d'autres modalités d'exécution jointe, i.e., dans les pays au sein desquels il n'y a pas de SWAp)	La qualité de coordination entre les agences H4+, surtout en ce qui concerne l'harmonisation du décaissement de l'argent (le calendrier pour la mise à disposition des fonds ne coïncide pas), avance petit à petit, à travers les réunions régulières, fréquemment convoquées par l'UNFPA. L'équipe a constaté l'évidence des difficultés procédurales et administratives au cours de ses visites dans les différents services de santé, surtout au Bas Congo, qui ralentissent la mise en œuvre du programme. Cependant, il est clair que le fort engagement de la part des membres du partenariat H4+ contribuera d'ici quelques mois à la mise en place d'un système bien coordonné.
Quelle est l'importance des équipes des pays H4+ pour la coordination et l'harmonisation de la SMN au niveau des pays?	Les démarches H4+ ont commencé dans les 3 provinces cibles (Bas Congo, Bandundu et Kinshasa). Certaines activités de planification, telles que la cartographie, ont été lancées mais la mise en œuvre complète se fait attendre. Jusqu'à présent, la seule agence qui paraît être engagée de manière significative est l'UNFPA, mais la collaboration entre tous les partenaires en la matière s'améliore régulièrement.



Enjeux à évaluer	Résultats obtenus (uniquement se focaliser sur les faits, s'abstenir de toute analyse à ce stade); Conclusions pour les Critères de Jugements
Dans quelle mesure les mécanismes existants de coordination et d'harmonisation pour la planification et la mise en œuvre (ex. plan de travail commun) des programmes joints des Nations-Unies sont-ils présents?	Voir ci-dessus.
Dans quelle mesure des fonds communs sont utilisés pour les programmes joints des Nations Unies?	En dépit du fait qu'un plan conjoint a été développé, chaque agence gère son propre budget de manière séparée. Au sein de ce processus, il est difficile de discerner une vraie coordination.
<b>JC 2.2. Harmonisation du soutien à la SM via des partenariats nationaux et Sud-Sud/régionaux</b>	
La communauté des donateurs considère-t-elle que les feuilles de route nationales de la SMN soient des éléments viables de la politique de santé nationale, qui leur permettent d'être utilisées comme des points focaux dans l'idée d'aligner leur soutien avec les structures et mécanismes gouvernementaux?	Le plan conjoint du H4+ (partenariat entre UNFPA, UNICEF, OMS, Banque Mondiale) a été développé sur la base d'une cartographie des zones d'intervention en RDC ou des différents bailleurs de fonds ont des intérêts et de l'expérience en matière de soutien des programmes SMN. Cette cartographie a aussi permis à tous les autres bailleurs (DFID, USAID, SIDA, etc.) de déterminer les régions et zones de santé dans lesquelles ils seront impliquées à l'avenir. La cartographie est donc devenu un outil important pour la rationalisation des efforts des bailleurs, et permet au gouvernement d'avoir une meilleure compréhension des niveaux de financement disponible dans les différentes zones, et où se trouve les lacunes.
L'UNFPA finance-t-il des activités facilitant la mise en œuvre des feuille de route de la SMN? (incluant des activités qui identifient et abordent le problème des goulots d'étranglement dans l'opérationnalisation et la mise en œuvre des feuille de route SMN au niveau des pays)	Voir ci-dessus. L'UNFPA a participé au financement. Sa décision de réorganiser son programme en RDC était motivée non seulement par l'objectif de maximiser son soutien aux programmes de santé maternelle dans les zones de santé définies, mais aussi par l'objectif de réduire le problème des goulots d'étranglement.
<b>JC 2.3. Participation de l'UNFPA à des partenariats visant à produire des preuves nécessaires au débat politique, ainsi qu'à la définition et à la priorisation d'un agenda coordonné et opérationnel de la recherche sur la santé maternelle</b>	
Liste complète des « partenariats pour la création de preuves »	Non applicable
Quel type de preuves destinées à l'adaptation au niveau des pays ont fournit ces initiatives?	Non applicable
Exemples de preuves générées par l'UNFPA sur la SMN (provenant de « partenariat de recherche ») qui ont été/qui sont utilisées dans la formation de politique	Non applicable

**6.4.3 Question d'évaluation 3: Dans quelle mesure l'aide de l'UNFPA a-t-elle contribué à une participation plus forte des communautés qui ont participé à accroître les niveaux actuels de demande et d'utilisation de services, et en particulier via son partenariat avec la Société Civile?**

Enjeux à évaluer	Résultats obtenus (uniquement se focaliser sur les faits, s'abstenir de toute analyse à ce stade); Conclusions pour les Critères de Jugements
<b>JC 3.1. Engagement des gouvernements à impliquer les communautés dans des stratégies de SRH et SMN via le soutien de l'UNFPA</b>	
Exemples de plaidoyer politique et d'autre soutien de l'UNFPA visant à créer des cadres légaux, des régulations et des directives pour faciliter la participation totale des communautés et des Organisations de Société Civile (OSCs) dans le développement des politiques et des programmes	L'UNFPA a encouragé et soutenu le Ministère de la Santé dans ses tentatives de faire supprimer la loi interdisant la contraception en RDC. L'UNFPA a milité en faveur d'une inclusion plus complète des organisations confessionnelles dans les programmes du gouvernement et soutient ces dernières dans le domaine de la formation, dans l'approvisionnement des équipements, des médicaments et des contraceptifs. L'UNFPA a pris les devants dans le processus de planification pour le prochain Recensement de la Population et de l'Habitat (RGPH), le premier à avoir lieu depuis 1984. Il a contribué à hauteur de plus de US\$1m à ce processus et est en tête des efforts visant à identifier le financement nécessaire pour un recensement qui devrait coûter plus de US\$100m.
Est-ce que les OSCs/participation communautaire en politique/ formulation de programme (si il y a lieu d'être) sont liées à davantage de sensibilisation et de demande de services de SMN?	Oui, voir ci-dessus.
<b>JC 3.2. Engagement des OSCs dans la sensibilisation sur les questions de la SMN et dans la facilitation des initiatives communautaires visant à prendre part à la mission de l'UNFPA</b>	
Exemples de mobilisation des ressources humaines de l'UNFPA et de renforcement des capacités institutionnelles pour que les OSCs surmontent les problèmes de faiblesse de la transparence, de responsabilisation des services et de réactivité aux circonscriptions nationales civiles au niveau local (en incluant les institutions publiques locales en dehors des ministères et des départements).	L'UNFPA a soutenu des associations de femmes et de la jeunesse (SCEV, RAJOCOPOD, BOMOTO) dans les domaines de la formation et éducation pour la vie, et le renforcement des compétences en matière de santé reproductive et sexuelle (OSCs confessionnelles). Il a fourni également des équipements et des contraceptifs.

Enjeux à évaluer	Résultats obtenus (uniquement se focaliser sur les faits, s'abstenir de toute analyse à ce stade); Conclusions pour les Critères de Jugements
<p>Exemples illustrant comment l'UNFPA a alloué des fonds à la société civile et aux communautés, et comment cela a réglé le problème du manque de soutien financier de la société civile du fait même de sa propre dépendance par rapport aux fonds externes, situation qui a souvent abouti à une concurrence accrue entre gouvernements pour prétendre à ces fonds de donateurs</p>	<p>Une certaine tension existe entre le gouvernement et la société civile par rapport à la décision de l'UNFPA de distribuer une proportion des ses ressources à travers les associations. Ceci a été provoqué, en certaines instances, par des inquiétudes de la part de l'UNFPA relative à la gestion des fonds au sein de la fonction publique, surtout dans le PNSR.</p> <p>Pendant des entretiens avec la Direction de la Santé des Adolescents du Ministère de la Santé, l'équipe a reçu une plainte forte du fait que l'UNFPA continue de financer des activités des OSCs qui s'occupent de programmes d'appui aux besoins sanitaires et au bien-être des jeunes (tels que BOMOTO, RAJECOPOD et SCEV) tandis qu'il a réduit presque complètement son financement des activités de la Direction. Dans le passé, d'après eux, le partenariat entre la Direction et l'UNFPA a été forte, mais maintenant il est beaucoup plus faible que celui avec, par exemple, l'UNICEF ou l'OMS. Un point clair du désaccord est que la Direction veut avoir plus de control des activités des OSCs, pour qu'ils puissent être sûr qu'ils suivent des standards nationales.</p>
<p>Exemples de coordination de l'UNFPA pour de la mise en œuvre de partenariats visant à unir les Gouvernements et les OSCs à un niveau local afin de générer du capital social via une participation communautaire</p>	<p>Ce type de coordination existe dans les trois régions « H4+ » de Bandundu, Bas Congo et Kinshasa, surtout dans le renforcement des organisations confessionnelles qui offrent des services de santé maternelle avec un soutien budgétaire, formatif et logistique.</p>
<p>Exemples d'Action Jointe de l'UNFPA-gouvernement-OSC et de Cadre de Suivi comme mentionnés par les CPAPs</p>	<p>L'équipe n'a pas vu de preuve de ce type d'initiative.</p>

**6.4.4 Question d'évaluation 4: Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-elle contribué au renforcement des ressources humaines pour la planification de la santé et à la disponibilité des ressources humaines pour la santé maternelle et des nouveaux nés?**

Enjeux à évaluer	Résultats obtenus (uniquement se focaliser sur les faits, s'abstenir de toute analyse à ce stade); Conclusions pour les Critères de Jugements
<b>JC 4.1. Développement/renforcement des politiques nationales de ressources humaines pour la santé (RHS), plans et cadres (avec le soutien de l'UNFPA)</b>	
Quels mécanismes a utilisé l'UNFPA pour s'assurer que les politiciens incluent la SR dans les plans nationaux des ressources humaines; et quels effets ont-ils eu?	Dans l'ensemble de son troisième programme de coopération (2008-2012), l'UNFPA a travaillé à sensibiliser le Ministère de la Santé au besoin critique de renforcer la capacité et augmenter le nombre de sages-femmes qualifiées dans tout le pays. Il a mis en avant le besoin de raccourcir la formation des sages-femmes à un curriculum sur 3 ans tout en améliorant le contenu de celui-ci. La formation actuelle dure 9 ans et est perçue comme beaucoup trop longue. Il a appuyé la création d'une Association de sages-femmes, qui a réussi en soulevant le profil des sages-femmes et leur situation professionnelle. Et il a souligné l'importance d'ouvrir des Écoles de sages-femmes supplémentaires dans tout le pays. Cet objectif n'est pas encore réalisé, mais on a espoir de démarrer certaines activités en 2012 et, bien sûr, pendant le Quatrième Programme de coopération qui commencera en 2013. Entre temps, l'UNFPA a pu financer la réhabilitation de 45 maternités dans tout le pays en 2010. L'intervention de l'UNFPA au cours de son Troisième Programme de coopération a mené également à une réflexion sur le développement d'un curriculum permettant la conversion d'infirmiers polyvalents en sages-femmes diplômées.
Est-ce que ces mécanismes ont produit des « résultats » ou des « outils » qui ont été utilisés par les politiciens pour inclure la SR dans les plans nationaux des ressources humaines?	Voir ci-dessus.
Quelle a été l'approche de l'UNFPA pour soutenir les RHS dans les pays où l'environnement politique était délicat envers le soutien externe au développement des politiques? (i.e. Soudan, Éthiopie) L'UNFPA a-t-elle abordé le problème des RHS dans ces pays en premier lieu?	Au cours de son Troisième Programme de coopération (2008-2012) l'UNFPA a financé les efforts du gouvernement dans la mise au point d'un recensement des sages-femmes. Étant donné que cette catégorie de personnel de santé est bien acceptée à tous niveaux d'un point de vue politique, le renforcement des du nombre et des capacités des sages-femmes n'est pas sujet à controverse. Il a aussi accompagné l'Association des Sages-femmes dans sa démarche de professionnalisation et dans une tentative de développer un système renforcé de régulation.
Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il été impliquée dans les évaluations des besoins des pays visant à informer les politiciens du planning de la RHS (et en particulier dans les pays en dehors de la MHTF ou avant le lancement de la MHTF)?	Voir ci-dessus.

Enjeux à évaluer	Résultats obtenus (uniquement se focaliser sur les faits, s'abstenir de toute analyse à ce stade); Conclusions pour les Critères de Jugements
Dans quelle mesure ces évaluations des besoins (s'il y en avait) ont-elles été utilisées par la suite?	Le lancement des activités basées sur ces évaluations sera un point clef dans la formulation du plan d'action pour le Quatrième Programme de coopération 2013-2017 entre l'UNFPA et le gouvernement de la RDC.
Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il été impliqué dans le soutien du développement des cadres réglementaires pour les cadres de la SR dans les plans de la RHS?	Voir ci-dessus, surtout en ce qui concerne les efforts pour supprimer les réglementations et lois interdisant la contraception et de convaincre le gouvernement à augmenter formation des sages-femmes.
<b>JC 4.2. Renforcement des compétences des professionnels de santé dans le domaine du VIH/SIDA, Planification Familiale, Fistule Obstétricale, des sages-femmes qualifiées et de SONU, afin de répondre aux besoins de la SRH/SMN</b>	
Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il été impliqué dans le soutien du renforcement des capacités liées aux compétences de gestion des politiciens et du personnel administratif de santé?	L'UNFPA a aidé le gouvernement dans ces tentatives visant à réformer la loi sur la contraception et à renforcer la situation des sages-femmes au sein du système. En 2010 l'UNFPA a organisé un atelier en la matière, et bien que, jusqu'à présent, la loi sur la contraception n'a pas encore été officiellement adoptée, le besoin de le faire est bien accepté. Par exemple, après cet atelier les députés provinciaux du Kasai Occidental ont annoncé une « Déclaration en faveur de la planification familiale » comme volet essentiel de services de santé maternelle. Il faut aussi noter le soutien financier important de la part de l'UNFPA, à travers un partenariat avec l'Hôpital Marie Biamba Mutombo de Kinshasa, pour la formation des médecins Congolais dans la réparation chirurgicale des fistules urogénitales, une affliction exceptionnellement onéreuse qui atteint surtout des femmes pauvres suivant l'accouchement.
Quel a été l'impact de l'absence ou de l'existence de renforcement des capacités liées aux compétences de gestion des RHS sur l'efficacité/la durabilité des formations techniques de la SMN?	Voir ci-dessus pour des informations sur le renforcement de la formation des sages-femmes au niveau national.
Quels ont été les mécanismes que l'UNFPA a utilisés pour s'assurer de l'utilité de la formation; et quels ont été les impacts?	Le suivi et contrôle conjoints des structures de santé et ses personnels formés dans les zones cibles se trouvent parfois en difficulté du fait d'une absence de prise en charge de la participation ministérielle.
Exemples d'Action Jointe de l'UNFPA-gouvernement-OSC et de Cadre de Suivi comme mentionnés par les CPAPs	L'équipe n'est pas au courant de ce type d'initiative.

**6.4.5 Question d'évaluation 5: Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-elle anticipé et répondu aux menaces sur la santé reproductive dans le contexte d'urgence humanitaire?**

Enjeux à évaluer	Résultats obtenus (uniquement se focaliser sur les faits, s'abstenir de toute analyse à ce stade); Conclusions pour les Critères de Jugements
<b>JC 5.1. Introduction de la SRH dans la préparation des plans d'urgence, des plans de réponses apportées et des plans de reprise</b>	
Comment l'UNFPA contrôle l'efficacité des activités intégrées de la SMN?	L'UNFPA cherche à assurer la prise en compte, dans l'approche de la gestion des camps de réfugiés, des intérêts des femmes dans le domaine de la santé reproductive. Cette stratégie inclut un soutien aux structures de santé locales par la réhabilitation, l'approvisionnement en équipement, la formation des prestataires de services, la fourniture de kits (maternité, hygiène et violence sexuelle.) Néanmoins, le manque d'une base de données sûre, sur la disponibilité des produits et matériaux peut, parfois, retarder la livraison de ceux-ci aux points de service.
Dans quelle mesure l'UNFPA est impliqué dans le contrôle des activités des réponses jointes et dans l'utilisation de leurs outils?	L'UNFPA participe avec les autres bailleurs de fonds (UNICEF, OMS, USAID, DFID, etc.) dans le contrôle et les évaluations de situations de crise humanitaire.
Est-ce que le plan de réponse du pôle santé inclue la SRH basée sur les interventions de l'UNFPA?	Oui.
<b>JC 5.2. Accès à des services de qualité de SONU, de FP et de SR/HIV dans des situations d'urgence et de conflits</b>	
Dans quelle mesure les interventions humanitaires de la SMN sont couvertes par le mandat de l'UNFPA?	La santé maternelle est un élément critique des services de santé publique soutenu par l'UNFPA dans n'importe quelle situation, dont les crises humanitaires.
Dans quelle mesure les mécanismes de l'UNFPA/les procédures facilitent des réponses flexibles/à temps aux besoins de la SMN dans des situations humanitaires? Quel est l'avantage comparatif du soutien de l'UNFPA à la SMN dans des situations humanitaires/de post urgence?	En cas de crise humanitaire, la livraison dans les délais voulus de fournitures constitue un problème majeur. L'UNFPA a des difficultés pour mobiliser ses moyens à cause de complexités procédurales internes. Le personnel est très préoccupé par cette question et cherche à résoudre le problème. La participation de l'UNFPA permet d'attirer l'attention directement sur les questions souvent négligées de santé reproductive et violence sexuelle. C'est en cela que sa participation a une valeur ajoutée. A ce sujet, l'assurance de l'existence d'une base de données efficace au moyen de laquelle on peut estimer les besoins en produits et matériaux est un point très important.
Quels sont les mécanismes de l'UNFPA assurant une consommation équitable et efficace de ses produits (et comment marchent-ils)?	Voir ci-dessus. L'UNFPA organise des enquêtes parmi les bénéficiaires sur les points forts et faibles de leurs systèmes logistiques. Ces enquêtes ont soulevées les problèmes de la base de données, ainsi que le fait que, assez souvent, les produits livrés aux services de santé sont presque arrivés à date d'expiration.

Enjeux à évaluer	Résultats obtenus (uniquement se focaliser sur les faits, s'abstenir de toute analyse à ce stade); Conclusions pour les Critères de Jugements
Comment l'UNFPA contrôle l'utilisation et la consommation de ses outils dans des formations continues, dans la planification et dans la prestation de services?	L'UNFPA fait des efforts pour assurer un système efficace de distribution des fournitures mais se trouve fortement contraint par le manque d'une base de données adéquate par rapport à l'estimation des besoins en fournitures.
<b>JC 5.3. Accès à des produits médicaux dans des situations d'urgence et de conflits</b>	
Comment l'UNFPA assure-t-il une fourniture équitable de marchandises dans des situations humanitaires, et quels en sont les impacts?	L'UNFPA fait des efforts considérables pour mobiliser ses ressources dans des situations de crise humanitaire (comme indiqué ci-dessus). Il est hautement conscient du besoin de mettre à disposition très rapidement des fournitures afin de limiter la crise. Le renforcement de la base de données sur la disponibilité des différents produits et matériaux augmentera l'efficacité de ces efforts.
Dans quelle mesure l'UNFPA lie-t il le Global Programme pour la Sécurisation en Produits de Santé de la Reproduction (GPRHCS), la MHTF et la HF dans les différents pays « Stream »?	L'équipe n'a pas eu accès à cette information / L'équipe n'a pas recueilli assez de données pour pouvoir répondre à cette question. Cependant, l'équipe a été fortement impressionnée par la capacité du programme financé par l'UNFPA à confronter le problème des fistules obstétricales, former le personnel médical à la réparation des fistules, et soutenir les femmes dans leurs réintégration dans la société une fois que leurs fistules ont été réparées.

**6.4.6 Question d'évaluation 6: Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il contribué à l'élargissement, ainsi qu'à l'accroissement de l'utilisation et de la demande du Planning Familial?**

Enjeux à évaluer	Résultats obtenus (uniquement se focaliser sur les faits, s'abstenir de toute analyse à ce stade); Conclusions pour les Critères de Jugements
<b>JC 6.1. Croissance des capacités au sein du système de santé pour la fourniture de services de qualité en termes de planning familial dans les pays partenaires de l'UNFPA</b>	
Les stratégies nationales de SR (soutenues par l'UNFPA) sont-elles orientées vers l'intégration des services de planning familial dans tous les centres de prestation de services?	Oui. Un élément clef pour l'UNFPA/RDC dans son plan de réorganisation est la remise en valeur de la planification familiale comme contribution primordiale à la santé maternelle. Dans ces zones de santé ciblées, le but de l'UNFPA est d'assurer un meilleur accès à une gamme complète de méthodes de contraception, une disponibilité, selon les besoins, de produits de qualité, et une formation initiale et continue pour les fournisseurs de services de planification familiale.
Les systèmes en place contrôlent-ils l'intégration et la disponibilité des services de planning familial dans tous les centres de prestation de services?	Les systèmes sont en place dans les zones soutenues par l'UNFPA mais la mise en œuvre est très insuffisante en termes de suivi et de monitoring. La qualité des services n'est pas toujours au niveau, et les fournitures les plus recherchées sont souvent indisponibles.



Enjeux à évaluer	Résultats obtenus (uniquement se focaliser sur les faits, s'abstenir de toute analyse à ce stade); Conclusions pour les Critères de Jugements
Les interventions destinées au renforcement des capacités sont-elles stratégiques i.e. prennent en compte les stratégies et orientations nationales, les mécanismes de contrôle et le potentiel de réplification?	Bien que les formations ne soient toujours pas mises en œuvre dans le cadre du Troisième Programme de coopération (2008-2012), elles ont été planifiées en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé selon leurs souhaits et dans le cadre de leur stratégie.
Les interventions destinées au renforcement des capacités sont-elles accompagnées d'interventions visant à assurer un environnement où les professionnels de santé formés peuvent pratiquer leurs compétences nouvellement acquises une fois qu'ils sont de retour dans leurs établissements de santé (équipement, matériel, infrastructure)?	Dans le cadre à la fois des formations relevant du Premier et Deuxième Programmes (1998-2002 et 2003-2007) et de celles planifiées sous le Troisième Programme (2008-2012), l'UNFPA s'est donné beaucoup de peine pour remplir les objectifs de la formation. Ceci a été accompagné par un effort de réhabilitation des structures sanitaires. En 2010, 58 structures dans 10 provinces, pour la plupart des maternités et des centres de santé, ont connu une telle réhabilitation.
Quels sont les mécanismes développés visant à garantir que les programmes de formation et les normes soient adaptés à travers l'ensemble du pays?	L'UNFPA a fait des efforts considérables pour s'aligner sur le Ministère de la Santé en ce qui concerne le développement d'une politique de formation dans le but d'assurer l'adoption dans l'ensemble du pays des curricula et des normes y afférant. Toutefois, étant donné l'énorme demande au sein de ce pays, c'est un travail de longue haleine.
Les mécanismes promus/introduits par l'UNFPA sont-ils orientés vers la fourniture de services de qualité? Est-ce que ces mécanismes sont adoptés à un niveau national avec une perspective visant à les soutenir et à les élargir?	L'objectif est, bien sûr, d'assurer des prestations de qualité mais ceci semble constituer un défi à long terme. Voir ci-dessus.
<b>JC 6.2. Accroissement de la demande et de l'utilisation de services de FP dans les pays partenaires de l'UNFPA, et plus particulièrement parmi les pays vulnérables</b>	
Comment la distribution communautaire de produits de planning familial (soutenue par l'UNFPA) est-elle traduite dans des stratégies nationales de façon durable?	Un modèle a été développé et testé avec le soutien de plusieurs ONGs, telle que « l'Association de Bien-être Familiale » (filiale d'ABEF-IPPF) pour la distribution de fournitures au sein de la communauté. Toutefois, étant donné la taille du pays, ces efforts doivent aller très loin pour satisfaire la demande.
Dans quelle mesure les initiatives de communication visant à une hausse de la demande de PF (entreprises grâce au soutien de l'UNFPA) sont fondées sur des preuves?	Les initiatives qui ont été prises dans le domaine de la communication ne sont pas fondées sur l'évidence des enquêtes mais basées plutôt, jusqu'à maintenant, sur le souhait général de renforcer les connaissances et de promouvoir la demande.



Enjeux à évaluer	Résultats obtenus (uniquement se focaliser sur les faits, s'abstenir de toute analyse à ce stade); Conclusions pour les Critères de Jugements
Quelles sont les mesures de suivi-évaluation servant à quantifier l'impact de ces initiatives de communication?	Il n'y a aucun processus de suivi formel et les ressources pour ce faire font défaut. Mais les responsables des programmes de communication à l'UNFPA sont bien conscients de cette lacune, et espèrent augmenter leur capacité à faire un suivi compréhensif, ainsi que des enquêtes ciblées, dans un proche avenir.
Est-ce que les initiatives soutenues par l'UNFPA ont contribué à la hausse de l'utilisation du Planning Familial parmi les groupes vulnérables?	Il est difficile d'évaluer l'impact des initiatives dans le domaine de la communication mais la stratégie consiste à cibler les groupes vulnérables tels que les réfugiés, les victimes de violence sexuelle, les jeunes, etc.
<b>JC 6.3. Amélioration de l'accès aux contraceptifs (sécurité de l'approvisionnement en marchandises)</b>	
Quels sont les mécanismes en place servant à contrôler et à suivre le Ministère de la Santé (MOH)/les responsables du ministère en charge de la chaîne d'approvisionnement?	A l'heure actuelle, l'UNFPA encourage fortement le gouvernement à développer des systèmes pour l'estimation des besoins en fournitures et pour assurer la continuité dans l'approvisionnement. Pour cela, l'assurance d'une base de données comprehensive et flexible est un « sine qua non » pour le programme national de SR.
Quels sont les mécanismes en place visant la performance actuelle et l'engagement du gouvernement pour la Sécurité des Produits de Santé Reproductive (SPSR)?	Comme il a été signalé auparavant, ces mécanismes sont en voie de développement.

**6.4.7 Question d'évaluation 7: Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il contribué à l'accroissement de la présence de personnel qualifié lors de grossesse et d'accouchement et aux services du SONU dans les pays partenaires?**

Enjeux à évaluer	Résultats obtenus (uniquement se focaliser sur les faits, s'abstenir de toute analyse à ce stade); Conclusions pour les Critères de Jugements
<b>JC 7.1. Accroissement de l'accès aux services de l'SONU</b>	
Quels éléments du soutien de l'UNFPA au SONU étaient destinés à s'assurer de l'engagement durable du MOH quand au fait d'intégrer les services des SONU au planning et budget national?	L'UNFPA a soutenu dans le contexte du H4+ une enquête concernant le service SONU dans les trois zones d'intervention. En outre ils ont mis sur pied un certain nombre de formations pour le personnel des SONU, destinées à prendre en compte le déficit important en matière de capacité. Un accord existe au Bas Congo et au Katanga dans le cadre du quel la province a accepté la responsabilité de la construction ou de la réhabilitation des maternités tandis que l'UNFPA s'est engagé à fournir les équipements.
Ces éléments ont-ils contribué à un engagement (plus) durable du MOH aux SONU?	Une adhésion soutenue n'est pas encore évidente sauf dans les provinces ci-dessus mentionnées.

Enjeux à évaluer	Résultats obtenus (uniquement se focaliser sur les faits, s'abstenir de toute analyse à ce stade); Conclusions pour les Critères de Jugements
Quels sont les mécanismes que l'UNFPA a utilisés pour s'assurer d'une utilisation plus efficace des ressources en soutien aux SONU?	A l'heure actuelle, il n'y a aucunes ressources disponibles pour ce type de monitoring et en tout cas, il y a une absence criante de suivi.
Comment l'UNFPA soutient-elle le système de référence entre le domicile et les soins tertiaires?	De manière générale, il n'ya que très peu d'indication sur la mise en place de systèmes de référencement.
Quels sont les mécanismes qu'utilise l'UNFPA pour assurer une distribution équitable entre les installations des SONU?	Il est incontestable que le soutien de l'UNFPA a mis l'accent sur le profil des services du SONU comme une dimension essentielle des services de la santé maternelle. En l'absence continue de données fiables il est toujours difficile de tirer des conclusions sur la distribution équitable (ou non) de ces structures, une lacune dont l'UNFPA a consciences et doit corriger.
Le soutien de l'UNFPA améliore-t-il la répartition équitable des installations des SONU (et affecte-t-il le processus de planification du placement des infrastructures des SONU)?	Voir ci-dessus. Une telle amélioration est certainement l'objectif de l'UNFPA. Il est un des points clef dans ses efforts pour motiver le Ministère de Santé à prendre plus de responsabilité en faisant le nécessaire pour comprendre si la répartition des installations des SONU est vraiment équitable. Etant donné la réorganisation de la structure de son programme en RDC autour de trois bureaux décentralisés, et la focalisation de ces efforts sur trois régions avec ses partenaires H4+, l'UNFPA n'est pas en mesure d'assurer lui-même cette répartition équitable.
<b>JC 7.2. Accroissement de l'utilisation des services de SONU</b>	
Quels mécanismes sont utilisés par l'UNFPA pour mobiliser les communautés dans le but d'appuyer l'accès des femmes aux SONU; et quels en sont les impacts?	Une méthode concerne l'utilisation de travailleurs communautaires bénévoles pour passer les messages de santé reproductive. L'UNFPA a soutenu également la production de matériaux de communication dont l'objectif est de promouvoir la planification familiale au sein de la communauté. L'UNFPA s'est engagé dans une démarche visant à établir une plateforme médiatique pour les journalistes régionaux y compris des liens avec les écoles de journalisme. Par ailleurs, un accord a été négocié avec l'ONG internationale « Search for Common Ground » pour la dissémination de spots pédagogiques sur les 88 radios communautaires du pays.
Dans quelle mesure l'UNFPA soutien la recherche pour évaluer les barrières d'accès aux services SONU?	La recherche ne fait pas partie du portfolio de l'UNFPA à l'heure actuelle.

**6.4.8 Question d'évaluation 8: Dans quelle mesure l'utilisation de preuves internes et externes dans les stratégies de développement, de programmation et de réalisation de l'UNFPA a-t-elle contribué à l'amélioration de la santé maternelle dans ses pays partenaires?**

Enjeux à évaluer	Résultats obtenus (uniquement se focaliser sur les faits, s'abstenir de toute analyse à ce stade); Conclusions pour les Critères de Jugements
<b>JC 8.1. Intégration de preuves pertinentes et des données sur les résultats de l'UNFPA lors de la stratégie globale de développement et de mise en œuvre (Multi-Year Funding Framework 1 et 2, Plan Stratégique; SRH Framework)</b>	
N/A	N/A
<b>JC 8.2. Considération et intégration de preuves pertinentes sur la SM / SRH et des résultats lors du développement des stratégies pays</b>	
Quel processus les bureaux nationaux ont-ils utilisés afin de tirer les enseignements du passé pour la programmation future?	L'équipe a déjà pris note des deux études qui ont mené le BP à la restructuration du programme de l'UNFPA en RDC : Le « Report on the Inter-Divisional Mission of UNFPA to the RDC » de 2009; et, celui de 2010, ainsi que le « Business Case for the Décentralisation of UNFPA offices in the RDC ». Ces rapports ont confirmé l'observation de la Direction du BP que les activités gérées par les 11 différents bureaux provinciaux dans tous le pays ont eu un impact trop faible en comparaison avec l'investissement financier et en ressources humaines. En fermant les 11 antennes et en les remplaçant par trois bureaux décentralisés à Kinshasa, Goma et Lubumbashi (avec un bureau central à Kinshasa), le représentant de l'UNFPA a expliqué que le but était de ne pas continuer à « dissiper ses efforts dans trop de domaines, avec un impact négligeable » dans ce pays vaste. L'objectif était plutôt de focaliser tous les efforts de l'agence sur l'amélioration de la santé maternelle et reproductive dans ses « zones d'intervention » bien ciblées dans la perspective de renverser la baisse très marquée au niveau national de l'usage de la contraception. Ce changement de stratégie a permis au BP d'également faire face à ses contraintes budgétaires.
Quels facteurs ont empêché les bureaux nationaux d'utiliser les leçons du passé?	Manque des données fiables de toute sorte, et donc une certaine confusion et un manque de collaboration effectif entre les différents bailleurs de fonds. Des solutions/réponses ont commencé à être apportées à cette faiblesse avec par exemple, la préparation du cartographie SMN, et, le futur lancement du recensement national (voir ci-dessous.)
<b>JC 8.3. Gestion de projets individuels axée sur les résultats et sur les preuves tout au long du cycle de vie du projet</b>	
Quels ont été les principaux facteurs qui ont contribué à un faible contrôle de la plupart des bureaux nationaux?	L'immensité du pays, les difficultés de transport et de communication, et les limitations budgétaires. Tous ces facteurs ont été adressés dans la restructuration du programme de l'UNFPA en RDC (voir ci-dessus.) Un autre facteur contribuant à un faible contrôle de la part des bailleurs de fonds ainsi que le gouvernement, est le manque d'une base de données fiable sur la situation de la santé publique en général dans le pays. Cette lacune va être comblée grâce au lancement du recensement national (voir ci-dessus), auquel l'UNFPA a pris un rôle important comme leader.

Enjeux à évaluer	Résultats obtenus (uniquement se focaliser sur les faits, s'abstenir de toute analyse à ce stade); Conclusions pour les Critères de Jugements
Dans quelle mesure l'UNFPA a pris en considération les lacunes existantes dans le suivi-évaluation de ses partenaires d'exécution, ainsi que de son propre personnel quand il a développé ses calendriers de suivi-évaluation?	L'UNFPA veut bien renforcer les capacités de ses partenaires dans le suivi-évaluation mais la première priorité est d'arrêter une méthodologie efficace et d'identifier/débloquer un budget pour sa mise en œuvre.

**6.4.9 Question d'évaluation 9: Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il aidé à garantir le fait que la santé maternelle, la santé sexuelle et la santé reproductive soient intégrées de façon appropriée au sein des instruments de développement nationaux, ainsi qu'au sein des cadres de politiques sectorielles dans ses pays partenaires?**

Enjeux à évaluer	Résultats obtenus (uniquement se focaliser sur les faits, s'abstenir de toute analyse à ce stade); Conclusions pour les Critères de Jugements
<b>JC 9.1. Le soutien de l'UNFPA a amélioré une analyse compréhensive des causes de la mauvaise santé maternelle et de l'efficacité des politiques/stratégies passées de la SM</b>	
Les décideurs/les politiciens qui ont participé dans les ateliers de travail de l'UNFPA ont-ils accru leur sensibilité sur la question de l'importance de données désagrégées pertinentes de SM pour une planification adéquate des interventions de la SMN et du design des politiques?	L'UNFPA a organisé un atelier et un colloque scientifiques en 2010, destinés à renforcer les compétences en planification, mais l'impact sur les activités quotidiennes est difficile à évaluer.
Est-ce que les cadres de politiques pertinents (Documents de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté, politique de santé, etc.) font référence à des données désagrégées pertinentes de SM (i.e. des sondages soutenus par l'UNFPA ou d'autres exercices de collecte de données)?	Les documents stratégiques prennent en compte les données disponibles dans le domaine de la santé reproductive, et l'UNFPA participe avec d'autres partenaires à des efforts visant à améliorer la production de statistiques fiables, par exemple la publication ministérielle de l'Enquête MICS en mai 2011.

Enjeux à évaluer	Résultats obtenus (uniquement se focaliser sur les faits, s'abstenir de toute analyse à ce stade); Conclusions pour les Critères de Jugements
<b>JC 9.2. Intégration de la SM et de la SRH au sein de cadres de politiques et d'instruments de développement basée sur des processus consultatifs transparents et participatifs (soutenus par l'UNFPA)</b>	
Quel est le degré de cohérence des efforts entrepris par différentes initiatives pertinentes pour l'élaboration des politiques de la SMN et du dialogue politique: Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique, Maputo / SMN cartographie et participation de l'UNFPA dans les SWAp fora?	La cartographie entreprise avec le soutien de l'UNFPA et de l'USAID montre les efforts mis en œuvre pour atteindre une certaine cohérence dans le cadre des politiques de santé reproductive. A part cela, l'équipe n'a pas eu connaissance d'une cohérence particulière entre les différentes initiatives ci-mentionnés
Quels sont les principaux mécanismes via lesquels les campagnes de sensibilisation et de plaidoyer de l'UNFPA contribuent au développement/révision/intégration des enjeux de la SMN dans les politiques nationales?	Les mécanismes principaux sont la collaboration avec des associations de journalistes, des agences de presse, des associations participant à la société civile et des représentants des milieux politiques ainsi que la publication et distribution de supports de communication (affiches, bandes dessinées, boîte à images).
<b>JC 9.3. Suivi et évaluation de la mise en œuvre des éléments de la SRH / SM constitutifs du cadre de politique nationale et des instruments de développement</b>	
Dans quelle mesure les outils de suivi-évaluation, qui ont été développés avec le soutien de l'UNFPA, ont-ils été adoptés pour contrôler les politiques et programmes nationaux de la SMN/SRH?	Les moyens financiers de la mise en œuvre ne sont pas à portée de main et le monitoring manque cruellement dans les établissements de santé.
Dans quelle mesure sont inclus les indicateurs de la SMN dans les systèmes de suivi (et évaluation) des politiques nationales?	Les indicateurs sont inclus dans l'analyse des besoins et dans la définition des priorités, comme nous pouvons le constater dans l'Enquête MICS 2010, mais l'engagement du gouvernement reste faible pour sa mise en œuvre.

6.4.10 *Question d'évaluation 10: Dans quelle mesure les programmes de santé maternelle de l'UNFPA et leurs mises en œuvre, ont-ils adéquatement utilisé les synergies existantes entre, d'une part, le portefeuille de programmes de l'UNFPA liés à la santé sexuelle et à la santé reproductive, et d'autre part l'aide de l'UNFPA dans des programmes liés à d'autres secteurs?*

Enjeux à évaluer	Résultats obtenus (uniquement se focaliser sur les faits, s'abstenir de toute analyse à ce stade); Conclusions pour les Critères de Jugements
<b>JC 10.1. Liens tissés entre les programmes (SR avec le Genre et Population &amp; Développement) établis dans le design de l'intervention</b>	
Dans quelle mesure l'UNFPA a identifié les contraintes spécifiques au genre qui affectent et entravent les objectifs du programme de la SR au niveau du pays dans sa planification?	Certains problèmes, typiques de beaucoup de pays africains, découlent du manque d'autonomie de la femme qui ne gère pas, la plupart du temps, le budget familial, et d'une situation où c'est l'homme en tant que chef de ménage, qui prend les décisions, souvent de manière unilatérale.
Ces contraintes de genre (celles décrites) ont-elles été correctement traitées par les gouvernements actuels; ou l'UNFPA? (réflexions sur le document CPAP, étudier l'intégration du genre au niveau des politiques et des programmes)	Pas tout à fait. L'UNFPA a essayé de prendre en charge les résultats de ces types de comportement (fistules, décès maternels, taux très bas de la planification familiale...) mais il ne s'est pas vraiment confronté au problème même.
Comment les Plans de Travail Annuel (PTAs) ont intégrés les résultats sur les contraintes de genre au niveau des éléments de la SR?	Ces problèmes sont la cible principale du programme (voir ci-dessus).
L'UNFPA s'attache-t-il correctement à régler les contraintes de genre liées à l'accès à la SMN par les femmes pauvres et vulnérables, ainsi que par les jeunes individus les plus à risque?	L'UNFPA a mis l'accent sur la communication: relations avec la presse, travail avec des associations des femmes et des jeunes (par exemple ABEF-IPPF, SCEV, BOMOTO), le développement et la publication de supports pour les démarches de sensibilisation.
Comment et dans quelle mesure l'UNFPA, à travers son soutien, aborde le problème des contraintes dans la demande de services de la SMN; e.g. basé sur la reconnaissance des barrières spécifiques liées au genre par la SMN <sup>1</sup>	Voir ci-dessus.
Existe-t-il des exemples concrets qui témoignent de la façon dont l'UNFPA traite des contraintes de genre, et qui ont été inversés de sorte que cela a créé des opportunités pour les objectifs de l'UNFPA SR, ou inversement?	Au-delà des activités citées en objet, l'UNFPA soutient les activités du Ministère du Genre y compris dans les communications visant le changement des attitudes, la réhabilitation des centres de promotion de la femme (surtout au Bas Congo, à Kitanga et à Kinshasa). Il s'implique également dans la formation à la communication de l'Union Nationale des Femmes. L'UNFPA s'est associé au Ministère du Genre pour financer la réinsertion socio-économique des femmes guéries des fistules, victimes de violences sexuelles, ainsi que des filles-mères.

Enjeux à évaluer	Résultats obtenus (uniquement se focaliser sur les faits, s'abstenir de toute analyse à ce stade); Conclusions pour les Critères de Jugements
<b>JC 10.2. Intégration du Suivi et des Rapports des opérations de l'UNFPA</b>	
Comment la Population et Développement (P&D) a élargi l'utilisation de ses données par le gouvernement dans les trois dernières années/UNFPA et autres partenaires dans les interventions de SR/SM?	Travail important de plaidoyer en faveur d'un recensement national de la population ainsi que dans la production régulière de l'Enquête MICS. L'UNFPA a pris les devants dans le processus de planification pour le prochain Recensement de la Population et de l'Habitat (RGPH), le premier à avoir lieu depuis 1984. Il a contribué pour plus de US\$1m à ce processus et est en tête des efforts visant à identifier le financement nécessaire pour un recensement qui devrait coûter plus de US\$100m.
Dans quelle mesure l'UNFPA BP a utilisé les rapports actuels d'opérations multiprogrammes à un niveau global, régional et national? Notez uniquement les éléments les plus marquants.	L'équipe n'a pas d'éléments de réponse à cette question.

6.4.11 *Question d'évaluation 11: Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-elle été capable de compléter les programmes de santé maternelle, ainsi que leurs mises en œuvre au niveau des pays, avec des interventions, initiatives et ressources au niveau régional et global afin de maximiser sa contribution à la santé maternelle?*

Enjeux à évaluer	Résultats obtenus (uniquement se focaliser sur les faits, s'abstenir de toute analyse à ce stade); Conclusions pour les Critères de Jugements
<b>JC 11.1. Clarté de la division du travail et de la délimitation des responsabilités entre les bureaux globaux, régionaux et nationaux de l'UNFPA</b>	
Existe-t-il des accords particuliers sur la division du travail entre BPs et les bureaux régionaux?	De tels accords n'étaient pas évidents pour l'équipe d'évaluation. D'après ce que nous avons appris, les liens entre le BP/RDC et les bureaux régionaux sont assez limités.
Les personnels des bureaux nationaux ont-ils une idée précise du type de soutien qu'ils peuvent espérer obtenir des bureaux régionaux et de l'UNFPA de façon générale?	Oui, en général, mais voir ci-dessus au sujet des liens de communication entre le BP/RDC et les bureaux régionaux.
<b>JC 11.2. Alignement des capacités organisationnelles de l'UNFPA au niveau pays avec la division (prévue) du travail et la délimitation des responsabilités</b>	
Combien de temps a pris le recrutement d'expert de SR au sein des bureaux nationaux? Est-ce que tous les postes ont été pourvus?	L'équipe n'a pas d'éléments de réponse à cette question.



Enjeux à évaluer	Résultats obtenus (uniquement se focaliser sur les faits, s'abstenir de toute analyse à ce stade); Conclusions pour les Critères de Jugements
<p>Reste-t-il des lacunes dans les capacités techniques du personnel de la SR/SMN qui empêchent les bureaux nationaux d'atteindre le maximum de leur potentiel?</p>	<p>Il existe des lacunes, surtout (d'après l'équipe) au niveau de la capacité technique pour le suivi formatif, mais les nouvelles limitations budgétaires indiquent que, pour le moment, il sera difficile pour le BP de les remplir. Étant donné ces limitations, l'équipe a été très impressionnée par la capacité et la motivation du personnel existant, ainsi que leur direction.</p>
<p><b>JC 11.3. Renforcement/Amélioration de la programmation et des interventions au niveau des pays de l'UNFPA via un soutien technique et programmé des niveaux globaux et régionaux</b></p>	
<p>Dans quelle mesure l'orientation le programme mondial pour les services de SM s'est élargie; les services d'obstétrique ont été étendus au niveau du pays/a été pertinent pour la programmation/la mise en œuvre du soutien au niveau national?</p>	<p>L'équipe n'a pas d'éléments de réponse à cette question.</p>
<p>Quelles sont les contributions spécifiques du programme régional pour le soutien de l'intégration de la SMN au sein du cadre national/ le renforcement du système de santé?</p>	<p>L'équipe a constaté très peu d'évidence des contributions techniques ou autres du programme régional aux activités de BP/RDC. Le fait que la RDC est membre de la région sud de l'UNFPA, région dans laquelle les autres membres utilisent l'Anglais comme langue de communication, limite donc les communications interrégionales.</p>
<p>Comment les programmes régionaux soutiennent-ils le renforcement de la demande de création de la SR à un niveau national? Dans quelle mesure ARP produit de la valeur ajoutée en termes d'efforts de demande de création au niveau national?</p>	<p>L'équipe a constaté très peu de preuves de ce type de soutien.</p>

**6.4.12 Question d'évaluation 12: Dans quelle mesure l'aide à la santé maternelle de l'UNFPA a-t-elle contribué à sa visibilité dans les initiatives globales, régionales et nationales de SM, et a aidé l'organisation à accroître ses engagements financiers à l'égard de la santé maternelle au niveau national?**

Enjeux à évaluer	Résultats obtenus (uniquement se focaliser sur les faits, s'abstenir de toute analyse à ce stade); Conclusions pour les Critères de Jugements
<b>JC 12.1. Présence de l'UNFPA dans les initiatives globales et régionales de SM</b>	
Quelles sont les principales initiatives globales et régionales de SM auxquelles l'UNFPA a pris part?	L'équipe n'a pas d'éléments de réponse à cette question.
Quelles ont été les principales contributions de l'UNFPA à l'égard de ces initiatives?	L'équipe n'a pas d'éléments de réponse à cette question.
<b>JC 12.2. Leadership de l'UNFPA dans les campagnes de plaidoyer de SM au niveau national</b>	
Quelle a été l'approche utilisée par l'UNFPA pour défendre la politique de SMN vis-à-vis des gouvernements nationaux et du public national? (réponse basée sur des exemples concrets de comment l'UNFPA a utilisé son pouvoir de convocation, où, comment et qui a utilisé son expertise technique, etc.)	Plaidoyer de la part de l'UNFPA auprès du gouvernement en faveur du recensement national de la population, la modification du cadre juridique (par exemple, soutien avec d'autres partenaires au Ministère du Genre dans l'élaboration d'un nouveau Code de la Famille, soutien au Ministère de la Santé pour la réforme de la loi sur la planification familiale).
Quels ont été les principaux produits d'assistance technique utilisés et les principales ressources techniques des bureaux globaux et régionaux qui ont été utilisés par les bureaux nationaux? Posez la même question aux IPs mais à propos de la visibilité/leadership de l'UNFPA BP.	L'équipe n'a pas d'éléments de réponse à cette question.
Comment l'UNFPA remplit-il son rôle de leader dans le renforcement des capacités institutionnelles, dans son plaidoyer au niveau politique, dans la création d'un soutien public de masse pour ses programmes, et dans la promotion de son autonomie (ceci fait l'objet d'une nouvelle ligne de budget depuis 2004)?	La participation de l'UNFPA dans les activités H4+ souligne son rôle de leader dans les provinces ciblées. En outre, le BP a pris la décision de se restructurer pour fermer ces onze bureaux provinciaux et les remplacer avec trois bureaux décentralisés au-delà du bureau central, action qui leur permettra de focaliser leurs interventions et de les rendre plus visibles. Cette démarche stratégique a été en partie motivée par les difficultés que connaît le BP du fait de l'insuffisance de son budget par rapport aux besoins énormes du pays.

Enjeux à évaluer	Résultats obtenus (uniquement se focaliser sur les faits, s'abstenir de toute analyse à ce stade); Conclusions pour les Critères de Jugements
<b>JC 12.3. Augmentation des engagements financiers des gouvernements partenaires envers la SRH et la SM</b>	
Quels sont les outils, informations, preuves fournis par l'UNFPA BP qui ont été utilisés dans la mobilisation des ressources de SR/SM (non monétaire) et dans la collecte de fonds (monétaire) par les gouvernements partenaires?	Le Plan National de Développement Sanitaire 2011/2015 (PNDS) démontre clairement la situation critique de la santé reproductive dans le pays. L'UNFPA utilise ces données pour mettre en évidence les besoins et pour sensibiliser le gouvernement à l'impérieuse nécessité d'un engagement financier beaucoup plus important et soutenu de sa part.
Dans quelle mesure ces outils ont amélioré la capacité des gouvernements à collecter des fonds additionnels pour la SMN; ou la propre volonté des gouvernements à allouer plus de fonds à la SMN?	La part du gouvernement dans les activités de collecte de fonds complémentaires pour la santé reproductive est jusqu'à ce jour insignifiante.

## 6.5 Liste des documents consultés

**Tableau 5: Bibliographie RD Congo**

TITRE	ANNÉE	TYPE DE RAPPORT
Gouvernement de la République Démocratique du Congo (GRDC): Poverty Reduction and Growth Strategy Paper	2006	Document stratégique
GRDC/ Ministère de la Condition Féminine et Famille: Lutte contre les Violences Sexuelles: vers une Consolidation de la Paix	2006	Présentation
GRDC/ Ministère de la Jeunesse et des Sports: Rapport sur l'Atelier de Validation de la Politique Nationale de la Jeunesse	2009	Rapport
GRDC/ Ministère de la Santé: Feuille de Route pour accélérer la Réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infantile en RDC	2009	Document stratégique
GRDC/ Ministère de la Santé: Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015	2010	Document stratégique
GRDC/ Ministère de la Santé: Health-System Strengthening Strategy – Stratégie pour le renforcement du système de santé.	2006	Document stratégique
GRDC/ Ministère de la Santé: Plan National de Sécurisation des Produits SR	2005	Document stratégique
GRDC/ Ministère de la Santé: Plan Directeur de Développement Sanitaire 2000-2009	2000	Document stratégique
GRDC/ Ministère de la Santé Publique/ UNFPA: Politique Nationale de Santé de la Reproduction	2008	Document stratégique
GRDC/ Ministère du Genre, de la Famille et de l'Enfant: Politique Nationale de Genre	2009	Document stratégique
GRDC/ Ministère du Plan: Déclaration de Politique Nationale de Population	2008	Document stratégique
GRDC/ UNFPA: Revue à Mi-parcours du 3ème Programme Pays 2008-2012	2010	Revue
GRDC/ UNFPA: Country Programme Documents (CPD)	2008	Document stratégique
Centre International pour la migration, la santé et le développement/Police RDC/ UNFPA: Connaissances, Perceptions, Attitudes et Pratiques des Membres de la Police Nationale Congolaise en Matière de Violences Sexuelles dans trois Provinces de la République Démocratique du Congo	2010	Rapport de revue
PNSR: Rapport des Etats des Lieux des Zones de Santé Appuyés par l'UNFPA au 3 <sup>e</sup> Programme	2008	Rapport
UNFPA: Plans annuels de travail avec les partenaires	2008, 2009, 2010, 2011	Documents stratégiques
UNFPA: Enquête MICS	2011	Enquête
UNFPA: MHTF Results Frameworks, Indicators, Baselines and Targets	2011	Rapport
UNFPA: Business Case for the Decentralization of UNFPA Offices in the RDC	2010	Rapport
UNFPA: Country Annual Joint Reporting for the Reproductive Health Thematic Funds	2010	Rapport Annuel

UNFPA: Review of the Country Annual Joint Reporting for Thematic Trust Funds (Annual Report 2009/PTA 2010)	2010	<i>Rapport de revue</i>
UNFPA: UNFPA en Action	2010	<i>Rapport Annuel</i>
UNFPA: Country Office Annual Report (COAR)	2004, 2006, 2007, 2008, 2009	<i>Rapport de management</i>
UNFPA: Evaluation des Capacités des Partenaires de mise en œuvre du Programme Pays 2008-2009	2009	<i>Rapport d'évaluation</i>
UNFPA: Rapport d'Étape Type: Genre	2009	<i>Rapport d'Étape</i>
UNFPA: Report on the Inter-divisional Mission of UNFPA to the RDC	2009	<i>Rapport</i>
UNFPA: Situation des Refoules Congolais de l'Angola	2009	<i>Rapport</i>
UNFPA: Standard Fistula Campaign Annual Report	2009	<i>Rapport Annuel</i>
UNFPA: Evaluation des Besoins des Jeunes et de la Réponse Nationale Notamment en Matière de Santé de la Reproduction	2008	<i>Evaluation Report</i>
UNFPA: Management Work Plan: Assist Psychosociale Urgence Victimes vs Ango & Aketi	2008-2009	<i>Document stratégique</i>
UNFPA: Management Work Plan: Prévention et Réponse aux SGBV contre refoulés K Occ	2008-2009	<i>Documents stratégique</i>
UNFPA: Management Work Plan: Prise en Charge Médicale et Psychosociales des VVS	2008-2009	<i>Document stratégique</i>
UNFPA: Rapport d'Étape Type: Population et Développement	2008-2009	<i>Rapport d'Étape</i>
UNFPA: Rapport d'Étape Type: Santé de la Reproduction	2008-2009	<i>Rapport d'Étape</i>
UNFPA: Management Work Plan: La Prévention et la Réponse aux Violences Sexuelles	2006-2010	<i>Document stratégique</i>
UNFPA: Rapport Annuel du Projet Conjoint SGBV	2006	<i>Rapport Annuel</i>
UNFPA: Rapport Semestriel des Incidents de Violences Sexuelles	2006	<i>Rapport</i>
UNFPA: Rapport Semestriel du Projet Conjoint SGBV	2006	<i>Rapport</i>
UNFPA: Rapport sur l'Estimation de l'Ampleur et des Besoins des Fistules Urogénitales en RDC	2006	<i>Rapport</i>
UNFPA: Rapport Annuel des Activités: Initiative Conjointe de Lutte contre les Violences Sexuelles	2005	<i>Rapport Annuel</i>
WHO-UNFPA-UNICEF-World Bank Joint Country Support for Accelerated Implementation of Maternal and Newborn Continuum of Care (the « H4+ » strategy)	2008	<i>Déclaration conjointe</i>
Université de Kinshasa: Analyse de la Situation des Services de la Santé de la Reproduction en RDC: Étude des Cas dans les Zones Post Conflit du Maniema et de l'Équateur	2009	<i>Analyse</i>

## 6.6 Liste des personnes interviewés

Tableau 6: Liste de personnes interviewées

Organisation/ Unité	Nom	Position
ABEF (Association pour le Bien Etre Familial)	Willy KABONGO MAKWEN	Directeur Exécutif
Association Chrétienne pour le Développement de la Femme et de l'Enfant	Mr JULIEN	Directeur Exécutif
Association de Santé Familiale	Gaby KASONGO MANKIE	Manager Planning Familial
BCZS (Bureau Central de la Zone de la santé) Binza Ozone	Mariefrance KWENE	Infirmière Superviseur
BCZS Matadi	Dr Julien NGITA	Médecin Chef de Zone de Santé
BCZS Mbanza-Ngungu	Dr Philippe ULULU	Médecin Chef de Zone de Santé
BCZS Nzanza	Dr LELEO NGIMBI	Médecin Chef de Zone de Santé
Centre des Jeunes, Bomoto	Honoré KILENDO NGIMBI	Directeur National de la Jeunesse
Division Provinciale Bas-Congo	AG VANGU MISAMU	Administrateur-Gestionnaire
Division Provinciale Bas-Congo	Michel BIKEMBO	Coordinateur Provincial de la Santé de la Reproduction
Équipe d'Appui pour le Développement des Initiatives Familiales	Madame MBONA MELI	Secrétaire Exécutif
H4+	--	Déléguée de l'OMS
Hôpital Marie Biamba Mutombo	Alexandre MANUNGA	Directeur Général
Hôpital Marie Biamba Mutombo	Dr Leon MUBIKAYI	Chirurgien Réparateur des Fistules
Maternité de Kitambo	Dr KATOBA	Médecin Directeur
Ministère du Genre, de la Famille et de l'Enfant	Dr Adrienne BINWANE LUFUNANGOY	Directrice du Service National Femme et Développement
Ministère du Genre, de la Famille et de l'Enfant	Luzingu FUMIKWINI	Technicien
Ministère National de la Santé Publique	Dr Marie-Louise MBO	Directrice du PNSR
Ministère National de la Santé Publique	Dr Kalume TUTU	Directeur de la DSFA et des Groupes Spécifiques
Ministère National de la Santé Publique	M. Fidèle MBADU	Directeur des Programmes de la Santé des Adolescents
Ministère National de la Santé Publique	Dr MAPATANO	Directeur de Cabinet du Ministre de la Santé Publique

RAJECOPOD (Réseau Adolescents et des Jeunes Congolais pour la Population et le Développement)	Coko MUKOKA	Secrétaire Exécutif National
SCEV	Kisala NENAYAMO	Directeur Général Adjoint
UNFPA Bureau central	Richard DACKAM-NGATCHOU	Représentant résident UNFPA R.D. CONGO
UNFPA Bureau central	Dr Théophile NEMUANDJARE	NPO (National Programme Officer – Chargé de Programme National)/ Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes
UNFPA Bureau central	Dr Ndele BILANDA	NPO/SONU (Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence)
UNFPA Bureau central	Dr Alphonse MATONDO	NPO/ VIH
UNFPA Bureau central	Dr Bora KAWENDE	NPO/ SMN/ Fistule
UNFPA Bureau central	Albert DO LACLÉ	Coordinateur SPSR
UNFPA Bureau central	Charlotte MUSEPU	NPA/ Commodités
UNFPA Bureau central	Henriette EKE MBula	Conseillère Sage-femme
UNFPA Bureau central	Assan BA	Chargé de la Communication
UNFPA: Bureau Décentralisé de Goma	Dr Polycarpe TAKOU	Coordonnateur Humanitaire
UNFPA: Bureau Décentralisé de Goma	Dr Jean Paul MAKAY	NPO/ Humanitaire
UNFPA: Bureau Décentralisé de Goma	Dr Jean-Pierre MAKELELE	NPO/ SONU/PF
UNFPA: Bureau Décentralisé de Kinshasa	Dr Pierre SHAMWOL	Chef du BDK a.i
UNFPA: Bureau Décentralisé de Kinshasa	Dr Irène KATOBA	NPO/ Fistule
UNFPA: Bureau Décentralisé de Kinshasa	Dr Atimango MARINI	NPO/ PF
UNFPA: Bureau Décentralisé de Kinshasa	Dr Maggy KUNDUMA	NPO/ SONU
UNFPA: Bureau Décentralisé de Kinshasa	Dr Jules MULIMBI	NPO/ SR/ Genre
UNFPA: Bureau Décentralisé de Kinshasa	Dr Gisèle BISIMWA	NPA/ Commodités
UNFPA: Bureau Décentralisé de Kinshasa	Dr Jacquie BAPURA	NPO/ Humanitaire
UNFPA: Bureau Décentralisé de Kinshasa	Brigitte KIAKU	NPA/ Communication
UNFPA: Bureau Décentralisé de Lubumbashi	Dr Salanga MAYATEZULWA	NPO/ SONU/ PF/ Fistule



## 6.7 Rapports des groupes témoins

Tableau 7: Rapport de group témoin – activités de la SR

GROUPE DE TRAVAIL	Nom du membre de l'équipe d'évaluation	Christina Thayer Nzanzu Kikuhe	Date	14 octobre 2011
	Sujet/problématique à traiter	Lieu		
	Santé reproductive	Matadi		
<b>Participants (qualité, nombre, etc.)</b>				
1) Mr VANGU Misamu, Division Provinciale BAS CONGO 2) Dr Louis Tsasa, Division Provinciale /Bureau Central 3) Michel Bikembo, Division Provinciale /PNSR 4) Laurent Nanitelamio, Division Provinciale /PNSR 5) Diyabanza Mandala, Division Provinciale, 6) Dr Magguy KUNDUMA, UNFPA, Program officer / chargé de programme				
<b>Problématiques discutées</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Appui de l'UNFPA aux activités de la SR dans la province du BAS CONGO</li> <li>➤ Approvisionnement en médicaments et en équipements</li> <li>➤ Réhabilitation des structures sanitaires</li> <li>➤ Formations</li> <li>➤ Appui aux supervisions</li> </ul>				
<b>Principaux éléments de réflexion (contenu)</b>				
A) Stratégies: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ L'UNFPA réalise ses activités en se conformant au plan d'action provincial (stratégie bien appréciée par la province) dans 7 zones de la santé sur les 31 de toute la province</li> <li>➤ Appui ponctuel dans le cadre humanitaire (urgence lors des refoulements des Congolais du territoire Angolais)</li> <li>➤ Appui considérable du gouvernement provincial dans la réalisation des activités: approvisionnement en équipements de toutes les structures sanitaires d'une valeur de US\$2.3m et construction d'une maternité dans chacun des 10 territoires que compte la province, dotation de quelques structures en ambulance</li> <li>➤ Définition d'une politique de pérennisation des activités après le départ et ou le désengagement du partenaire par la répartition des recettes issus de la vente des services et des médicaments de la PF</li> </ul> B) Problèmes: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Non concrétisation du PTA par l'UNFPA</li> <li>➤ Procédures administratives de décaissement des fonds très lourdes et très centralisées en comparaison avec les autres agences des UN et partenaires</li> <li>➤ Non-prise en compte des acquis des 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> programmes dans le 3<sup>ème</sup> programme</li> </ul>				
<b>Observations</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Respect du PTA par l'UNFPA</li> <li>➤ Assouplir les procédures administratives de décaissement des fonds en se dotant d'une autonomie financière</li> <li>➤ Passage en échelle de l'appui de l'UNFPA (augmentation progressive des activités en quantité et en qualité)</li> <li>➤ Consolidation des acquis des 1er et 2eme programme dans le 3eme programme</li> </ul>				

comme la redynamisation de la communication en utilisant le RJECP, faire le suivi et l'évaluation des activités, maintenir l'esprit de collaboration avec les techniciens d'institutions législative et exécutive du Bas Congo qui est vraiment excellent;

- Renforcer la collaboration avec d'autres partenaires œuvrant dans le Bas Congo.

**Tableau 8: Rapport de group témoin – CS de Référence**

GROUPE DE TRAVAIL	Nom du membre de l'équipe d'évaluation	Eliot Putnam	Date
			14 octobre 2011
	Sujet/problématique à traiter		Lieu
	Visite au CS de Référence		Luyindu
Participants (qualité, nombre, etc.)			
1) Marie-France Kwene, Infirmière Superviseur 2) Médecin Chef du Zone 3) Staff du CS de Référence (8-10 pour une table ronde discussion) 4) Dr Katoba, UNFPA			
Problématiques discutées:			
Une maternité/hôpital de plus de 50 lits, 51 agents. Soutenu par l'Eglise du Christ, mais ce soutien n'est pas cohérent. Le Partenariat avec l'UNFPA est très apprécié, et la collaboration est bonne.			
Principaux éléments de réflexion			
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Encore une fois, suggéré qu'ils essaient d'être plus proactifs en soulevant leurs problèmes auprès de l'UNFPA.</li> <li>➤ Les Produits livrés par l'UNFPA sont souvent endommagés et/ou presque en voie d'expiration, et les quantités sont trop faibles.</li> <li>➤ Les équipements sont en mauvais état, etc.</li> </ul>			
Observations:			
Un CS fort avec le potentiel de faire plus, y compris réparation des fistules si bien appuyé. Manifestation de désir un soutien en réhabilitation, surtout pour la peinture .			

## 6.8 Liste des projets et activités de l'UNFPA pris en compte

Tableau 9: Aperçu des principaux programmes / interventions dans le pays 2008-2010

Plan de Travail Annuel (PTA)				
Composant de programme de pays	Partenaire d'implémentation	Titre du projet/ programme	Volume en US\$ (contractée) de UNFPA	Année
SR	MOH	Accès de jeunes à PF/VIH/SIDA	101,500	2010
SR	MOH	Accès de jeunes à PF/VIH/SIDA	585,000	2009
SR	MOH	Accès de jeunes à PF/VIH/SIDA	450,908	2008
SR	MOH	Accès aux services SM (thème centrale Fistule, SONU)	439,195	2009
SR	MOH	Accès aux services SM (thème centrale Fistule, SONU)	615,000	2008
SR	MOH	Appui à l'accès à SR (thème centrale capacité)	951,000	2009
SR	MOH	Appui à l'accès à SR (thème centrale capacité)	1,019,892	2008
SR	MOH	Instruments et instruction pour intégration SPSR	275,629	2009
SR	MOH	Instruments et instruction pour intégration SPSR	140,000	2008
SR	UNFPA	Projet d'Appui au Programme sous la Composante Santé de la Reproduction (thème centrale capacité)	2,106,107	2010
SR	UNFPA	Projet d'Appui au Programme sous la Composante Santé de la Reproduction (thème centrale capacité)	858,279	2009
SR	UNFPA	Projet d'Appui au Programme sous la Composante Santé de la Reproduction (thème centrale capacité)	847,933	2008
SR		MHTF (thème centrale sages-femmes, SONU, planification familiale, Fistule)	2,605,000	2011
Genre	Ministère du Genre, de la Famille et de l'Enfant	Les capacités institutionnelles des ministères et du parlement sont renforcées pour promouvoir la femme et son implication économique et politique (thème centrale capacité)	89,330	2010
Genre	UNFPA	Projet d'Appui au Programme sous la Composante Genre (thème centrale capacité)	1,394,850	2010
Genre	UNFPA	Projet d'Appui au Programme sous la Composante Genre (thème centrale capacité)	564,657	2009
Genre	UNFPA	Projet d'Appui au Programme sous la Composante Genre (thème centrale capacité)	557,850	2008
Genre		Accès aux services pour les victimes de violence sexuelles	247,505	2008

Genre		La Prévention et la Réponse aux Violences Sexuelles	170,603	2010
Genre		La Prévention et la Réponse aux Violences Sexuelles	2,306,311	2009
Genre		La Prévention et la Réponse aux Violences Sexuelles	1,740,113	2008
Genre		La Prévention et la Réponse aux Violences Sexuelles	2,127,313	2007
Genre		La Prévention et la Réponse aux Violences Sexuelles	987,840	2006
Genre		Prévention et Réponse aux Violences Sexuelles	81,994	2009
Genre		Prévention et Réponse aux Violences Sexuelles	350,000	2008
Genre		Prise en Charge Médicale et Psychosociales des VVS	351,998	2009
Genre		Prise en Charge Médicale et Psychosociales des VVS	597,060	2008
Genre		Renforcement des Capacités en Violences Sexuelles au Bas Congo	136,000	2009
Genre		Renforcement des Capacités en Violences Sexuelles au Bas Congo	136,000	2008
P&D	Département des Sciences de la Population et du Développement	Capacités renforcées	47,500	2010
P&D	Ministère du Plan	Lutte contre VIH (thème centrale capacité)	718,040	2010
P&D	UNFPA	Projet d'Appui au Programme sous la Composante Population et Développement (thème centrale capacité)	2,064,378	2010
P&D	UNFPA	Projet d'Appui au Programme sous la Composante Population et Développement (thème centrale capacité)	835,692	2009
P&D	UNFPA	Projet d'Appui au Programme sous la Composante Population et Développement (thème centrale capacité)	825,618	2008
		Trust Fund (thème centrale SONU, planification familiale)	3,978,640	2010
		(Plan de Travail Intègre SR pour Financement par les Fonds Thématiques)	MHTF: 1,300,000 GPRHCS: 3,000,000 UBW : 45,000 Fistule : 250,000 Autres : 275,000	2010

Source: Les Plans du Travail Annuel RD Congo

**Tableau 10: ATLAS data RD Congo 2004-2010**

Time period	Project ID	Project Title	Budget	Expenditure
2008 - 2009	COD3R41A	ACCELERATION DE L'ACCES A LA P	130903,23	120555,35
2008 - 2010	COD3R51A	Access of young to PF/VIH/SID	1503949	1111646,83
2008 - 2010	COD3R22A	Access to maternal health Srv	1519766,55	1357378,78
2008 - 2010	COD3R13A	Acces IDPs et victimes des cri	1441834,21	1415964,69
2008 - 2010	COD3R41B	Amélioration accΦs aux service	479923,79	459174,29
2008 - 2010	COD3R22B	Amélioration des SGONU dans le	680000	464374,56
2009	COD3R22E	Amélioration des SONU dans le	150000	150936,74
2010	COD3G42J	Amélioration du SIG des donnée	291231,77	221930,79
2010	COD3R21G	Améliorer l'offre et l'accessi	139897	139395,56
2005 - 2010	ZAI2R202	APPUI A L'ERADICATION DES F	866859,03	616925,66
2004 - 2008, 2010	ZAI02P09	APPUI A 3 ONGs/SR	838151,8	794946,05
2004 - 2008, 2010	ZAI02P07	APPUI MISE EN OEUVRE PNSR	4955363,59	4881414,12
2004 - 2007, 2010	ZAI2G102	APPUI A LA MISE EN OEUVRE DU P	904053,9	885750,53
2004 - 2008, 2010	ZAI2R205	APPUI A LA MISE EN PLACE DE CE	1529976,15	1369933,21
		Appui au Programme sous la com	5988713,8	6040729,14
2010	COD3R22G	Appui aux opØrations de secur	887573,96	612171,18
		APPUI AUX SGONU	539890,2	141092,65
2008 - 2010	COD3R22D	Appui d'urgence α la promotion	700000	428234,77
2004 - 2008, 2010	ZAI02P08	APPUI MISE OEUVRE CP 2002-2006	10486068,81	10276047,35
2009 - 2010	COD3R22F	Appui α la restauration des ca	130000	128417,61
2008 - 2009	COD3R23A	Appui α l'amélioration des SSR	444000	292104,45
2008	PU0074	ASSIST PSYCHOSOCIALE URGENCE V	247505	25465,56
2007 - 2008	ZAI2R011	BASIC AND EMERGENCY OBSTETRIC	505304,06	261173
2008 - 2010	COD3G42A	Capacités des ONG et réseaux r	1682395,24	1501490,6
2009	COD3P12A	Capacités renforcées pour inté	2500	5808,43
2007 - 2008	ZAI2G007	CARE AND PREVENTION OF SEXUAL	538585	242008,74
2009 - 2010	GRP6R42A	CD to scale-up HIV prevention/	88178,71	86198,4
2008 - 2010	CODM0809	COD BSB MANAGEMENT	3712576	3695647,15
2008 - 2010	COD3P31A	Disponibilités des données dés	3383432,47	3233453,27
2007 - 2010	ZAI2R209	FISTULA AND SGBV CARE KINSHASA	1374737,49	1122135,24
2006 - 2008	ZAI2R208	INTENSIFYING HIV PREVENTION	111949	107271,03
2006 - 2010	ZAI2G1C1	LA PREVENTION ET LA REPOSE AU	8197523,46	6891498,93
2006 - 2008	ZAI2G1B1	LUTTE CONTRE LES VIOLENCES SEX	1303252	1153148,6
2006 - 2008	ZAI2R301	MATERNAL CARE	1583252	1803504,37
2010	COD3R22I	Offre de services SONU, IST et	350000	123040,07
2010	COD3R21I	Offre de SONU α VP Kinshasa, B	1606800,45	1019227,38
2008	COD3R21E	OFFRE DES SOINS OBSTETRICAUX E	496955	43884,33
2010	COD3R22H	Offre des soins SONUPTI Dongo,	300000	307488,06
2006 - 2008	ZAI2G1A1	PREVENTION ET PRISE EN CHARGE	530778	492216,66
2010	COD3G42K	Prise en charge des VVS au Sud	292296,18	84148,08
2008 - 2010	COD3G41B	PRISE EN CHARGE MEDICALE ET PS	949058,43	531318,26

Source: ATLAS data

## 6.9 Équipe de terrain

L'étude de cas pays a été réalisée par les consultants suivants:

**Tableau 11: Équipe de terrain**

Nom	Rôle	Qualifications/ Diplôme
Chef d'équipe de terrain	M. Eliot Putnam	Chef d'équipe Méthodologie Collection de dates Analyse Rapport
Évaluateur de Sante	Mme Christine Thayer, PhD	Collection de dates Analyse Rapport
Appui de terrain	Dr Nzanzu Kikuhe	Collection de dates Organisation d'interviews, etc. Logistique de terrain Appui générale

<sup>i</sup> Ajout basé sur les commentaires des notes du RG