



FONDS NATIONAL REDD+ DE LA RDC



Programme d'appui à la mise en œuvre du Plan Stratégique National à
vision multisectorielle de Planning Familial

PROGRAMME DE MISE À L'ÉCHELLE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE EN RD CONGO - « *PROMIS-PF* »

<p>Organisation(s) Participante(s)</p> <p>UNOPS – <i>Bureau des Nations Unis pour les Services d'Appui aux Projets</i></p>	<p>Objectif Spécifique du Fonds</p> <p><i>La réduction de la pression démographique sur les ressources environnementales grâce à l'augmentation de l'utilisation des méthodes modernes de planification familiale dans les géographies cibles.</i></p>
<p>Directeur de Programme</p> <p><i>Nom : Tatiana WAH Téléphone : +243 817107786 E-mail : TatianaW@unops.org</i></p>	<p>Chef(s) de file gouvernemental (le cas échéant)</p>
<p>Titre du Programme REDD+</p> <p><i>Programme d'Appui à la Mise en Œuvre du Plan Stratégique National à Vision Multisectorielle de Planning Familiale</i></p>	<p>Numéro du Programme</p> <p>AMI n°10</p>
<p>Coûts du Programme</p> <p><i>Fonds : (CAFI/FONAREDD) = USD 8 millions Autre : (Norvège/FONAREDD) = USD 25 millions TOTAL : USD 33 millions</i></p>	<p>Lieu du Programme</p> <p><i>Province : 10 provinces de RDC Secteurs : 134 Zones de Santé</i></p>
<p>Organisations Participantes</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1. UNOPS</i> <i>2. DKT International</i> <i>3. Marie Stopes International</i> <i>4. Tulane University</i> <i>5. UNFPA</i> 	<p>Durée du Programme</p> <p><i>Durée totale : 39 mois Date de commencement prévue : TBD</i></p>

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIÈRES	2
LISTE DES ACRONYMES	5
I. RÉSUMÉ EXÉCUTIF	7
II. LOCALISATION ET COUVERTURE DU PROJET	14
III. CONTEXTE : ÉTAT DES LIEUX	17
III.1. CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE, DÉGRADATION ENVIRONNEMENTALE ET BESOINS EN PLANIFICATION FAMILIALE	17
III.2. LA SITUATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE EN RDC.....	18
III.3. PRÉSENTATION DU SYSTÈME SANITAIRE, APPUI DES PARTENAIRES ET INTERVENTION PF EXISTANTES	21
<i>III.3.1. Description de la pyramide sanitaire de la RDC</i>	<i>21</i>
<i>III.3.2. Le financement de la PF</i>	<i>21</i>
IV. THÉORIE DU CHANGEMENT	24
V. OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES DU PROJET.....	28
VI. CONTRIBUTION AUX JALONS DE LA LETTRE D'INTENTION DE CAFI	29
VII. CADRE DE RÉSULTATS (GLOBAUX ET INTERMÉDIAIRES) TENANT COMPTE DES INDICATEURS CAFI/FONAREDD32	32
VIII. MECANISME DE COLLABORATION POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET	36
VIII.1. DURANT LA PHASE D'ÉCRITURE ET D'APPROBATION	36
VIII.2. DURANT LA PHASE DE MISE EN ŒUVRE	37
VIII.3. MÉCANISMES DE COLLABORATION DANS LES PROVINCES PIREDD	37
VIII.4. COLLABORATION AVEC LES CTMPs	38
VIII.5. APPROVISIONNEMENT ET LOGISTIQUE DES CONTRACEPTIFS.....	39
IX. ACTIVITÉS PRINCIPALES DES ORGANISATIONS DU PROMIS-PF	44
IX.1. UNOPS – AGENT FIDUCIARE, GESTIONNAIRE DE FONDS.....	44
IX.2. ACTIVITES DES PMO	47
<i>IX.2.1. Offre des services PF dans les géographies cibles</i>	<i>49</i>
<i>IX.2.2. Pour le renforcement des services cliniques.....</i>	<i>50</i>
<i>IX.2.3. Equipements en matériels, intrants et contraceptifs</i>	<i>51</i>
<i>IX.2.4. Appui aux pharmacies comme réseau du marketing social</i>	<i>51</i>
IX.3. POUR LE DÉVELOPPEMENT DES SERVICES À BASE COMMUNAUTAIRES	51
IX.4. CRÉATION DE LA DEMANDE	52
IX.5. SENSIBILISATION ET COMMUNICATION DE MASSE SUR LA PF	52
IX.6. CRÉATION DE LA DEMANDE AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE	53

IX.7. CRÉATION DE LA DEMANDE ET SENSIBILISATION INDIVIDUELLE	53
IX.8. ACTIVITES PMO : RENFORCEMENT DU SYSTÈME NATIONAL DE SANTE.....	54
IX.8.1. Au niveau national	54
IX.8.2. Au niveau provincial.....	55
IX.8.3. Au niveau des formations sanitaires (FOSA)	55
IX.8.4. Institutionnalisation des modules PF et de la formation des étudiants DBC dans les écoles de sciences infirmières	55
X. SUIVI ET ÉVALUATION	58
X.1. EDS ET TAUX DE PRÉVALENCE CONTRACEPTIVE MODERNE.....	58
XI. BUDGET DU PROJET PROMIS-PF	61
XII. ARRANGEMENTS DE MISE EN ŒUVRE ET COLLABORATIONS ENVISAGÉES	63
XII.1. STRUCTURE DE GOUVERNANCE DU PROJET	63
XII.2. COMITÉ DE PILOTAGE	64
XII.3. COMITÉ TECHNIQUE.....	65
XII.4. BUREAU DE GESTION DES FONDS :	66
L'ÉQUIPE DU PROJET UNOPS & CP/GF.....	66
XII.5. PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	67
XII.6. PARTAGE DES ACTIVITES ET DES RESPONSABILITES ENTRE	68
LES PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	68
XII.6.1. Leader Technique (Tulane).....	68
XII.6.2. RESPONSABILITE vis-à-vis de UNOPS	70
XII.7. PRINCIPE DE COLLABORATION ET DE NON-CONCURRENCE ENTRE.....	70
LES PARTENAIRES	70
XII.8. INTÉGRATION DU PROGRAMME PROMIS PF	71
AUX ACTIVITÉS DES PIREDD	71
XII.9. COLLABORATION ET RENFORCEMENT	73
DES ACTEURS NATIONAUX ET LOCAUX	73
XIII. MATRICE DES RISQUES ET STRATÉGIES D'ATTÉNUATION.....	76
XIV. PLAN DE CONSULTATION PROGRAMME.....	84
XV. EXPÉRIENCES ANTÉRIEURES ET CAPACITÉS ORGANISATIONNELLES EN RELATION AVEC LA PRÉSENTE PROPOSITION.....	84
XV.1. UNOPS.....	84
xv.1.1. Exemples d'Expérience de Gestion de Financement	85
xv.1.2. Présentation de l'UNFPA.....	88
xv.1.3. Expériences antérieures en Planification Familiale.....	88
XV.2. DKT INTERNATIONAL.....	90
XV.3. MARIE STOPES INTERNATIONAL (MSI).....	92

xv.3.1. Canaux de prestation de services	92
xv.3.2. Qualité des services	93
xv.3.3. Qualité des données	94
xv.4. TULANE INTERNATIONAL.....	94
ANNEXES.....	97
PLAN DE TRAVAIL DES PMO	97
ANNEXE A. ÉTAT DES LIEUX DES ZONES DE SANTÉ APPUYÉES POUR LA PF EN RDC.....	101
<i>Méthodologie de mesure et</i>	<i>101</i>
<i>Justification de l'utilisation des Années de Protection Couple (APC) pour le suivi des résultats du programme PROMIS-PF</i>	<i>101</i>
ANNEXE B. NOTE PORTANT SUR LES RELATIONS ENTRE LES AGENCES D'EXÉCUTION ET LE FONAREDD CONCERNANT LA MISE EN ŒUVRE ET LE SUIVI ET ÉVALUATION TRANSPARENT DES PROGRAMMES FINANCÉS PAR LE FONDS NATIONAL REDD+	105
ANNEXE C. CONVENTION DE NON CONCURRENCE ENTRE LES PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME PROMIS-PF...107	
<i>CONVENTION DE COLLABORATION ET DE NON CONCURRENCE ENTRE PARTENAIRES</i>	<i>107</i>
ANNEXE D. PLAN DE TRAVAIL CONSOLIDÉ	109
ANNEXE G. COÛT ANNUEL DES APC PAR ORGANISATION	110
<i>G.1 : Coût annuel estimé par APC pour DKT dans le cadre du programme PROMIS-PF.....</i>	<i>110</i>
<i>G.2 : Coût annuel estimé par APC pour MSI dans le cadre du programme PROMIS-PF**</i>	<i>111</i>
<i>G. 3 : Coût annuel estimé par APC pour Tulane dans le cadre du programme PROMIS-PF</i>	<i>111</i>

LISTE DES ACRONYMES

<u>ACRONYME</u>	<u>NOM COMPLET</u>
AFP	Advance Family Planning
ACP	Années de Couple Protection
ASD	Action Santé et Développement
BMGF	Bill and Melinda Gates Foundation
CAFI	Central African Forest Initiative
CCNUCC	Convention Cadre des Nations Unies sur le Changement Climatique
CCP	Center for Communication Programs
CEI	Client exit interview / Interview de Sortie auprès des Clientes
CNONG	Confédération Nationale des Organisations Non Gouvernementales du Congo
COC	Contraceptif Oral Combiné
CSM	Marketing social contraceptif
CTMP	Comité National Technique Permanent
CTR	Comité Technique de Suivi et Évaluation des Réformes
CU	Contraception d'Urgence
D6	6ème Direction - Ministère de la Santé
DEP	Direction des Études et Planification, Ministère de la Santé
DFID	Department for International Development (UK)
DHIS2	District Health Information System
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DIUPP	Dispositif Intra-utérin post-partum
DMPA-SC	Dépôt sous-cutané-acétate de médroxyprogestérone (disponible sous la marque Sayana® Press)
EDS	Enquêtes Démographique et de Santé
FOB	Franco de Port
FONAREDD	Fond National REDD+ en RDC
GTCRR	Groupe de Travail Climat REDD+ Rénové
HPP	Hémorragie Post-Partum
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
KESP	École de Santé Publique de Kinshasa
LDI	Lettre d'intention
MINSANTE	Ministère de la Santé
MOU	Memorandum of Understanding
MS	Marketing social
MSI	Marie Stopes International
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PF	Planification familiale
PIREDD	Programme Intégré REDD+
PMA2020	Performance, Monitoring, and Accountability 2020
PMO	Partenaires de Mise en Œuvre
PNSA	Programme National la Santé de l'Adolescent

PSND	Projet des Services des Naissance Désirables
PSNMPF	Plan Stratégique National à vision Multisectorielle pour la Planification Familiale
PNSR	Programme National la Santé de la Reproduction
POP	Pilule à progestatif seul
PROMIS-FP	Programme pour la Mise à l'Échelle de la Planification Familiale en RDC
PSS	Soutien au secteur public
RDC	République Démocratique du Congo
RECO	Relais communautaires
REDD+	Réduction des Émissions issues de la Déforestation et de la Dégradation
SAA	Services de soins post-avortement
S&E	Suivi & Évaluation
SI	Sciences Infirmières
SIDA	Syndrome d'Immunologie-Déficienc Acquis
SMI	Santé Maternelle et Infantiles
SMS	Service de messages courts
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SRSS	Stratégique de Renforcement du Système Sanitaire
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
TdC	Théorie du Changement
TILLC	Tulane International, LLC
TPCM	Taux de Prévalence Contraceptive Moderne
TUSPHTM	École de Santé Publique et de Médecine Tropicale de Tulane University
UNFPA	Fond des Nations Unies pour la Population
UNOPS	Bureau des Nations Unies pour les Services d'Appui aux Projets
USAID	Agence des Nations Unies pour le Développement International
VIH	Virus de l'Immunodéficienc Humaine
ZS	Zone de santé

I. RESUME EXECUTIF

1. En novembre 2013, lors de la conférence internationale sur la planification familiale tenue à Addis Abeba, la RDC a rejoint l'initiale FP 2020 visant à offrir des services de planification familiale à 120 millions de femmes additionnelles. A cette occasion, la RDC a pris l'engagement d'augmenter sa prévalence contraceptive moderne de 6,5% à 19%, au moins, à l'horizon 2020 et de contribuer à hauteur de 2,1 millions de femmes additionnelles aux objectifs globaux. En février 2014, la RDC a officiellement lancé la mise en œuvre de son premier plan stratégique de planification familiale 2014-2020. Ce plan est conçu dans la perspective de mobiliser des acteurs autres que ceux du secteur de la santé, avec une vision multi sectorielle qui doit permettre d'atteindre les objectifs 2020. Il identifie la distribution communautaire comme stratégie additionnelle essentielle pour l'augmentation rapide de l'accès aux services de PF. Dès sa conception, le plan avait prévu d'associer les acteurs de l'environnement et identifiait le projet CAFI comme opportunité de mobilisation des ressources additionnelles.

2. Durant la phase de l'élaboration du cadre d'investissement du projet CAFI en RDC, les acteurs actifs de planification familiale ont travaillé avec le programme REDD+ pour y intégrer la composante PF. En avril 2014, la RDC a signé la lettre d'intention reprenant la PF comme une des priorités pour le projet REDD+. En 2017 et 2018, REDD+ a lancé deux appels à manifestation d'intérêt qui se sont avérés infructueux. En 2018, un consortium composé de trois ONGs internationales (Tulane International, DKT et MSI) a été sélectionné et a travaillé avec UNOPS et UNFPA pour soumettre une proposition consolidée avec des rôles clairs pour chacun des acteurs. Cette proposition, intitulée « Projet de Mise à l'échelle de la PF en RDC » ou « PROMIS-PF », prévoit deux phases de 3 ans chacune, et doit cibler plus de 36 millions d'habitants dans sa première phase avec la possibilité d'étendre sa couverture et d'augmenter sa cible dans la seconde phase.

3. Le projet PROMIS est écrit avec l'intention de réduire des effets de la croissance démographique non-planifiées sur la déforestation. Il contribue donc à protéger les ressources forestières nationales en réduisant la pression de la population notamment sur les ressources naturelles et les émissions de gaz à effet de serre.

4. Sur le long terme, le projet a pour but de contribuer au ralentissement de la croissance démographique, ce qui permettra à la RDC d'accélérer le progrès vers le dividende démographique et les Objectifs de Développement Durable à l'horizon 2030. Les impacts à long terme ciblés par le programme visent plus particulièrement (1) l'amélioration de la santé maternelle et infantile, (2) la réduction de la pauvreté des ménages et (3) la diminution des pressions sur les ressources environnementales. Cette vision et les objectifs formulés par les partenaires de mise en œuvre sont alignés sur les recommandations du Plan Stratégique National à Vision Multisectorielle pour la Planification Familiale (2014-2020) de la RDC tel qu'elles ont été validées en 2014 et revues en 2017.

5. Centrée sur la Planification familiale, cette proposition est également alignée sur la politique de la RDC en matière de la santé et du Développement, et en particulier sur le PNDS recadré. Elle intègre la vision 2030 et la couverture sanitaire universelle (CSU) et va donc contribuer à améliorer la situation de la femme, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Le projet PROMIS sera exécuté dans un esprit d'intégration de la PF dans les activités de SRMNEA. Il sera également complémentaire au PDSS et aux autres projets/initiatives de PF existants dans

les provinces de convergence. Dans cette perspective de synergie et de complémentarité, le programme établira une collaboration avec les différents projets en cours

Alignements sur les politiques de développement, complémentarités et synergie

Suite aux consultations avec le Ministre de la santé, son cabinet, le Secrétariat General à la Santé et ses différents programmes et directions, PROMIS-PF va s'assurer :

- **De contribuer au nombre de femmes additionnelles** utilisant la PF en RDC de 2,1 millions par l'utilisation de canaux complémentaires publics, prives et communautaires ;
- **De promouvoir des approches innovantes** acceptées par le pays dont la promotion de la planification familiale en post-partum, aussi l'offre de services qui ciblent les adolescents et les jeunes et l'implication des écoles secondaires médicales pour l'offre communautaire des services de PF ;
- **De renforcer le système de santé au travers de :**
 - *L'accroissement du nombre de prestataires formes* pour délivrer des soins de qualité dans différents canaux d'opérations cliniques (FOSA, prestataires privés, etc.), communautaires (distributeurs à base communautaire, élevés des écoles secondaires en sciences de la sante) et pharmaceutiques (points de vente). Ces prestataires et structures seront sélectionnés en lien avec les autorités opérationnelles et provinciales sanitaires ;
 - *L'intégration des programmes nationaux de tutelles et des autorités sanitaires* dans les mécanismes de formation, de suivi, de monitoring et de supervision du projet ;
 - *Le renforcement des chaines d'approvisionnement* par la construction de CDR et les contributions au système ;
 - *L'allocation d'une enveloppe de plaidoyer pour accroître les ressources* allouées à la PF en RDC (au niveau international mais surtout domestique) et réduire le GAP en besoin contraceptifs.
- **De développer les complémentarités et les synergies** entre différents programmes de santé et de PF en particulier, par l'appui à la coordination des partenaires et des interventions des PF dans les zones d'intervention y compris l'appui aux activités de Comités Techniques Multisectoriels Permanents (CTMPs) afin d'accroître leur performance et d'optimiser l'utilisation des ressources disponibles. En particulier, des concertations ont lieu avec : les 9 zones de santé de Kinshasa où le Ministère de la Santé entend démarrer un programme d'achat stratégique.

d'implémentation dans ses zones géographiques de couverture.

6. Ces concertations avec les organes du ministère de la santé, ainsi que les autres partenaires seront poursuivies, tout au long du projet notamment au travers des organes de gouvernance proposés. La qualité de ces collaborations est un facteur de succès clé pour l'atteinte des objectifs du projet.
7. Tulane, dans son rôle de lead technique du programme, guidera également un effort collaboratif avec le cabinet du Ministre de la Santé, le Secrétariat Général et les programmes spécialisés du Ministère de la Santé, les intervenants en PF, pour appuyer le développement de la Stratégie Nationale de Communication pour la Planification Familiale et l'Éducation des Femmes comme prévue par la Lettre d'Intention (LOI) y afférente, appuyer les efforts de renforcement du Système national de santé pour les aspects liés à l'approvisionnement en médicaments et à l'utilisation du système National d'Information Sanitaire (SNIS). Le succès de ce programme sera essentiellement évalué par le nombre de « Années de Protection Couple » (APC) atteint. Cet indicateur est largement utilisé dans les programmes internationaux de planification familiale. Toutes les organisations se sont entendues sur le principe du compte unique des APC au plus proche de la/du client(e) et sur la non duplication des efforts pour l'ensemble des interventions mises en œuvre dans le cadre du programme PROMIS-PF.

Table 1. Résumé des volumes annuels estimés d'APC générés par chaque partenaire dans cadre du projet PROMIS-PF

PARTENAIRE	ESTIMATION ANNUELLE DES VOLUMES D'APC*								
	Année 1	Année 2	Année 3	Total Phase 1	Année 4	Année 5	Année 6	Total Phase 2	TOTAL Phase 1+2
DKT	583,567	618,9	681,767	1,884,233	695	705,467	715,3	2,115,767	4,000,000
MSI	40,467	143,65	318,717	502,834	455,033	625,517	670,933	1,751,483	2,254,317
Tulane	904,359	1,510,176	1,633,086	4,047,621	1,633,086	1,633,086	1,633,086	4,899,258	8,946,879
Total	1,528,392	2,272,726	2,633,570	6,434,688	2,783,119	2,964,070	3,019,319	8,766,508	15,201,196

**De nombreux facteurs influencent le niveau des Années de Protection Couple (APC) qu'un projet donné peut générer, et il n'est pas toujours possible de prédire avec exactitude le volume qui pourra être atteint, particulièrement dans de nouvelles géographies. Les calculs des APC fournis dans ce document de programme ont été élaborés sur base d'une analyse du contexte et des risques y afférents. Néanmoins, il est indispensable de spécifier l'importance (i) de la mise à disposition des fonds dans les temps impartis et dans le respect des cycles de formation dont dépendent le programme (notamment en lien avec la rentrée scolaire pour les étudiants en soins infirmiers), (ii) la disponibilité des contraceptifs en temps et qualité requis, et enfin (iii) d'un rapportage des services avec exactitude et en temps opportun. Par ailleurs, la transformation d'une demande latente en demande réelle ne peut être considérée comme une science exacte et, en particulier, dans des zones où l'offre existe actuellement très peu, voire pas du tout.*

8. Le programme mesurera également ses progrès, dans les provinces avec grande couverture d'intervention par Promis, en termes d'augmentation du taux de Prévalence Contraceptive Moderne dans les provinces d'intervention (avec une cible annuelle de + 1.5 points de pourcentage de tPCM) si l'enquête EDS est conduite en 2019 et 2024.
9. De plus, les partenaires du programme PROMIS-PF appuieront la réalisation de la composante PF des PIREDD, dans les provinces où cela est pertinent, qui prévoit de décliner la stratégie PF nationale au niveau des provinces, en améliorant l'accès aux services PF et en augmentant le tPCM.
10. Ce projet est proposé par UNOPS en tant qu'agence fiduciaire éligible auprès du FONAREDD. La mise en œuvre effective de ce programme est assurée par les trois partenaires (DKT, MSI et Tulane University) dont l'expertise et les succès en matière de PF sont solidement établis au niveau international et national ; et par l'UNFPA ayant une expertise avérée l'approvisionnement des produits contraceptifs de bonne qualité ainsi que le suivi de la chaîne de distribution, de l'entreposage et du maintien de leur qualité jusqu'au dernier km.
11. Ce partenariat permettra un démarrage effectif rapide après la signature du contrat dans les 4 premières provinces concernées : Kinshasa, Kongo Central, Tshopo et Lualaba. Effectivement, les différents partenaires sont déjà présents dans ces provinces grâce à des fonds complémentaires. UNFPA mettra à disposition de ces trois organisations les produits contraceptifs nécessaires au démarrage de projet.
12. Les trois partenaires se sont engagés à offrir des services de planification familiale basés sur le volontarisme et le choix informé. Ils suivront les protocoles et politiques mises en place par la RDC, avec une attention particulière portée au choix volontaire dans le cas des méthodes permanentes (ligature des trompes et vasectomie). L'ensemble des formations, et ensuite des supervisions mettront l'accent sur le counseling et l'offre de la gamme complète des méthodes contraceptives, la qualité des services et la référence aux centres de santé pour la gestion des effets secondaires. L'approvisionnement en contraceptifs devra être assuré de façon à ce que les client(e)s puissent toujours choisir parmi la gamme complète des méthodes modernes celle qui leur est le mieux adaptée.
13. Tulane, dans sa position de de Leader Technique, s'assurera que les partenaires concernés travaillent avec le PNSR avant le début du programme pour suivre le protocole national guidant l'offre des services relatifs à ces méthodes. Les stratégies opérationnelles développées par ces partenaires assurent une approche cohérente et intégrée aux zones de santé en termes de segmentation du marché, de communication et de services. Elles allient à la fois le renforcement du système et la nécessité d'aller au plus proche de chaque femme et chaque homme soucieux d'avoir accès à des informations ou des services.

Canaux de services opérationnels

- **Formation et renforcement de l'offre de services communautaires avec les écoles secondaires de sciences de sante** : les élèves sont formés aux méthodes de PF qui peuvent se donner dans les communautés. L'offre de services est lancée dans des campagnes et ensuite, poursuivie au quotidien par les élèves.
- **Équipes mobiles** : elles sont au centre de la stratégie d'atteinte des populations les plus vulnérables situées dans des zones rurales difficiles à atteindre. Les équipes mobiles sont composées d'un chauffeur, deux prestataires de services (sage-femme/infirmière), et d'un agent de marketing communautaires. Elles travaillent essentiellement dans des centres de sante sélectionnés avec les équipes cadre de zone et s'y rendent tous les trois mois. Elles fournissent une gamme complète de services de PF et SR.
- **Marie Stopes Ladies (MS Ladies)** : salariées de MSI, les MS Ladies sont des infirmières ou sages-femmes travaillant au sein de leur communauté et en lien avec les équipes cadre des zones de sante. Basées dans un centre, elles sont mobiles et ont l'unique capacité de fournir des informations et des services PF/SSR de manière individualisée. Leur intégration dans la communauté les rend extrêmement efficaces pour discuter des mythes et idées fausses autour de la PF et créer ainsi un environnement très favorable à la PF.
- **Soutien au secteur public (PSS)** : en optimisant sa capacité de formation et de supervision des prestataires, les partenaires transfèrent leur expertise en prestation de services et travaillent en partenariat avec le secteur public afin de soutenir l'accessibilité et l'amélioration de la qualité des services au niveau des centres de santé.
- **Bees (DKT)** :

Marketing social et points de vente (pharmacies et autres)

- Les données générées par les différents points de prestation de service PF dans ce projet, vont être intégrées dans le SNIS pour être accessibles à travers le DHIS 2. Il s'agit des données de services cliniques, communautaires et les données de marketing social. Une copie de données de ce projet sera transmise aux partenaires pour triangulation et rapportage au bailleur. Les partenaires appuieront des réunions de monitoring au niveau de zone de sante. Tulane comme lead, travaillera étroitement avec la D5 pour mettre en place le système d'intégration de données marketing social dans le SNIS.

14. Comme souligné précédemment, durant la phase de l'écriture de ce projet, l'équipe de PROMIS-PF, a engagé plusieurs consultations entre les partenaires concernés, et ensuite avec

les partenaires nationaux gouvernementaux, y compris le cabinet du Ministre de la Santé, le Secrétariat General, la Direction d'Etudes et Planification (DEP), le programme National de Santé de la Reproduction (PNSR), le Programme de la Santé des Adolescents (PNSA), la Direction des Sciences de Santé (D6), et avec les acteurs membres du Comité Technique Multisectoriel Permanent dont l'USAID et DFID. Ces consultations avec les différentes parties prenantes ont permis de déterminer le rôle des membres du consortium, les zones géographiques de ce programme, ainsi que le rôle et les responsabilités de la partie gouvernementale et les modalités de collaboration avec des projets et initiatives majeurs existants.

15. Au cours de la Phase 1 du projet, les partenaires de mise en œuvre poursuivront les efforts de plaidoyer auprès des acteurs nationaux pour obtenir aussi un engagement financier du et du gouvernement et des autres acteurs/secteurs (e.g. sous la forme d'achats de contraceptifs destinés aux géographies cibles, extension de la couverture) effectif dans la Phase 2 du projet PROMIS PF.
16. Ce projet est financé à hauteur de 33 millions de dollars américains pour les trois premières années (2019-2022) desquels le tiers du financement (USD 11,803,898) servira à l'acquisition de contraceptifs (achat et acheminement en RDC). Le projet effectuera un plaidoyer conjoint avec le Ministère de la Santé Publique pour mobiliser les quantités manquantes de contraceptifs des autres bailleurs dont UNFPA et TJ Mather.

II. LOCALISATION ET COUVERTURE DU PROJET

17. Le programme PROMIS-PF est principalement communautaire et a ciblé 10 des 26 provinces de la RDC. Un nombre limité de structure de santé servira de points de prestation de service et ces structures seront choisies pour servir de structures de référence par les distributeurs communautaires pour les cas de femmes et des hommes ayant soit besoin d'une méthode non offerte dans la communauté (DMPA intra musculaire, DIU, Jadelle, Vasectomie et ligature de trompe) et soit ayant besoin d'un autre service qui ne pourra être fait que par les structures sanitaires organisant les services de PF. Pour ce faire les partenaires de mise en œuvre établiront la cartographie des structures cliniques offrant la PF pour orienter les cas de référence pour méthodes cliniques et pour la gestion des effets secondaires des méthodes contraceptives. Mais dans les structures de MSI, les clients peuvent obtenir des méthodes à long terme sans faire la référence.

18. Dans les provinces et zones de santé avec d'autres projet de PF, Promis travaillera avec le PNSR et le CTMP pour obtenir cette cartographie de points de prestation existants pour augmenter soit la couverture soit compléter le paquet d'activités. Ceci est valable aussi bien pour les 10 provinces de travail du projet PDSS que pour les autres projets comme USAID, DFID et autres.

19. Les 10 provinces couvertes par ce projet ont été sélectionnées. La sélection de ces 10 provinces a été faite sur base d'un ou plusieurs des critères suivants :
 - A. Faible prévalence contraceptive de la province ;
 - B. Existence de peu d'intervenants en PF ;
 - C. Existence de plusieurs villes à forte densité (zones urbaines) ;
 - D. Possibilité de mobiliser les ressources additionnelles,
 - E. Facilité d'accès de la province pour une mise en œuvre efficiente du programme ;
 - F. Existence des zones forestières et ciblées par le FONAREDD ;
 - G. Présence déjà des partenaires de mise en œuvre dans la province ;
 - H. Si possible, éviter les provinces avec projet ayant une grande couverture géographique (Exemple : projet Banque Mondiale ou DFID) pour élargir la couverture nationale en services de PF.

Dix provinces ont été choisies et réparties dans la carte ci-après :

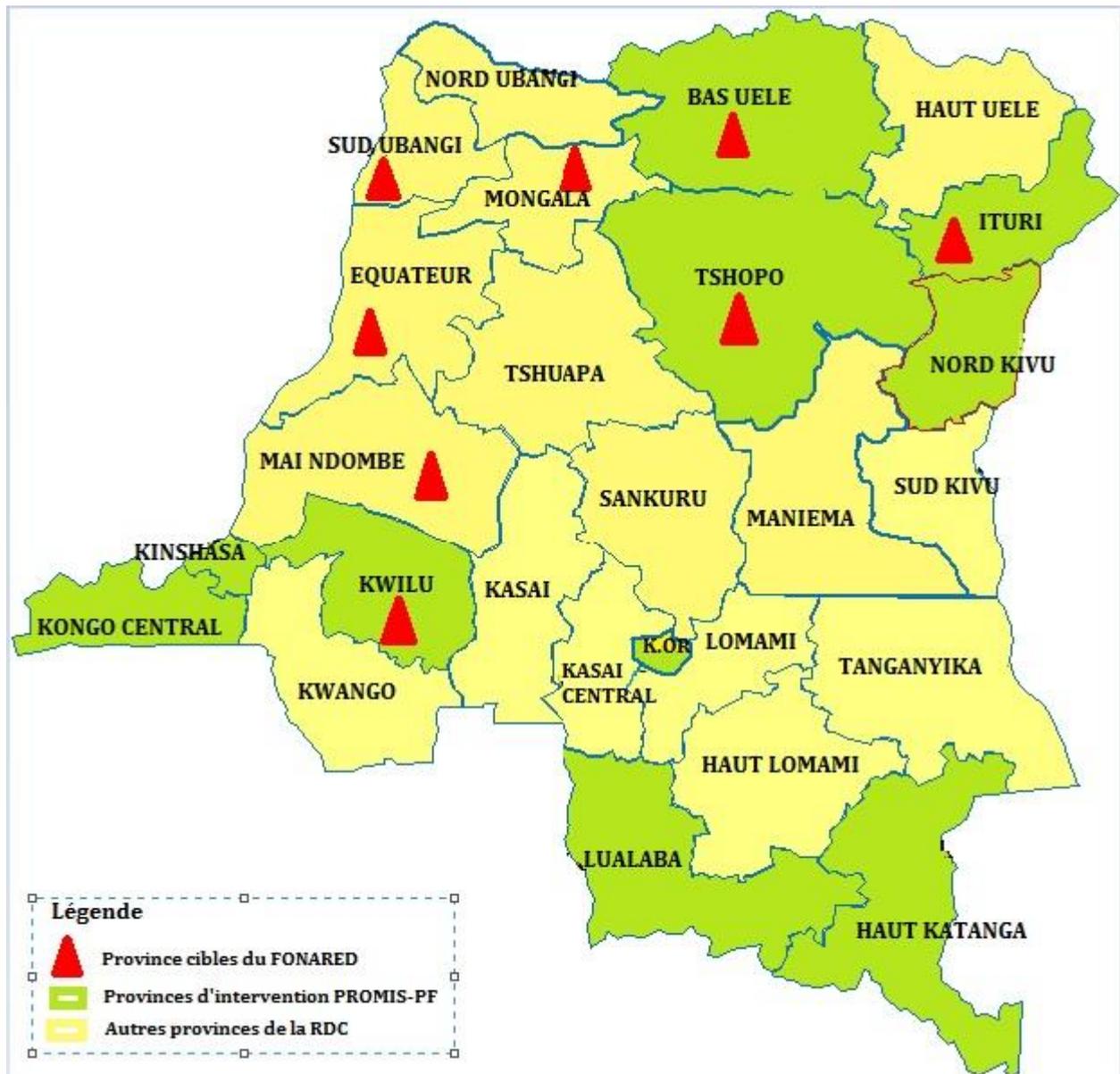


Figure 1. Provinces d'intervention du programme PROMIS-PF et provinces cibles du FONAREDD.

Ce projet va cibler 10 provinces dans lesquelles 152 Zones de Santé ont été sélectionnées.

Table 2. Provinces et nombre de zone de sante du Promis-PF

N°	Province	Nombre de zone de sante ciblées (couvertes)
1	Bas-Uele	5
2	Haut-Katanga	20
3	Ituri	9
4	Kasaï-Oriental	6
5	Kinshasa	35
6	Kongo Central	22
7	Kwilu	23
8	Lualaba	9
9	North Kivu	6
10	Tshopo	17
Total		152

20. En plus de ces 10 provinces listées ci-dessus, ce projet va fournir un appui technique aux quatre autres provinces du FONAREDD (Mai Ndombe, Equateur, Sud-Ubangi, et Mongala). Cet appui va porter sur les activités de création de la demande (sensibilisation) et renforcer les compétences techniques des PIREDD travaillant dans ces quatre autres provinces.

Table 3. Répartition des partenaires dans les 10 provinces

N°	Province	DKT	MSI	Tulane
1	Bas Uele	√		
2	Haut Katanga	√		√
3	Ituri	√		
4	Kasaï Oriental	√		
5	Kinshasa	√	√	√
6	Kongo Central	√		√
7	Kwilu		√	
8	Lualaba	√		√
9	<u>Nord Kivu</u>	√		√
10	<u>Tshopo</u>	√	√	√

III. CONTEXTE : ÉTAT DES LIEUX

III.1. CROISSANCE DEMOGRAPHIQUE, DEGRADATION ENVIRONNEMENTALE ET BESOINS EN PLANIFICATION FAMILIALE

21. La République Démocratique du Congo (RDC), comme la plupart des pays d'Afrique Sub-Saharienne, affiche une fécondité élevée (6.6 enfants par femme d'après l'EDS 2013-2014) et une croissance démographique accélérée qui, à moyen terme, menacent les gains de développement durable passés et futurs du pays. Cette augmentation rapide de la population est particulièrement problématique dans un contexte où la sécurité alimentaire des populations urbaines comme rurales dépend d'une agriculture extensive peu productive. En effet, en l'absence d'amélioration des rendements agricoles, la croissance démographique ne peut être amortie que par une extension des zones cultivées qui entraînent une surexploitation des surfaces forestières (qui n'ont alors pas le temps de se reconstituer) ou une destruction rapide des forêts primaires. La croissance démographique urbaine galopante rend cette problématique plus aigüe encore en accroissant les besoins alimentaires des populations non-agricoles, vers qui les productions alimentaires doivent être acheminées, souvent depuis des régions distantes. Ainsi si, pour citer les Termes de Référence du présent projet, en RDC « la forêt nourrit la population », il est aussi vrai que « la croissance démographique dévore la forêt », et accentue les problèmes de pression sur les ressources naturelles (massifs forestiers mais aussi sol et eau) et de pollution (déchets solides et émissions de CO² liées au congestionnement des transports urbains dans les métropoles anarchiquement étalées du pays^{1,2,3,4,5}).
22. Dans ce contexte, l'accès aux services et l'utilisation des méthodes de planification familiale (PF) sont une des stratégies clés qui contribuent à la fois et à la maîtrise des taux de natalité et au ralentissement de la croissance démographique, atténuant ainsi ses effets négatifs sur l'environnement, l'économie, les communautés, les femmes et les familles de RDC.
23. À ce titre, les activités en lien avec la PF sous-tendent de multiples processus de développement (par ex : l'amélioration de la santé maternelle et infantile, l'amélioration de la santé économique et des capacités d'investissement des ménages, la réduction de l'exploitation des forêts, de la dégradation des sols et des ressources en eau, et la diminution de la pollution urbaine) et font partie intégrante des Objectifs de Développement Durable

¹Stephenson, J., Newman, K., & Mayhew, S. (2010). Population dynamics and climate change: what are the links? *Journal of Public Health*, 32(2), 150-156.

Bryant, Leo et al. "Climate Change and Family Planning: Least-Developed Countries Define the Agenda." *Bulletin of the World Health Organization* 87.11 (2009): 852-857. *PMC*. Web. 16 July 2018.

² Dubiez, E., Vermeulen, C., Peltier, R., Ingram, V., Schure, J., & Marien, J. N. (2012). Managing forest resources to secure wood energy supply for urban centers: the case of Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *Nature et Faune*, 26(2), 52-56.

³ Vermeulen, C., Dubiez, É., Proce, P., Mukumary, S. D., Yamba, T. Y., Mutambwe, S., ... & Doucet, J. L. (2011). Enjeux fonciers, exploitation des ressources naturelles et Forêts des Communautés Locales en périphérie de Kinshasa, RDC. *Biotechnologie, agronomie, société et environnement*, 15(4), 535-544.

⁴ Tchatchou, B., Sonwa, D. J., Ifo, S., & Tiani, A. M. (2015). *Déforestation et dégradation des forêts dans le Bassin du Congo : état des lieux, causes actuelles et perspectives* (Vol. 120). CIFOR.

⁵ Gillet, P., Vermeulen, C., Feintrenie, L., Dessard, H., & Garcia, C. (2016). Quelles sont les causes de la déforestation dans le bassin du Congo ? Synthèse bibliographique et études de cas. *Biotechnologie, Agronomie, Société et Environnement*, 20(2), 183-194.

(ODD) pour le développement économique et humain, l'offre de services de base et l'éradication de la pauvreté.

24. L'accroissement de l'utilisation des services PF, mesuré par le taux de Prévalence Contraceptive Moderne (tPCM) c'est-à-dire le pourcentage de femmes dans une population donnée qui utilisent à un moment précis une méthode pour se protéger des grossesses non-désirées, afin d'espacer ou de limiter les naissances, présente des corrélations scientifiquement établies avec une amélioration de nombreux autres indicateurs de développement, y compris :
- La réduction des taux de mortalité maternelle et infantile⁶
 - L'accroissement des taux de scolarisation (particulièrement pour les jeunes filles)⁷
 - L'autonomisation des femmes⁸
 - L'amélioration des capacités d'investissement et de développement économique des ménages et des communautés⁹
 - Les retombées du dividende démographique sur le développement économique et humain au niveau national¹⁰
25. Dans cette perspective, la planification familiale participe au processus qui contribue à atténuer les effets des changements environnementaux, à la fois sur les familles et les communautés congolaises en réduisant la taille et les besoins des ménages, ce qui améliorera leur capacité de résilience, mais aussi sur les milieux urbains et ruraux eux-mêmes, en réduisant les pressions sur les terres agricoles et forestières, et sur les ressources en nourriture et en eau, et en ralentissant les émissions de CO₂ et la production de déchets non dégradables¹¹.

III.2. LA SITUATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE EN RDC

26. La République Démocratique du Congo bénéficie d'une plus longue expérience que la plupart de ses voisins subsahariens dans la reconnaissance des bénéfices individuels, communautaires et nationaux engendrés par un meilleur accès et une plus grande utilisation des méthodes de planification familiale. Dès les années 1970, sous la présidence de Mobutu Sese Séko, le pays, qui s'appelait alors Zaïre, a institué le Projet des Services des Naissances Désirables (PSND) qui promouvait et appuyait l'utilisation des méthodes contraceptives modernes pour toutes les femmes congolaises. Sous l'égide de ce programme, des expériences novatrices d'offre des services PF ont été menées, particulièrement en matière de provision des contraceptifs à base

⁶ Cleland, J., Conde-Agudelo, A., Peterson, H., Ross, J., & Tsui, A. (2012). Contraception and health. *The Lancet*, 380(9837), 149-156.

⁷ Longwe, A., & Smits, J. (2012). Family Planning Outcomes and Primary School Attendance in Sub-Saharan Africa. *Studies in family planning*, 43(2), 127-134.

⁸ Do, M., & Kurimoto, N. (2012). Women's empowerment and choice of contraceptive methods in selected African countries. *International perspectives on sexual and reproductive health*, 23-33.

⁹ Canning, D., & Schultz, T. P. (2012). The economic consequences of reproductive health and family planning. *The Lancet*, 380(9837), 165-171.

¹⁰ Goodkind, D., Lollock, L., Choi, Y., McDevitt, T., & West, L. (2018). The demographic impact and development benefits of meeting demand for family planning with modern contraceptive methods. *Global health action*, 11(1), 1423861.

¹¹ Husain, I., Patierno, K., Zosa-Feranil, I. and R. Smith. (2016). *Favoriser la croissance économique, l'équité et la résilience en Afrique subsaharienne : le rôle de la planification familiale*. Rapport USAID – Population Reference Bureau.

communautaire dans des provinces très rurales comme le Bas-Zaïre (aujourd'hui Kongo Central) pour pallier le manque de structures sanitaires et de personnel médical^{12,13}.

27. Les progrès réalisés dans le cadre du PSND furent cependant fortement affectés par la crise économique et la chute du régime de Mobutu dans les années 1990, et au sortir de « la décennie du chaos » les taux de prévalence contraceptive moderne en RDC étaient estimés à moins de 5% pour l'ensemble du pays¹⁴.
28. Il fallut attendre les années 2000 pour que les efforts conjugués des partenaires actifs dans le domaine de la planification familiale en RDC mobilisent à nouveau l'intérêt politique et programmatique du gouvernement autour de cette question¹⁵.
29. En 2001, l'ancien PNSD devint le Programme National de la Santé de la Reproduction (PNSR) et élabore la politique nationale en matière de santé de la Reproduction
30. En 2003, le Programme National pour la Santé des Adolescents (PNSA) a été créé pour répondre aux besoins spécifiques des jeunes et adolescents en matière de santé sexuelle et reproductive.
31. En 2004, la RDC organisa sa première conférence nationale sur le repositionnement de la planification familiale, suivit de la deuxième en 2009 qui a formulé beaucoup de recommandations dans le vote d'une loi favorable à la PF et la nécessité pour le gouvernement de faire de la Planification une priorité nationale, puis de la troisième en 2014. La nécessité de mettre en place un mécanisme de suivi des recommandations formulées lors de la deuxième Conférence Nationale a conduit à la création du Comité Technique Multisectoriel Permanent (CTMP) comme cadre de concertation de tous les acteurs de la Planification Familiale en RDC qui permit au pays d'élaborer son premier plan stratégique National de PF à vision multisectorielle 2014-2020 qui a comme objectif spécifique d'augmenter la prévalence contraceptive moderne estimée à 6,6% en 2013 à 19% au moins en 2020 et d'assurer l'accès et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes a au moins 2,1 millions de femmes additionnelles d'ici 2020.
32. En 2016, La RDC a renouvelé son engagement de contribuer à l'effort mondial de planification familiale a l'horizon 2020 et présente l'évolution de ses progrès et sa vision de développement et son objectif de Planification Familiale à l'horizon 2030 et 2050

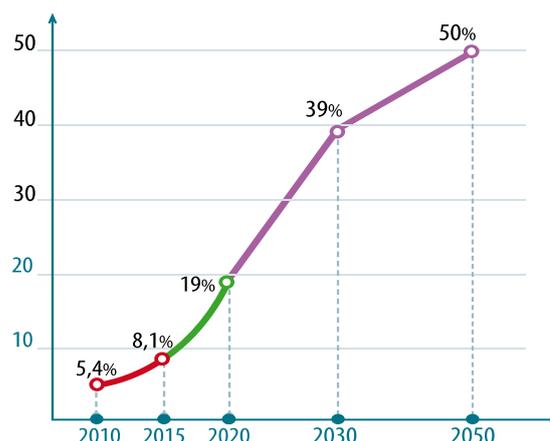
¹²Bertrand, J. T., Mangani, N., Mansilu, M., McBride, M. E., & Tharp, J. L. (1986). Strategies for family planning service delivery in Bas Zaire. *International Family Planning Perspectives*, 108-115.

¹³ Bertrand, J. T., McBride, M. E., Mangani, N., Baughman, N. C., & Kinuani, M. (1993). Community-based distribution of contraceptives in Zaire. *International Family Planning Perspectives*, 84-91.

¹⁴ Ministère de la Santé de la RDC (2014) PLANIFICATION FAMILIALE. Plan Stratégique National à Vision Multisectorielle. 2014 – 2020. <http://familyplanning-drc.net/docs/Final%20Plan%20Strategique%20version%20officielle.pdf>

¹⁵ Mukaba, T., Binanga, A., Fohl, S., & Bertrand, J. T. (2015). Family planning policy environment in the Democratic Republic of the Congo: levers of positive change and prospects for sustainability. *Global Health: Science and Practice*, 3(2), 163-173.

33. Lors de la Conférence Internationale pour la Planification Familiale qui s'est tenue à Nusa Dua, Indonésie, en 2016, le Premier Ministre a réaffirmé l'engagement de la RDC à faire de la PF une priorité dans la marche vers l'émergence et a présenté les perspectives en Planification Familiale d'atteindre une prévalence contraceptive moderne de 19% en 2020, 39% en 2030 et au moins 50% à l'horizon 2050.



34. En 2017, la RDC fait la revue mi-parcours de son plan stratégique, qui montre des progrès énormes d'engagement effectif du gouvernement, un progrès modéré de la prévalence contraceptive moderne et lève des options pour augmenter rapidement sa prévalence contraceptive et retrouver pour retrouver la trajectoire pour atteindre 19% de prévalence en 2020 en recommandant les stratégies suivantes qui sont les socles de la présente proposition :

Stratégie 1. L'augmentation de l'appropriation du plan stratégique PF par chaque province ;

Stratégie 2. La promotion de la PF en post-partum ;

Stratégie 3. L'implication du secteur privé ;

Stratégie 4. L'extension des services pour les adolescents et les jeunes ;

Stratégie 5. L'implication des confessions religieuses et de leurs leaders ;

Stratégie 6. La mise à l'échelle des initiatives pilotes ayant données de bons résultats.

35. Le 18 Juillet 2018, le Président de la République Joseph Kabila Kabange, dans un discours devant les deux chambres réunies du parlement, a parlé de l'urgence de mettre en place une politique courageuse de Planification Familiale pour que à moyen terme le pays accède au dividende démographique en vue d'une croissance intégrée du pays.

36. Cette déclaration intervient quarante-six ans après la première déclaration faite par le Président Mobutu Sese Seko en faveur de la PF en 1972, déclaration autorisant la mise en place de services de naissances désirables mais sans abroger la loi héritée de la colonisation, interdisant la promotion, la vente des produits de planification familiale.

37. En Déc. 2018, la PF devient légalisée en RDC a la suite de vote de la Loi incluant des dispositions favorables à la PF qui légalise la Planification Familiale en RDC et en Décembre de la même année, il y a eu promulgation de la loi contenant les dispositions favorables à la PF.

38. Pour les activités de Planification Familiale, le gouvernement, par le canal du Ministère de la Santé Publique, agit par l'intermédiaire du Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) et le Programme National de Santé des Adolescents qui assurent le rôle normatif d'élaboration des politiques et normes sur la Planification Familiale à partager avec les différents acteurs de terrains (bailleurs de fonds et organisations de mise en œuvre).

39. Depuis que le pays s'est engagé dans le repositionnement de la Planification Familiale, d'autres Ministères sont devenus, après la deuxième conférence nationale de Déc. 2009, très actifs dans les activités de PF comme : le Ministère du Genre, de la Famille et de l'Enfant et le Ministère du Plan sont impliqués et le Ministère de Budget. Dans certaines provinces, on note en plus l'implication des ministères de l'environnement et de l'éducation.

III.3. PRESENTATION DU SYSTEME SANITAIRE, APPUI DES PARTENAIRES ET INTERVENTION PF EXISTANTES

III.3.1. DESCRIPTION DE LA PYRAMIDE SANITAIRE DE LA RDC

40. Le Ministère de la Santé Publique comprend trois niveaux (central, provincial et opérationnel) dont chacun joue un rôle précis dans le cadre d'accélération de la réduction de la mortalité de la mère et de l'enfant. Le niveau central exerce à la fois le rôle normatif, de régulation et d'accompagnement des provinces (Divisions provinciales de la santé). Au niveau provincial, on compte 26 Ministères provinciaux de la santé auxquels sont rattachées 26 Divisions provinciales de la santé (DPS).
41. Au niveau opérationnel, les programmes de santé en RDC sont mis en œuvre au niveau des Zones de Santé (ZS), qui est l'unité programmatique et opérationnelle de base (différente des « Territoires » à l'échelle desquels les programmes de FONAREDD opèrent : un territoire comprendra généralement plusieurs ZS mais les limites géographiques des uns et des autres ne se superposent pas toujours parfaitement.) Les ZS sont placées sous l'autorité d'un Médecin Chef de Zone (MCZ), personnage clé de toute mise en œuvre de programmes sanitaires (et cible fréquente des programmes de formation) accompagné d'une Équipe Cadre de la Zone de Santé (ECZS). Le pays est découpé en 519 zones de santé (ZS) dont 424 disposent d'un Hôpital Général de Référence (HGR) ou d'une structure équivalente. Les ZS sont subdivisées en Aires de Santé (AS) correspondant typiquement à la surface d'un quartier en zone urbaine et d'un village en zone rurale, et chaque AS disposent d'un centre de santé de référence, qui en zone rurale, est souvent l'unique formation sanitaire disponible pour les populations de l'AS. Sur l'ensemble du territoire national, on en compte 8,504 dont seulement 8,266¹⁶ sont couvertes chacune par un Centre de santé (CS). Près de 7.500 seulement organisent un service de maternité et moins de la moitié les activités de Planification Familiale.

III.3.2. LE FINANCEMENT DE LA PF

42. La Planification Familiale en RDC est appuyée par de multiples partenaires apportant des contributions diverses et complémentaires, le ministère de la Santé Publique, en collaboration avec ses partenaires, est responsable pour le développement des normes et directives en rapport avec la PF. Mais sur le plan des financements, le gouvernement a récemment

¹⁶ Ce chiffre de 8.266 centres de santé inclus seulement les formations sanitaires déclarées par les Médecins chefs de zone de santé. Sur terrain, on rencontre des aires de santé couvertes par plus d'une formation sanitaire qui offre des soins divers. La rationalisation de la couverture sanitaire préconisée par la Stratégie de Renforcement du Système Sanitaire SRSS) a fait ses preuves d'efficacité dans certaines de zones de santé, mais la mise à échelle se fait encore attendre.

commencé à investir dans l'achat des produits contraceptifs, ainsi que dans l'appui aux équipements et aux supervisions. Cependant, ces investissements restent très faibles et l'appui financier des partenaires extérieurs reste important et crucial pour répondre aux besoins du pays. Les activités de PF sont en plus grande partie financées des bailleurs externes dont les plus importants (en proportion des fonds fournis) sont l'USAID, la Banque Mondiale, DFID, l'UNFPA, la Fondation Bill et Melinda Gates, et la Fondation Packard. Des bailleurs publics ou privés comme le gouvernement du Canada, Buffet Fondation, T.J. Mathers et d'autres se sont aussi récemment ajouté aux grands bailleurs internationaux pour appuyer les activités de PF dans le pays.

43. La couverture en activités de PF montre des zones de sante dépourvues de financement pour la PF malgré la présence des bailleurs et des projets importants de Planification familiale.

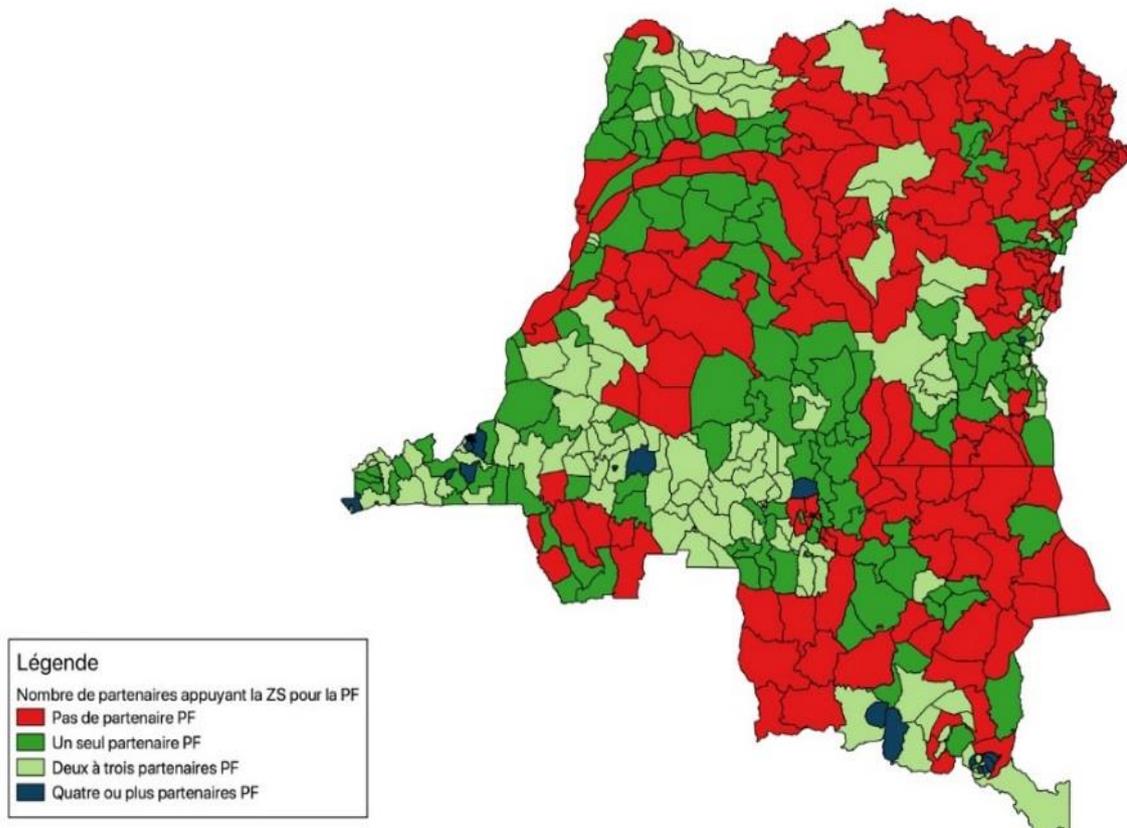


Figure 2. Nombre de partenaires d'appui pour la PF dans les 519 ZS de RDC

44. Trois des dix provinces de ce projet sont également couvertes par le PDSS (projet du gouvernement de la RDC et financé par la Banque Mondiale). Promis-PF s'engage à travailler étroitement avec le PNSR et le gestionnaire du PDSS pour assurer une complémentarité maximum de l'offre de services cliniques par (1) la mise en place d'un système fonctionnel de référence pour les femmes et les hommes ayant des besoins de services offerts uniquement au niveau des structures de santé, (2) l'utilisation des CDR et des arrangements de mutualisation pour la distribution de contraceptifs et 3) la sélection de zones et aires de santé.
45. La collaboration avec le projet PDSS va aussi concerner le domaine de la création de la demande (sensibilisation) et le renforcement du système de santé pour les aspects de l'utilisation du Système National de l'Information (SNIS), l'amélioration ou le renforcement

de l'utilisation de la chaîne nationale d'approvisionnement en médicaments dans les provinces de convergence et la possibilité de construire deux CDR dans deux provinces ; de Bas-Uele et Mai-Ndombe ; qui en manque.

46. Bien que n'étant pas directement investi dans les 4 provinces FONAREDD couvertes par le projet PDSS (Mai-Ndombe, Equateur, Sud-Ubangi et Mongala), le programme PROMIS-PF, dans le cadre de l'appui technique aux PIREDD, travaillera en étroite collaboration avec PARSS et la Banque Mondiale, pour :
- Définir les meilleures stratégies d'appui des zones de santé en matière de communication pour le changement de comportement pour augmenter l'utilisation volontaires des services de PF ;
 - Appuyer la mise en œuvre de la stratégie de communication en PF qui sera définie par le Ministère de la Santé au niveau central et au niveau provincial.
47. Ce projet envisage, après harmonisation avec le ministère de la santé et le projet PDSS, d'apporter un appui à la mise en place de deux CDR dans deux provinces : Bas-Uele (province de Promis-PF) et Mai-Ndombe (province de PIREDD).

IV. THEORIE DU CHANGEMENT

48. Un nombre important de recherches scientifiques récentes¹⁷ établissent des liens entre la **pression démographique** et la dégradation de l'environnement, et plus spécifiquement la déforestation, le changement climatique, l'insécurité alimentaire, et la déplétion des ressources. La croissance démographique en Afrique a été directement liée à des pratiques de développement fonciers non-durables, qui ont justifiés des appels à des stratégies « multisectorielles » visant à confronter les problèmes corrélés de la croissance démographique, de la pauvreté, du manque d'autonomie des femmes et de la dégradation environnementale¹⁸. Dans la mesure où il a été démontré que la croissance de la population était l'un des moteurs de la dégradation environnementale, le ralentissement de cette croissance pourrait avoir un impact réel et significatif sur la réduction des émissions de dioxyde de carbone d'ici 2050.¹⁹
49. Il a été montré que la **pression démographique** faisait porter un stress particulier à l'environnement en termes d'exploitation et de développement des sols. Dans une étude menée en Éthiopie²⁰, les résultats ont montré qu'entre 1984 et 2010, une croissance démographique plus élevée que la moyenne a conduit à une expansion des terres cultivées, et une aggravation de la déforestation et de l'érosion des sols. Les chercheurs ont spécifiquement identifié la planification familiale comme une stratégie clé pour éviter davantage de dommages sur les ressources naturelles, et particulièrement sur les forêts locales. En RDC, la déforestation tout au long du vaste bassin du fleuve Congo est une préoccupation environnementale majeure, et la Stratégie-Cadre Nationale REDD+ a identifié deux facteurs moteurs de cette déforestation : l'arrivée de réfugiés depuis la frontière est du pays, et la croissance démographique rapide dans l'ensemble de la RDC.²¹
50. La RDC est le troisième pays le plus peuplé d'Afrique et héberge également le deuxième plus grand massif forestier tropical du monde, le bassin du fleuve Congo.²² La RDC a un des indices synthétiques de fécondité les plus élevés au monde (6.6 enfants par femme), et un tiers des naissances en RDC ne sont pas désirées ou planifiées.²³ Cependant, les femmes n'ont pas la capacité de prévenir les grossesses non-désirées en raison du faible accès à des méthodes de planification familiale modernes et efficaces.²⁵ Seules 37% des femmes congolaises mariées ou en union ont déjà utilisé une méthode de planification familiale, et seulement 8% utilisent actuellement une méthode moderne.²⁵ Pour réduire le taux de fertilité et ralentir la croissance de la population, il est impératif que les femmes vivant en RDC aient un meilleur accès à des sources fiables de méthodes contraceptives qui soient efficaces, adaptées à la situation unique

¹⁷ Engelman R. *Family Planning and Environmental Sustainability: Assessing the Science*. Washington, DC2016.

¹⁸ Headey DD, Jayne TS. Adaptation to land constraints: Is Africa different? *Food Policy*. 2014;48:18-33.

¹⁹ Neill BC, Dalton M, Fuchs R, Jiang L, Pachauri S, Zigova K. Global demographic trends and future carbon emissions. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2010;107(41):17521.

²⁰ Fentahun T, Gashaw T. Population growth and land resources degradation in Bantneka Watershed, Southern Ethiopia. *Journal of Biology, Agriculture, and Healthcare*. 2014;4(15):13-16.

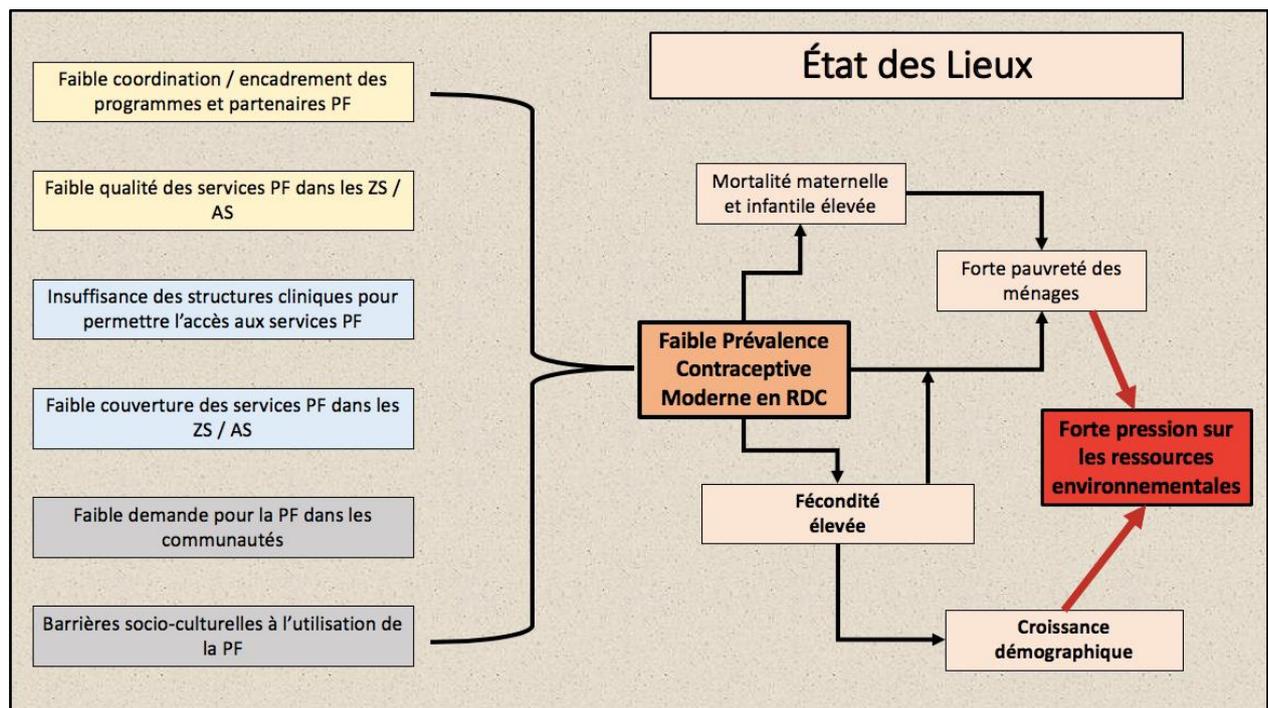
²¹ Lushombo L. Deforestation in the Democratic Republic of Congo and climate change: An ethical analysis in light of Laudato Si. *Asian Horizons*. 2015;9(4):724-740.

²² Asongu S, Jingway B. Population growth and forest sustainability in Africa. 2011; https://mpr.ub.uni-muenchen.de/35179/1/Population_growth_and_forest_sustainability_in_Africa.pdf. Accessed 8/21/18.

²³ Sedgh G, Ashford LS, Hussain R. Unmet need for contraception in developing countries: Examining women's reasons for not using a method. New York, NY: Guttmacher Institute; 2016: <https://www.guttmacher.org/report/unmet-need-for-contraception-in-developing-countries>.

de chacune, et leur permettent d'atteindre leurs objectifs de fertilité. En garantissant que les femmes aient accès à des contraceptifs efficaces de leur choix, ce programme permettra de réduire le nombre de grossesses non-désirées et d'améliorer de manière durable le bien être des familles, des communautés et du pays.

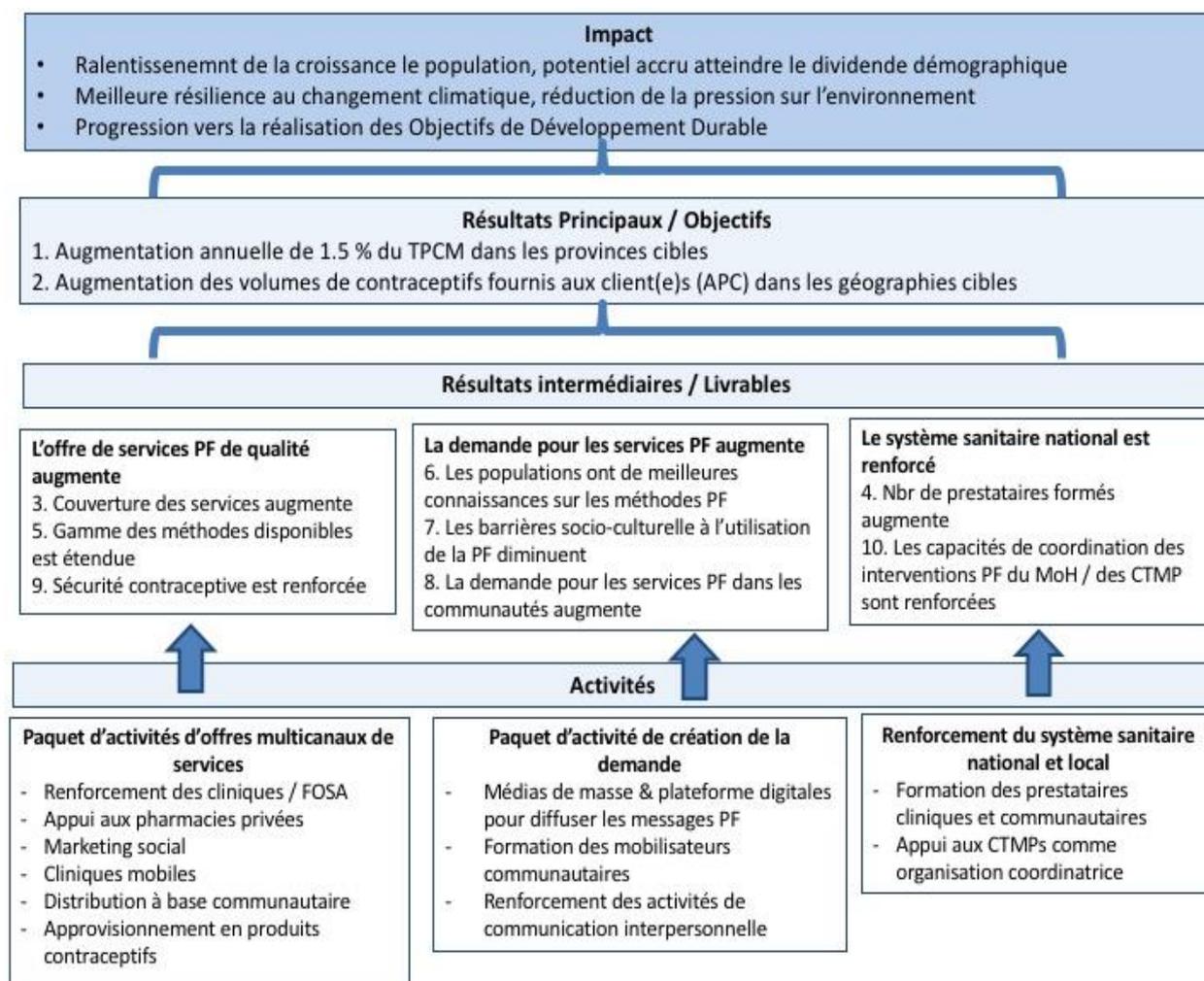
51. La conjonction d'une fertilité élevée et d'une croissance exponentielle de la population font porter un risque important sur les importantes ressources forestières tropicales du pays, et expliquent les besoins cruciaux de la RDC en matière de planification familiale.
52. Le programme PROMIS-PF, en étendant l'accès aux méthodes PF, participera à la réduction des taux de fertilité dans le pays ce qui, à long terme, contribuera à limiter la déforestation et à appuyer un développement environnemental durable en RDC.



53. En accord avec le Plan National Stratégique à Vision Multisectorielle pour la Planification Familiale en RDC, la théorie du changement appuyant le programme PROMIS-PF repose sur l'accroissement de la prévalence contraceptive moderne, en exposant les populations à des messages efficaces en faveur de la PF et en augmentant l'accès à la contraception dans les populations cibles.
54. Pour parvenir à cela, le programme mettra en œuvre trois stratégies clés, alignées sur les directives du Plan National Stratégique à vision Multi Sectorielle (2014-2020) afin d'accroître l'utilisation des méthodes PF dans les géographies cibles, à savoir :
 - A. L'offre de services PF à travers de multiples canaux dans les structures sanitaires et la communauté ;
 - B. Les activités de création de la demande au niveau communautaire là où l'utilisation des méthodes contraceptives modernes est faibles ;
 - C. Le renforcement de la coordination, du leadership, et des capacités de suivi et d'évaluation des autorités sanitaires nationales et provinciales.

55. Les principaux bénéficiaires du PROMIS-PF seront les femmes, les jeunes filles et les familles vivant dans les géographies cibles, ainsi que les personnels cliniques, techniques et programmatiques du système sanitaire de la RDC. Le programme PROMIS-PF contribuera ainsi au renforcement du secteur de la santé en RDC pour lui permettre d'offrir ces services sur le long terme.
56. À court terme, le succès de PROMIS-PF sera reflété par l'augmentation du taux de prévalence contraceptive moderne (tPCM) et des APC (mesurable pour Kinshasa et Kongo Central au travers des enquêtes annuelles de PMA2020). La prévalence contraceptive augmentera grâce aux activités de création de la demande et à l'offre d'une large gamme de méthodes contraceptives modernes et efficaces à la fois au niveau des structures et des communautés. En plus d'augmenter à la fois l'offre et la demande en contraceptifs, le programme PROMIS-PF renforcera le secteur de la santé en RDC pour lui permettre d'offrir ces services sur le long terme.
57. À moyen terme, le succès de PROMIS-PF sera reflété par la réduction du nombre de grossesses non-désirées dans les provinces cibles. Les ménages bénéficieront également de la capacité des femmes à espacer et limiter les naissances et à réduire la taille des familles, afin d'en améliorer le bien-être économique.
58. Sur le long terme, PROMIS-PF permettra à la RDC d'accélérer les progrès vers le dividende démographique – en ralentissant le taux de croissance de la population, l'expansion des terres agricoles et la déforestation, et en réduisant la pression de la population sur l'environnement et les ressources environnementales. Ces contributions reflètent les objectifs à long terme du programme, qui ne se réaliseront que bien plus tard (et très probablement au-delà de la période d'activité du projet)²⁴.

²⁴ Ces objectifs ne sont pas nécessairement mesurables dans le contexte d'une évaluation de programme (par exemple la résilience au changement climatique ou la réalisation du dividende démographique). Par conséquent, dans le Cadre des Résultats (voir ci-dessous), nous ne donnons pas d'indicateurs mesurables pour les impacts décrits dans la Théorie du Changement.



V. OBJECTIFS GENERAUX ET SPECIFIQUES DU PROJET

59. L'objectif principal du programme PROMIS-PF est de contribuer à l'atteinte des objectifs du plan stratégique national de Planification Familiale à l'horizon 2020 et au-delà (jusque 2022 pour la première phase et jusque 2025 pour la deuxième phase) et par l'augmentation continue de l'utilisation des méthodes modernes de planification familiale—dans les géographies cibles, afin de contribuer sur le long terme à la réduction de la pression démographique sur les ressources économiques et environnementales des ménages et des populations dans les géographies cibles.
60. Comme le Projet Promis-PF va travailler dans des zones de convergence avec d'autres programmes et projet PF, les variations de l'utilisation des services de PF ne peuvent typiquement pas lui être attribuée seul, raison laquelle ce projet se propose de définir également un second objectif en termes de **volumes de contraceptifs** (convertis en Année de Protection Couple ou APC – voir note méthodologique en annexe) **fournis aux clientes PF dans les géographies cibles.**
61. Le projet PROMIS-PF a pour objectifs spécifiques :
- A. D'augmenter les quantités de méthodes de planification familiale modernes fournies aux femmes et aux jeunes filles vivant dans les géographies cibles ;
 - B. De contribuer à l'accroissement de la prévalence contraceptive moderne les provinces cibles du programme et spécialement dans les deux provinces d'intervention de PMA2020 : Kinshasa et Kongo Central) ;
 - C. Générer 6,434,688 Année Couple Protection durant les trois premières années de projet.
62. Ces quantités d'APC seront directement imputables au programme PROMIS-PF (et peuvent être désagrégées et attribuées à chacun des partenaires de mise en œuvre) dans la mesure où ils sont générés par les prestataires et les points de prestations de services appuyés par chaque partenaire de mise en œuvre.
63. Les partenaires de mise en œuvre mèneront des activités qui produiront des résultats intermédiaires « extrants » qui permettront de suivre les progrès de la mise en œuvre du projet. Dans la théorie du changement ces résultats intermédiaires supportent trois axes stratégiques vers la réalisation des objectifs du programme en termes de volume de contraceptifs fournis et d'augmentation du taux de prévalence, à savoir :
- A. La **disponibilité élargie de services PF de qualité**, offrant une large gamme de méthodes contraceptives adaptées aux besoins et aux préférences des femmes, particulièrement pour les populations difficiles d'accès (jeunes, indigents, communautés rurales isolées). Cette disponibilité sera sous tendu par la diversité des canaux d'offre de service que ce projet va utiliser ;
 - B. La diminution des barrières socio-culturelles et l'augmentation de la demande pour les méthodes contraceptives ;
 - C. Le **renforcement d'un environnement politique et programmatique favorable** appuyant des interventions PF de qualité (grâce au renforcement des compétences) et à une meilleure coordination des activités PF à l'échelle nationale, provinciale et locale.

VI. CONTRIBUTION AUX JALONS DE LA LETTRE D'INTENTION DE CAFI

64. Le partenariat entre la RDC et CAFI est structuré dans la Lettre d'Intention (LOI) signée en Avril 2016. La LOI contient huit objectifs ; PROMIS-PF ciblera l'Objectif 7, décrit comme tel :

"Objectif 7. En matière de démographie : Appuyer la mise en œuvre participative du Plan stratégique national à vision multisectorielle pour la planification familiale 2014-2020".

65. La LOI précise plusieurs jalons qui devront être franchies d'ici la fin du partenariat, prévue pour 2020, avec des jalons intermédiaires spécifiées pour 2018. Cette section décrit comment les jalons pour la planification familiale apparaissant dans la LOI seront atteints.

Jalon 2020: Plan stratégique national à vision multisectorielle pour la planification familiale mis en œuvre, permettant une augmentation de la prévalence contraceptive moderne dans les zones cibles tel que stipulé dans le Plan stratégique national (au moins 1.5 point de pourcentage de plus par an).

66. Le programme a été élaboré pour contribuer à l'augmentation annuelle d'au moins 1.5% dans les provinces appuyées par PROMIS-PF sur les six années de sa durée (2019 à 2025). Les valeurs de base du tPCM pour les femmes mariées pour chaque province (d'après l'EDS 2013-14) sont reprises dans la carte ci-dessous.

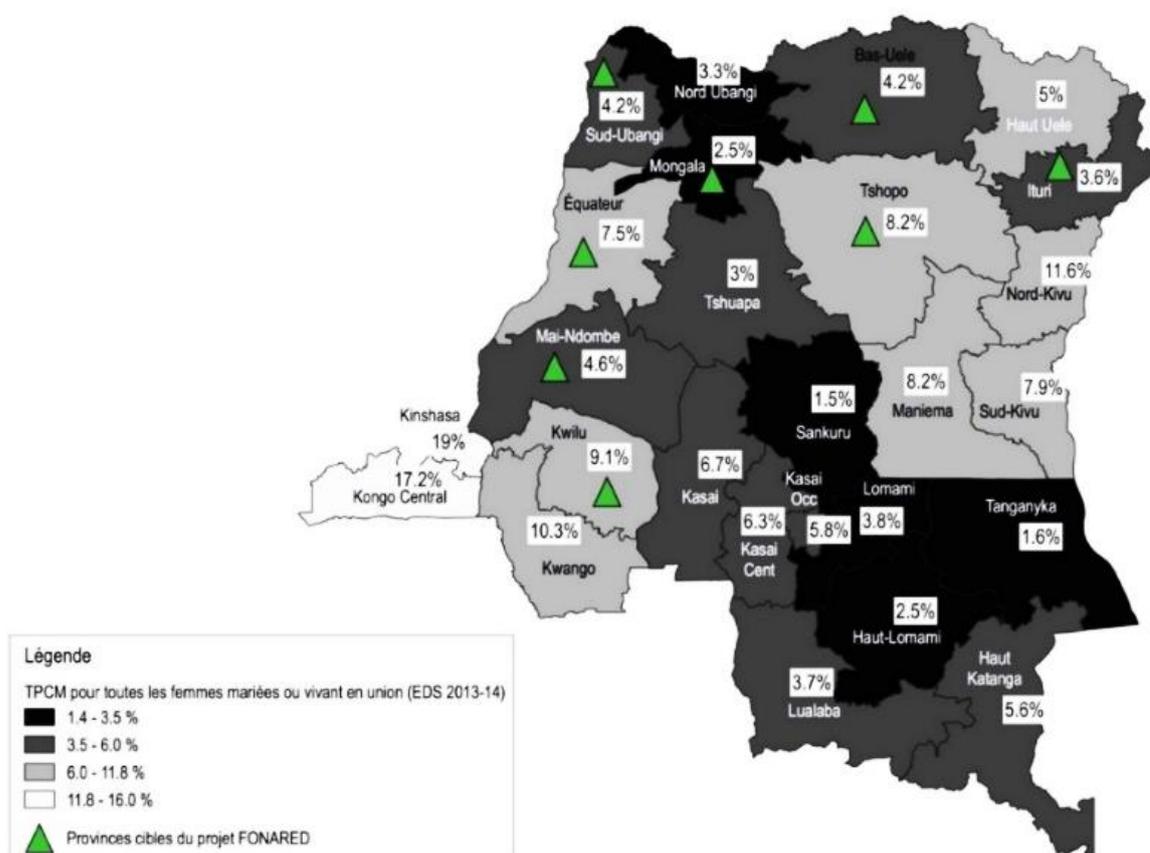


Figure 3. Taux de Prévalence Contraceptive Moderne pour les femmes mariées ou en union dans les provinces de RDC 2013 - 2014 (Source : EDS)

Jalon 2018a : Stratégie d'appui aux efforts engagés pour la planification familiale dans les zones géographiques intégrées au programme (PIREDD).

67. PROMIS-PF va couvrir 10 provinces (incluant quatre des huit PIREDD) dans lesquelles il va fournir un paquet élargi d'activités dont l'offre de service de PF, la fourniture en intrant, la création de la demande et la coordination. Également, il va appuyer uniquement des activités de création de la demande dans 4 autres PIREDD non inclus dans PROMIS (Mai-Ndombe, Equateur, Sud-Ubangi, et Mongala)

La soumission et l'approbation de ce document équivalent à la réalisation de l'Étape Clé 2018a.

Jalon 2018b : Mise en œuvre d'un plan de consultation pour sensibiliser les partenaires pertinents aux liens intersectoriels entre la planification familiale, le développement durable, la croissance et l'émergence économique, et la gestion des ressources naturelles.

68. Cette étape clé sera franchie six mois après le démarrage effectif d'activités menées par le programme, qui appuieront :

- L'établissement d'un groupe de travail consultatif pour discuter de l'approche PROMIS-PF et suivre la mise en œuvre du programme, et plus particulièrement comment atteindre ce jalon. Les membres potentiels de ce groupe de travail incluent :
 - Membres clés du CTMP national (dont les organes techniques du Ministère de la Santé impliqués dans la Planification Familiale (PNSR, PNSA, D6 et la division en charge de données de routines) et le Programme National de Communication du Ministère de la Santé ;
 - Groupe de Travail Climat – REDD Rénové, GTCRR ;
 - Organisations non gouvernementales et les organisations confessionnelles ;
 - Conseil Économique et Social ;
 - Comité Technique de Suivi et Évaluation des Réformes, CTR ;
- Le développement de matériels multimédia basés sur l'expertise existante (rapport, matériel scientifique) conformément aux objectifs de ce jalon ;
- Le lancement de consultations avec les groupes cibles pertinents (par ex., ministères impliqués, parlement, société civile et organisations confessionnelles) sur les aspects couverts par ce jalon.

Jalon 2018c : Élaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale de communication sur la planification familiale et l'éducation des femmes.

69. Tulane, dans sa position de lead technique de PROMIS-PF, travaillera avec les partenaires nationaux pertinents (gouvernementaux et non-gouvernementaux) pour atteindre cet objectif dans les 12 mois de démarrage de ce projet, en s'inscrivant dans la lignée de l'activité décrite dans le Plan Stratégique National à Vision Multisectorielle afin d'augmenter la demande pour l'utilisation des services de planification familiale. Les activités essentielles pour franchir cette étape clé sont :

- Le développement d'une stratégie nationale de communication et de création de la demande, qui sera constituée de deux composantes complémentaires : un paquet d'activités destinées à augmenter la demande pour la planification familiale ciblant (i) la population générale et (ii) les jeunes et adolescents ;
- Elargissement des acteurs pour la sensibilisation à l'utilisation de services volontaire de PF (associations d'Assise Communautaire, les Autorités Politique et Administratives locales, les confessions religieuses et leurs leaders locaux) et l'utilisation des media locaux (radio et Télévision communautaires).

70. Le calendrier proposé pour les étapes clés est le suivant :

- **Étapes Clé 2020** : Le programme a pour objectif de contribuer à une croissance annuelle d'au moins 1.5% point du TPCM dans les provinces cibles retenues, avec des étapes intermédiaires qui devront être franchies dans les 12 premiers mois de ce projet ;
- **2018 Jalon a** : Atteinte grâce à ce document programmatique ;
- **2018 Jalon b** : Six mois suivant le démarrage effectif du projet ;
- **2018 Jalon c** : douze mois après le démarrage effectif de ce projet.

VII. CADRE DE RESULTATS (GLOBAUX ET INTERMEDIAIRES) TENANT COMPTE DES INDICATEURS CAFI/FONAREDD

71. Les résultats attendus pour le programme PROMIS-PF sont alignés sur les objectifs définis dans la Plan National Stratégique Multisectoriel pour la Planification Familiale, à savoir :
- 1) Un **accès amélioré** aux services de planification familiale de qualité ;
 - 2) **L'augmentation des volumes d'APC** fournis dans les provinces cibles ;
 - 3) L'augmentation de l'exposition aux messages de planification familiale et de la connaissance des méthodes contraceptives dans les provinces cibles ;
 - 4) Le changement de comportement et l'augmentation de la demande pour les méthodes contraceptives ;
 - 5) Le renforcement du système d'approvisionnement et de la sécurité contraceptive dans les provinces cibles ;
 - 6) Le renforcement l'utilisation du système d'information sanitaire.
72. Le tableau ci-dessous présente le cadre des résultats attendus et les indicateurs retenus pour mesurer les progrès du programme PROMIS-PF vers les objectifs définis précédemment.

Table 4. Les indicateurs et les cibles apparaissant en gras suivi de trois astérisques* sont directement repris du Plan National Stratégique pour la PF.**

	RESULTATS	INDICATEURS	SOURCE	REFERENCE (2018)	CIBLE (2024)
<i>Impact (Objectif global à long terme)</i>					
0	Ralentissement de la croissance démographique	Indice synthétique de fécondité (Nombre d'enfants par femme)	EDS 2019 / EDS 2024	6.6 enfants par femme (EDS 2013-14)	Cette cible sera rapportée par l'Enquête EDS (2019), et EDS (2024)
<i>Résultats principaux du programme PROMIS-PF</i>					
1	La prévalence contraceptive moderne augmente	Pourcentage des femmes mariées ou en union âgée de 14 à 49 ans qui utilisent une méthode contraceptive moderne***	EDS 2019 / EDS 2024 PMA2020 (Kinshasa et Kongo Central) Autres modèles de calcul (Track20, Impact)	tPCM 2013-14 Femmes mariées ou en union = 7.8% et 8.1% pour les toutes les femmes	
2	Les volumes de contraceptifs fournis augmentent	(APC) fournies (Volume de contraceptifs X facteurs de conversion USAID)	SNIS / DHIS2		APC par phase et par an (voir table 1). Phase 1 (2019-2022) 6,434,688
<i>Résultats intermédiaires / Livrables du programme PROMIS-PF</i>					
3	La couverture des services PF est étendue	Nombre de ZS offrant les services PF dans les géographies cibles*** Nombre d'AS offrant les services PF dans les géographies cibles***	Données programmatiques SNIS / DHIS2	Enquête PTME (UNICEF 2014) : 46.0% des ZS avec PF	Couverture de 100% des ZS*** Couverture minimum de 90% des AS

5	La qualité des services de PF est améliorée (NB: "Qualité" est ici définie par le Mini Sante en fonction de la gamme des méthodes PF disponibles)	% FOSA offrant la PF qui ont au moins 3 méthodes différentes % FOSA, Pharmacies et DBC qui offrent au moins une méthode réversible à longue durée (LARC)	Données programmatiques SNIS / DHIS2 Enquêtes auprès des structures de santé		Minimum 80% des FOSA appuyées par Promis-PF offrent au moins 3 méthodes différentes Au moins 80% de FOSA offrent au moins une méthode à longue durée d'action (LDA)
6	Les populations ont de meilleures connaissances sur les méthodes PF	Pourcentage de la population qui a écouté des messages sur la PF***	EDS 2019 / EDS 2024 PMA2020 (Kinshasa et Kongo Central) Études spéciales	TBD	Amélioration de au moins 20% par rapport à EDS 2 (2013-14)
7	Les barrières socio-culturelles à l'utilisation de la PF diminuent	Pourcentage de la population qui est favorables envers la PF***	EDS 2019 / EDS 2024) Études spéciales	TBD	TBD
9	La sécurité contraceptive est renforcée	Pourcentage de structures de santé offrant la PF qui n'ont pas connu une rupture de stock en contraceptifs dans les 6 derniers mois***	SNIS/DHIS2 Données programmatiques	À établir avec le DHIS2	Minimum 80% des structures offrant la PF sans rupture de stock pour les 6 derniers mois***
10	Les capacités de coordination des interventions PF du Ministère de la Sante / des CTMP	Nombre de provinces avec CTMP performant avec réunions régulières	Données du PNSR	CTMP performant dans les 10 provinces du projet	CTMP performant (suivant les critères établis par les différents CTMP provinciaux) dans les 10 provinces du projet

73. Ce cadre de résultats est commun aux trois partenaires de mise en œuvre et doit traduire les résultats produits par l'ensemble de leurs efforts pour atteindre les objectifs fixés dans la présente proposition. Chaque partenaire monitorera et rapportera de plus les outputs propres à chacune de ces activités, à savoir par exemple :

- Nombre de prestataires spécifiques (MS Ladies, Bees, élèves des écoles) formés ;
- Nombre de points de prestation approvisionnés en contraceptifs ;
- Nombre d'activités de sensibilisation communautaires / de création de la demande réalisées ;
- Activités des CTMPs ;
- Nombre de supervision réalisées.

VIII. MECANISME DE COLLABORATION POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET

74. La collaboration avec les autres parties prenantes constitue un des socles le plus important pour assurer une mise en œuvre réussie de ce projet. Des séances d'harmonisation de ce projet avec l'équipe de pilotage de PDSS seront organisées afin d'harmoniser la cartographie des interventions, les domaines de collaboration dans les provinces de convergence et les appuis mutuels. Ces réunions pourront aussi identifier des rôles additionnels (si nécessaire) des parties prenantes étatiques à considérer (si acceptable) dans le cadre de ce projet pour les différents niveaux de la pyramide sanitaire.
75. Ces harmonisations vont concerner :
- La collaboration dans la distribution coordonnée des contraceptifs à partir de CDR et la possibilité de mutualisation des coûts logistiques ;
 - La construction de deux CDR ou le test pilote d'un mécanisme de distribution des produits juste au dernier km ;
 - La complémentarité dans l'offre de services de PF, la référence et la contre référence ;
 - La sensibilisation pour augmenter l'utilisation des services de PF et pour augmenter la PF en post-partum.
76. Il inclut les activités détaillées ci-dessous.

VIII.1. DURANT LA PHASE D'ECRITURE ET D'APPROBATION

- Réunions des différents intervenants pour définir les stratégies à utiliser, le rayon d'action, le cadre d'évaluation ainsi que les indicateurs de ce projet.
 - Consultations des documents de politiques de santé en matière de PF en RDC (Plan stratégique, rapport synthèse, évaluation mi-parcours du plan stratégique de PF (2018), le rapport des CTMPs provinciaux sur la situation de la couverture des services PF).
 - Prise en compte des discussions sectorielles menées dans le cadre du CTMP, avec la pleine participation du PNSR, PNSA et de la direction en charge des écoles de sciences de santé (D6) pour définir les priorités pour l'augmentation de la couverture géographique (cartographie des intervenants et des interventions de PF).
 - Définition des rôles et responsabilités, et des modalités de collaboration entre les 5 partenaires impliqués dans l'exécution de ce projet (UNOPS, UNFPA, DKT, MSI et Tulane) avec le PNSR, PNSA et D6.
 - La mise en place d'un arrangement pour que les trois partenaires achètent les contraceptifs via le mécanisme de UNFPA, à l'exception des produits de marque de DKT
77. Réunions de concertation avec les bailleurs de fonds (Coopération de Norvège, UNOPS, FONAREDD) pour le montage institutionnel.

VIII.2. DURANT LA PHASE DE MISE EN ŒUVRE

- Les trois partenaires techniques de mise en œuvre de ce projet vont :
 - ✓ Poursuivre des concertations avec la partie gouvernementale (cabinet du Ministre de la santé, secrétariat General de la Santé, Dixième Direction (D10) et les différents programmes la Santé de la Reproduction (PNSR, PNSA) la Direction en charge des écoles de sciences de santé et les provinces (Division Provinciales de Santé et les Zones de Santé) pour finaliser la couverture géographique (identification des Aires de Santé, des structures, des distributeurs communautaires, et des écoles Infirmières à intégrer) ;
 - ✓ Avoir des concertations régulières avec les niveaux opérationnels du Ministère de la Santé (Division provinciale de sante et les zones de sante) pour former des pools de formateurs du Ministère de la santé afin d’assurer la formation des prestataires cliniques et communautaires, les supervisions mensuelles par les équipes, trimestrielles et semestrielles régulières et le rapportage des données générées au niveau des points de prestations de services et leur disponibilité dans le DHIS2. Le PNSR fournira des formateurs nationaux pour former les formateurs provinciaux dans les provinces qui en manquent. Ces derniers comprennent le staff de PNSR provincial, les membres des Equipes cadres de zones de sante et les staffs de partenaires formeront les prestataires cliniques et communautaires ;
- Le Ministère de la Santé sera partie prenante clé de l’évaluation mi-parcours de ce projet (élaboration de terme de référence, la collecte de données, l’analyse et la réorientation du projet si nécessaire). Les résultats de l’évaluation seront partagés avec les bailleurs de fonds et les autres acteurs de PF actifs dans les provinces de ce projet dans le cadre de la mobilisation des ressources additionnelles pour la mise en œuvre de la deuxième phase de ce projet 2022-2024. Cette équipe inclura le cabinet du Ministère de la Santé, le Secrétariat Général à la sante, la Direction d’Etude et Planification (DEP), PNSR et le PNSA ;
- Le démarrage comme la clôture de ce projet seront officiellement célébrés avec les différents acteurs impliqués dans ce projet et cela sous le leadership du Ministère de la Santé ;
- Enfin poursuivre, pendant la mise œuvre de ce projet, les concertations engagées avec le ministère de la santé, impliquant le cabinet du Ministre, le Secrétariat Général à la santé, les programmes spécialisés (PNSR, PNSA, D6) et avec le PDSS.

VIII.3. MECANISMES DE COLLABORATION DANS LES PROVINCES PIREDD

78. Dans les 4 provinces PIREDD hors projet PROMIS PF (Mai-Ndombe, Equateur, Sud-Ubangi, et Mongala) les partenaires de mise en œuvre envisagent de mener les activités suivantes :

Concertation avec les acteurs disponibles dans les provinces concernées pour définir les interventions de collaboration avec ce projet, particulièrement dans le domaine de la sensibilisation (création de la demande : stratégies et identification des parties prenantes dans la mise en œuvre) ;

Concertation avec le projet PDSS de la Banque Mondiale pour identifier le paquet d'activités nécessaires et minimum clé de création de la demande que ce projet peut appuyer techniquement et financièrement (ceci inclut la production des matériels de sensibilisation imprimés et audiovisuels) et les occasions de complémentarité entre les services PF cliniques et les services PF communautaires ainsi que le système de référence et contre référence pour les activités de PF et la possibilité de construire de CDR ;

- Mobilisation des parties prenantes clés dans l'augmentation de l'utilisation de services : les confessions religieuses et leurs leaders, les groupes et associations organisés dans la zone de couverture, les autorités coutumières et les responsables de media communautaires,
- Travail avec le CTMP dans les 8 provinces PIREDD (4 couvertes et 4 hors couvertures PROMIS-PF) pour mettre en place un groupe thématique « Confession Religieuses » opérationnel comme recommandés dans les stratégies d'accélération pour l'atteinte de l'objectif FP2020 pour la RDC.

79. Les évaluations menées au cours du projet (y compris l'évaluation à mi-parcours) cibleront en priorité les provinces de PROMIS-PF. Une concertation d'extension de l'évaluation mi-parcours sera cependant nécessaire et importante avec les intervenants dans les autres 4 provinces PIREDD non couvertes par le projet PROMIS pour s'assurer que les progrès vers les objectifs sont régulièrement et harmonieusement réalisés.

VIII.4. COLLABORATION AVEC LES CTMPS

80. Le CTMP étant un mécanisme de coordination des acteurs et actions de PF dans les provinces, ce projet utilisera ce mécanisme pour appuyer les activités de CTMP dans toutes les 10 provinces cible. Les partenaires de mise en œuvre de ce projet vont aussi s'associer aux autres acteurs pour rendre les CTMP performants. Ce projet va donc :

1. Appuyer prioritairement les 9 CTMP existants déjà dans les provinces cibles de PROMIS-PF ;
2. Installer et appuyer le CTMP de Kwilu en coordination avec le CTMP National et le PNSR Provincial ;
3. Dans les provinces PIREDD non totalement incluses dans ce projet (Mai Ndombe, Equateur, Sud -Ubangi et Mongala), ce projet va collaborer avec les autres acteurs et bailleurs de fonds (USAID, DFID, Banque Mondiale et autres) pour installer des CTMP performants.

81. Le CTMP servira de point de convergence et de concertation pour identifier les besoins en matière de PF dans les provinces PIREDD qui ne sont pas directement couvertes par le projet PROMIS-PF. Les interventions à réaliser seront complémentaires et exécutées en concertation avec les intervenants techniques et financiers, en étroite collaboration avec les organes techniques du ministère de la sante (les programmes nationaux, les divisions provinciales de sante).

Table 5. CTMP établis dans les provinces cibles de PROMIS-PF

Province avec CTMP (9/10)	Province <u>SANS</u> CTMP (1/10)
(1) Tshopo, (2) Nord Kivu, (3) Lualaba, (4) Kongo Central, (5) Kinshasa, (6) Kasai Oriental, (7) Ituri, (8) Haut Katanga et (9) Bas- Uele.	(1) Kwilu

82. Dans les provinces couvertes par PROMIS-PF et par le projet FONAREDD, PROMIS-PF va contribuer activement aux activités de renforcement des capacités des CTMP dans la perspective de l'amélioration de leurs performances dans les différents domaines/piliers: création de la demande, plaidoyer pour la mobilisation des ressources additionnelles, mobilisation des confessions religieuses, leadership pour augmenter la couverture et l'utilisation des services de PF et mise en place du groupe thématique «Approvisionnement en contraceptifs» pour réduire les ruptures de stock et prévenir la péremption des produits.

Ce projet assurera que les différents CTMP soient opérationnels et performants dans toutes les provinces du projet PROMIS-PF au moins, et dans toutes les provinces de FONAREDD si possible.

83. Sur le plan de l'approvisionnement, le groupe thématique dirigé par le PNSR au niveau national et provincial, qui sera également appuyé par PROMIS-PF, va organiser des concertations stratégiques afin d'assurer des stocks suffisants des contraceptifs dans toutes les provinces Promis-PF. Ceci passera par des concertations de ce projet avec l'UNFPA, la Banque Mondiale, le PNSR et les autres bailleurs pour mettre en place une plateforme virtuelle sur le flux en contraceptifs (les quantités qui entrent dans la province et leur distribution à l'intérieure de province Promis-PF).
84. Additionnellement, ces provinces bénéficieront d'un appui pour le plaidoyer dans le cadre des interventions de Advance Family Planning (AFP) en RDC afin d'assurer l'implication des gouvernements provinciaux et des acteurs de PF dans la mobilisation de ressources domestiques des secteurs publics et privés opérant dans ces provinces dont principalement les compagnies minières et les Sociétés de communication.

VIII.5. APPROVISIONNEMENT ET LOGISTIQUE DES CONTRACEPTIFS

85. La sécurité contraceptive est l'un des points les plus faibles de l'offre des services PF en RDC. Des grandes quantités de contraceptifs sont nécessaires pour garantir des stocks suffisants pour le projet et pour limiter les ruptures de stocks et les délais dans la distribution des produits au dernier kilomètre ; (1) le programme PROMIS-PF allouera le tiers de son budget à l'achat et la distribution de contraceptifs et les achats seront faits par l'UNFPA, à travers sa centrale d'achats basée à Copenhague (Procurement Service Branch). Dans cette optique, le projet signera directement, avec UNFPA, un contrat d'achat et d'acheminement des produits jusqu'en RDC. Aussi, le bureau de UNFPA RDC assistera le projet dans le dédouanement et dans tous les aspects liés à l'acquisition de produits jusque dans le dépôt de l'UNFPA. Mais DKT assurera l'achat, via son propre mécanisme, de tous les produits de marque (Ok et Alèze). Afin de minimiser les dépenses pour l'acquisition des contraceptifs du projet, les fonds pour

achat de contraceptifs via UNFPA seront directement versés par CAFI à l'UNFPA. Au niveau du pays, le projet bénéficiera d'un appui technique du bureau pays de l'UNFPA pour :

- Estimer les coûts pour achat des produits, le coût d'acheminement et les autres coûts pour les frais administratifs additionnels liés aux commandes ;
- Préparer et passer les commandes ;
- Assurer le suivi des commandes, l'enlèvement des produits du point d'entrée au dépôt transit de stock de UNFPA ainsi que le contrôle de qualité ;
- Assurer le suivi du maintien de la qualité de contraceptifs jusqu'au lieu d'utilisation.

Table 6.1. Besoin en contraceptifs pour le projet Promis-PF

METHODES	BESOIN ANNUEL EN CONTRACEPTIFS PROMIS-PF			
	2019	2020	2021-22	Total Phase 1
CONTRACEPTIF TOTAL				
COLLIER DU CYCLE	162,200	250,000	266,800	679,000
SAYANA PRESS* (DMPA sc)	396,500	508,000	453,312	1,357,812
JADELLE (5 year)	89,945	89,945	89,946	269,836
IMPLANON NXT	424,268	426,032	429,352	1,279,652
LEVOPLANT (3 year)	73,600	75,600	82,800	232,000
EMERGENCY PILL	479,240	646,230	674,230	1,799,700
IUD	19,152	29,556	50,564	99,272
CONTRACEPTIVE PILLS (COC)	327,000	528,000	558,000	1,413,000
ORAL CONTRACEPTIVES	150,000	180,000	200,000	530,000
PILLULES (COC, POP)	201	898	1,231	2,330
COMDOMS	9,900,000	12,500,000	14,000,000	36,400,000
TUBAL LIGATION	10	32	103	145
DEPOT PROVERA	260	260	256	776

*Tableau 6.2 : coût d'acquisition de contraceptifs**

Coût Global	\$ 23,528,685.00
Montant disponible	\$ 11,803,898.00
GAP	\$ 11,724,787.00

**Tableau détaillé en annexe.*

Table 7. Le GAP en contraceptifs pour couvrir le besoin du projet

MÉTHODES	UNITÉ DE MESURE	QUANTITÉ TOTALE	COÛT TOTAL (USD)
Pilules COC	/Cycle	900,000	\$234,000
Pilules POP	/Cycle	202,000	\$60,600
Pilule d'urgence	/Cycle	762,000	\$487,680
Injectables Depoprovera (50%)	/Unit	5,000	\$3,600
Syringe 1 ml	/Unit	5,000	\$450
Injectables Sayana press (50%)	/Unit	958,000	\$814,300
Implants 5 ans	/Unit	5,000	\$42,500
Implants 3 ans	/Unit	728,584	\$6,192,964
Implants 3 ans	/Unit	84,000	\$579,600
DIU	/Unit	3,000	\$960
Préservatif masculin	Gross	55,556	\$190,000
Préservatif féminin	/Unit	50,000	\$25,000
Collier du cycle	/Unit	229,000	\$389,300
S/ TOTAL CONTRACEPTIFS			\$9,020,954
RUBRIQUES		PERCENTAGE/COÛT	MONTANT (\$)
Assurance		0.08%	\$6,910
Dédouanement et Transport jusqu'aux CDR		16%	\$1,443,353
Frais administratifs de PSB		5%	\$523,561
Frais de stockage (CDR)		8%	\$721,676
Inspection		0,15 USD	\$8,333
S/TOTAL GAS			\$2,703,833
TOTAL GENERAL			\$11,724,787

86. La couverture du GAP en contraceptifs :

1. L'UNFPA s'engage à couvrir le GAP en produits contraceptifs cause par la prise en compte des frais additionnels d'acquisition pour une valeur de 392,842\$.
2. Pour le GAP restant d'un montant de \$11,724,787, résultant du montage du projet, UNFPA va contribuer à la réduction de ce GAP dans le cadre de la mise en œuvre de son programme de planification familiale en RDC. Les différentes parties prenantes du projet vont aussi travailler avec d'autres bailleurs pour mobiliser des ressources additionnelles pour l'achat des contraceptifs nécessaires pour la mise en œuvre du projet.

87. Tous les produits de ce projet passent par les CDR avant leur distribution dans les sites d'utilisation. Le cas échéant, ce projet va discuter les options possibles à considérer dans les provinces sans CDR.

88. Dans le cadre de l'offre de services PF, ce projet va travailler sur la volonté de payer pour les services de santé conformément aux recommandations formulées par Son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé lors de la présentation de la synthèse des résultats de

l'évaluation mi-parcours du plan stratégique de PF et dans la cadre de son allocation au sommet de Londres.

89. Le dialogue entre les partenaires nationaux, internationaux et locaux se poursuit en effet en RDC pour déterminer les meilleures pratiques en termes de politiques de prix qui permettront d'accroître l'accessibilité de la PF de manière durable sans discriminer les populations les plus pauvres.
90. Le projet PROMIS-PF a fait le choix initial d'une approche « marché total » avec une offre de contraceptifs largement subventionnés, mais pas toujours gratuit, offerts à des coûts accessibles pour les clientes. Les PMO utiliseront les grilles de prix déjà disponibles pour harmonisation avec les zones de santé et les structures de santé offrant les services de PF.
91. Cependant, le Ministère de la Santé et les programmes nationaux joueront un rôle essentiel dans la coordination de ces grilles, en tenant compte de points de ventes/prestations et des types de clientèles, pour guider les stratégies des PMO.
92. Pour les modalités de vente de produits et de coûts associés aux services PF, les partenaires de mise en œuvre travailleront également en étroite collaboration avec les membres des CTMP provinciaux pour fixer le prix des produits et des services de PF suivant l'environnement social (rural, ou urbain, marginalisé ou enclavé).
93. Des distributions de coupons pour les services de PF seront aussi utilisés lors de campagne de masse, dans le cadre des activités menées par les équipes mobiles et dans les cas où les femmes et les hommes ont besoin des méthodes spécifiques et qui ne sont pas toujours disponibles dans la communauté comme la ligature des trompes, la vasectomie, l'insertion de Jadelle et du DIU. Ces coupons serviront de bons de référence aux services de PF qui pourront être gratuits ou payant en fonction de la structure de référence.
94. La vente des produits/contraceptifs et les coûts associés aux services PF seront utilisées pour assurer la motivation des prestataires de services. Une clé de répartition des recettes générées par le produit/contraceptif sera discutée et partagée avec les différentes parties prenantes et aussi avec les autres acteurs de PF, en concertation avec l'autorité de santé locale (Médecin chef de Zone de Santé et son équipe, les écoles médicales de zones ciblées).
95. Pour les recettes générées par les élèves des écoles de sciences de santé, il a été convenu depuis le début de 2018 avec les écoles et la D6 que les élèves garderaient au minimum 80% des bénéfiques et reverseraient la différence à leur école pour le suivi des activités.
96. Le choix de UNFPA comme mécanisme pour l'achat de contraceptifs est justifié par ses années d'expériences dans l'approvisionnement en contraceptifs et surtout par son engagement à réduire le GAP en contraceptifs de ce projet en utilisant ses propres produits. Ce projet va acheter les produits (contraceptifs) de marque Ok et Alèse via le mécanisme de DKT. Ces produits seront utilisés dans le réseau de marketing social de DKT pour une valeur de 3,020,417Usd tandis que UNFPA recevra \$8,399,999 sur le total de \$11,803,898.

Table 8. Budget alloué à l'acquisition de contraceptifs pour le PROJET

	Via UNFPA	Via DKT	TOTAL
Achat contraceptifs	\$ 6,762,744.00	\$ 3,020,417.00	\$ 9,783,161.00
Coût associé à l'acquisition	\$ 2,020,737.00	-	\$ 2,020,737.00
TOTAL	\$ 8,783,481.00	-	\$ 11,803,898.00

**DKT va faire les achats via son propre mécanisme pour payer les produits de marque Alèze et OK pour une valeur de 3,020,41 Usd correspondant à l'achat et à l'acheminement des produits jusqu'en RDC.*

97. Tous les acteurs impliqués dans la PF et important des contraceptifs travaillent ensemble dans le cadre de groupe Thématique « Approvisionnement en contraceptifs » du CTMP, dont le PNSR assure le lead technique pour construire la visibilité et le partage de données en rapport avec l'approvisionnements et la distribution de contraceptifs comme étapes importantes dans la construction de la chaine nationale d'approvisionnement.
98. Dans le cadre du projet PROMIS-PF les partenaires veilleront à rendre visible les informations et données en rapport avec les approvisionnements et la distribution de contraceptifs. Ce projet contribuera à l'amélioration de la performance des provinces la visibilité et le partage d'information sur les indicateurs de sécurité contraceptive.
99. Ce projet va aussi contribuer au renforcement du système national d'approvisionnement et va aider à la mise en place de deux CDR dans le Bas-Uele et le Mai-Ndombe.

IX. ACTIVITES PRINCIPALES DES ORGANISATIONS DU PROMIS-PF

IX.1. UNOPS – AGENT FIDUCIARE, GESTIONNAIRE DE FONDS

100. L'UNOPS jouera un rôle fiduciaire et gestionnaire de fonds pour l'administration des financements reçus du FONAREDD pour ce programme, avec contrôle et supervision limités des partenaires de mise en œuvre (PMO) étant donné qu'ils sont présélectionnés. L'UNOPS travaillera avec chacune des organisations pour établir les procédures administratives et financières permettant d'atteindre les objectifs du projet mais ne fournira pas d'appui administratif ou opérationnel aux PMO pour la mise en œuvre du programme.
101. Les activités de gestionnaire fiduciaire proposées dans le cadre du projet de gestion des financements du programme PROMIS-PF sont les suivantes :
- ***Gestion et coordination du processus contractuel avec les partenaires de mise en œuvre et FONAREDD***
 - Développement des conventions juridiques et financières pour le financement ;
 - Développement et Circulation des Convention d'Appui aux financements auprès des PMO (DKT, MSI et Tulane) incluant les modalités de décaissement spécifiquement liés à la vérification des résultats atteints et liquidités nécessaires ;
 - ***Établissement et fonctionnement du bureau de gestion financière (BGF)***
 - Comme il est de norme, UNOPS établira un bureau de gestion des Fonds (BGF) afin de gérer l'ensemble des composants financières, administratives et contractuelles de ce projet ;
 - Pour le fonctionnement du BGF, l'UNOPS utilisera ses propres systèmes et procédures internes de gestions comptables et financières, et mettra à jour les directives opérationnelles en fonction des besoins de la mise en œuvre du projet, en utilisant ses cadres légaux, régulations, politiques, et procédures.
 - ***Recrutement du personnel pour le bureau de gestion financière (BGF)***
 - Un/e Gestionnaire Financier (GF) expérimenté/e sera recruté pour assurer la supervision du financement et du projet. Le GF avec l'appui du Bureau de gestion des Fonds représentera également les intérêts et les décisions du bailleur et assurera la conformité de sa mise en œuvre;
 - Le recrutement du personnel du BGF se fera par les services des ressources humaines de l'UNOPS. Deux staff clés seront recrutés incluant le gestionnaire du fonds (GF) et un Officier Financier/Support au Projet (PSO/Finance Officer).
102. Les Procédures Opérationnelles Normalisées assureront la transparence, la responsabilisation et l'efficacité du décaissement des fonds appuyant les activités liées à ce financement.

- **Mise en place des systèmes/outils pour la gestion du financement et gestion financière**
 - Ceux-ci incluent l'élaboration et la revue des budgets détaillés des PMO ; le développement des plans de travail détaillés ; activités de suivi des budgets, de revue et suivi des plans de travail et cadres logiques pour les PMO ;
 - Prévisions de trésorerie ;
 - Ordres de décaissement des fonds pour les partenaires de mise en œuvre ;
 - Les Procédures Opérationnelles Normalisées ;
 - Activation des financements, Suivi comptable régulier ;
 - Rapportage sur la fraude, Rapportage financier et Gestion des risques.
- **Suivi de conformité ;**
 - Le suivi de la conformité des règles et procédures, les prérequis pour le rapportage, le calendrier des paiements, préparation et lancement des audits externes du projet est géré par UNOPS et auprès des partenaires de mise en œuvre annuellement ;
 - Collecte, compilation et analyse des rapports financiers des PMOs (mensuels et trimestriels) ;
 - Préparation des rapports financiers pour le Comité de Pilotage et en fonction des besoins des bailleurs et partenaires ; et transmission des rapports programmatiques narratifs des PMOs.
- **Rapportage**

Le Chef de Projet/Gestionnaire Financier (GF) soumettra chaque mois des rapports narratifs et financiers dont les contenus et formats de rapportage seront soumis à l'approbation du bureau du projet.

Dans le cadre de ce projet, FONAREDD pourvoira le calendrier, les échéances et les canevas pour les rapports annuels et semestriels. Le calendrier interne des ONGs vis-à-vis UNOPS sera calibré sur le calendrier du FONAREDD

Le GF fournira des résumés transparents de la situation du Financement tout au long de son existence afin d'informer les bailleurs et les partenaires de la situation du Financement.

- 1) *Rapports financiers* : les rapports financiers décriront les dépenses et les bénéfices enregistrés pour l'ensemble du Financement par rapport au budget approuvé.
- 2) *Prévisions de trésorerie* : un document de prévision de trésorerie détaillant les fonds reçus et prévus par rapport aux engagements des bailleurs, les dépenses financières mises à jour sur le Financement, et les projections de décaissements à venir pour les partenaires de mise en œuvre.
- 3) *Rapport Programmatique* : Deux rapports programmatiques seront préparés par le Leader Technique (Tulane) : un rapport semestriel et un rapport annuel. Chacun des rapports inclura les progrès de la mise en œuvre du Financement avec une mise à jour des résultats pour les indicateurs clés, le S&E, les questions

de politiques et de contraintes rencontrées, une mise à jour de la matrice de gestion des risques, le respect des sauvegardes et les résultats agrégés produits par les partenaires pour le programme. UNOPS soumettra ces rapports des PMOs au Secrétariat Exécutif du FONARED.

- 4) *Déclaration Financière Certifiée* : réfère au document qu'UNOPS aura à soumettre certifiant les revenus et les dépenses de l'UNOPS à la fin du projet.

**Table 9. Cadre des Rapports des PMOs au Gestionnaire Financier
(en fonction des besoins et accords)**

TYPE DE RAPPORT ET PERIODE COUVERT	DOMAINE DE RAPPORTAGE	CONTENU
Rapport de Progrès (Jan – Juin) Livré le 15 Juillet	Finance :	Rapport financier semestriel avec les prévisions de trésorerie financière
	Programme	Rapport semestriel (Rapport des progrès)
Rapport Annuel (Jan – Déc) Livré le 15 Janvier (rapport narratif) le 30 Avril (rapport financier certifié)	Finance :	Rapport financier annuel certifié
	Programme	Rapport narratif annuel
Rapport Financier Certifié (Jan-Déc) Livré le 30 Avril	Finance	Déclaration financière certifiée annuelle
Rapport Final Livré 6 mois après la clôture opérationnelle du projet	Finance	Rapport financier final avec déclaration financière certifiée et rapport sur la disposition / le transfert des actifs
	Programme	Rapport Narratif Final

- *Organiser/tenir des réunions de Comité Technique chaque trimestre et des réunions de Comité de Pilotage chaque semestre ;*
- *Conduire les procédures de clôture du projet à la fin du projet*

103. Les activités ci-dessous seront menées en fonction des besoins des PMO et de la limite du budget alloué :

- *Services d'Appui Administratif et de Mise en Œuvre du Projet PROMIS-PF Agence Fiduciaire gérés par UNOPS*

L'Unité de Services d'Appui d'UNOPS en RDC (CDOH) fournira des services transactionnels pour s'assurer que le BGF disposent des ressources et services essentiels pour la mise en œuvre efficaces du projet. Les services peuvent inclure les ressources humaines (incluant le recrutement du staff et de consultants spécialisés pour les évaluations CAT), les analyses des prix de la passation de marchés et d'achats durables/écologiquement responsables des PMOs, et service de logistique et sécurité. Un support sera apporté aux PMOs pour l'élaboration et la révision de leurs plans de travail et budgets annuels. Le Directeur des Opérations de UNOPS CDOH supervisera tous les services d'appui fournis au BGF.

- **Activités et Services Exclus :**

L'UNOPS n'aura pas à entreprendre les activités programmatiques ou à rendre les services suivants :

- *Communication (tels que) :*
 - Amélioration des connaissances du projet ;
 - Gestion des savoirs ;
 - Partage des leçons et des meilleures pratiques ;
 - Plaidoyer pour le programme ;
 - Matériels et (ou) Equipment de communication (pancarte, banderoles, photographe etc.).
- *Services de Conseil en Assurance Qualité*
 - Gestion Technique et stratégie d'implémentation de programme ;
 - Retours sur investissements ;
 - Applications de responsabilités des bénéficiaires ;
 - Cadre de sauvegarde environnementale et sociale.
- **Implications en termes de coûts**

L'UNOPS applique des politiques d'engagement et de prix structurés sur toutes ses interventions. En supposant que les critères d'engagement ont été remplis, une fois que le champ de l'intervention a été exactement défini, une proposition budgétaire est avancée par l'UNOPS sur la base du niveau d'efforts requis et de la taille du financement à gérer.

L'UNOPS est une entité à but non-lucratif autofinancée qui opère selon des principes stricts de récupération des coûts. Par conséquent la proposition chiffrée est calculée de manière objective pour couvrir les dépenses directes et indirectes de l'UNOPS, qui sont minimum dans le cas de larges financements ne nécessitant pas d'efforts intenses de gestion, par exemple lorsque l'UNOPS joue le rôle d'intermédiaire. Pour ce projet, UNOPS a un rôle de fiduciaire et de support administratif limité aux partenaires d'exécution du projet – spécifiquement, le lancement des évaluations de capacités (CAT) des PMOS et des audits annuels et le suivi limité des besoins des PMOs suivant les résultats de ces évaluations. Comme mentionné ci-dessus, l'Unité de Services d'Appui d'UNOPS en RDC (CDOH) fournira des services avec le support du Bureau de Gestion des Projets CDOH pour s'assurer que le BGF disposent des ressources et services essentiels pour la mise en œuvre efficaces du Projet PROMIS-PF Agence Fiduciaire. Le budget proposé par UNOPS CDOH tiendra compte de son rôle d'agence fiduciaire.

IX.2. ACTIVITES DES PMO

104. La mise en œuvre effective de ce projet démarre le mois suivant la signature du contrat et sera lancée officiellement à Kinshasa par l'autorités nationale du Ministère de la Santé. Les trois partenaires de mise en œuvre ont pris des dispositions pour que le démarrage des activités d'offre de service démarre déjà au cours de six premiers mois du projet. Au démarrage de ce projet, les partenaires vont utiliser les contraceptifs déjà disponibles au pays (venant de UNFPA ou des projets en cours). Dans les discussions avec UNFPA, les 3 partenaires vont

prendre des dispositions pour prêter des contraceptifs au projet Promis-PF. Et l'UNFPA pourra puiser dans le stock de contraceptifs déjà disponible en RDC pour faire démarrer ce projet.

105. Les mêmes dispositions sont déjà prises DKT et Tulane pour utiliser des contraceptifs achetés avec l'argent de TJ Mather. Mais le stock de démarrage de MSI viendra des produits que UNFPA prendra à disposition des 3 ONGs au démarrage de ce projet.
106. Pour ce qui des formations de prestataires, Tulane a reçu des fonds de transition de la Fondation Bill et Melinda (FBMG) pour former, avant janvier 2019, des formateurs et aussi des prestataires communautaires dans 3 provinces (Kinshasa, Kongo Central et Lualaba).
107. Sur le plan administratif, les trois partenaires vont utiliser des staffs déjà disponibles dans les provinces qui vont démarrer l'offre de service de PF durant les six premiers mois. Avec les fonds de la FBMG, Tulane avec l'appui technique du PNSR, a déjà formé des pools de formateurs pour Kinshasa, Kongo Central et au Lualaba. De plus, la formation de prestataires communautaires avec les fonds de la FBMG a été faites dans les 3 provinces en mi-Novembre 2018 dans les trois provinces dans lesquelles 106 écoles de sciences de santé de niveau secondaire ont formé des élèves de 3^{ème} année.
108. Chaque organisation de mise en œuvre (DKT, MSI et Tulane) établira son propre calendrier d'interventions en fonction de son expérience, de ses ressources et de ses avantages comparatifs, mais toutes les trois utiliseront des approches communes dont l'efficacité pour l'amélioration de l'accès aux services et l'utilisation des méthodes PF a été démontrée. Ces approches ont été développées sur la base des recommandations issues de l'évaluation à mi-parcours du Plan National Stratégique et de l'évolution du paysage de la PF en RDC.

1. ***L'offre de services PF*** par le biais de divers canaux publics et privés, incluant :

- La distribution à base communautaire par le biais des prestataires à profil diversifié (étudiants actuels et diplômés en sciences infirmières, infirmières « Bees », infirmières et sages-femmes « MS-Ladies »). Les MS Les MS Ladies ont une approche communautaire et clinique. Elles prestent a partir de FOSA avec lesquelles nous avons un accord, tout en se déplaçant également dans les communautés. Elles travaillent en étroites collaborations avec les ECZ et les RECO pour assurer que l'offre de service répond à la demande ;
 - Les formations sanitaires (FOSA) publiques et privées ;
 - Les pharmacies privées (par le biais du marketing social).
2. ***Le renforcement des capacités et de la qualité des services PF*** offerts dans les structures de santé partenaires ;
 3. ***La promotion de la planification familiale en post-partum*** ;
 4. ***La promotion de la PF auprès des Adolescents et des Jeunes*** ;
 5. **L'élargissement de la gamme des méthodes offertes au niveau communautaire**, incluant les injectables (DMPA-SC « *Sayana Press* ») et les implants (Implanon NXT) qui sont parmi les méthodes les plus demandées par les femmes vivant en RDC ;
 6. ***La communication pour la création de la demande*** par les médias de masse et la mobilisation communautaire ;

7. *L'appui aux Comités Techniques Multisectoriels Permanents (CTMP)*, existants et la création des CTMP provinciaux (là où ils n'existent pas encore) pour une meilleure appropriation du Plan National Stratégique et la coordination de l'ensemble des partenaires nationaux et internationaux intervenant en PF au niveau du pays et des provinces cibles. Cet appui s'étend aussi aux divisions provinciales de santé et aux zones de santé dans l'application des normes et politiques de santé en matière de PF y compris la mise en place de pool de formateurs pour garantir des services de PF de qualité.

109. Ces activités sont regroupées dans les sections ci-dessous autour de trois stratégies principales, communes aux partenaires de mise en œuvre de PROMIS-PF, et détaillées dans les sections ci-dessous :

- 1) L'offre de services PF à travers de multiples canaux dans les structures sanitaires et la communauté ;
- 2) Les activités de création de la demande au niveau communautaire là où l'utilisation des méthodes contraceptives modernes est faible ;
- 3) Le renforcement de la coordination, du leadership, et des capacités de suivi et d'évaluation des autorités sanitaires nationales et provinciales ;
- 4) Renforcement du système de santé.



IX.2.1. OFFRE DES SERVICES PF DANS LES GEOGRAPHIES CIBLES

110. Les activités d'offre de services proposées dans le cadre du programme PROMIS-PF reposent sur les stratégies de mise en œuvre spécifiées dans le Plan National, à savoir :

- Le développement des activités et des services cliniques dans les aires de santé ciblées ;
- Le développement des activités et des services communautaires dans toutes les aires de santé ;
- Le développement de Points de Prestation de Services en faveur des jeunes.

111. Les trois organisations partenaires ont une expérience prouvée dans la mise en œuvre de stratégies multicanaux d'offre de services PF de qualité pour répondre aux besoins des populations tout en renforçant le système sanitaire local.

Le tableau ci-dessous résume les différents canaux d'offres de services appuyés par chaque partenaire :

	DKT	MSI	Tulane
Structures sanitaires publiques	X	X	X
Structures sanitaires privées	X		
Distribution communautaire	X (« <i>Bees</i> »)	X (« <i>MS Ladies</i> »)	X (Élèves en SI)
Pharmacies	X		
Stratégies avancées (Personnel clinique opérant dans la communauté)		X	

IX.2.2. POUR LE RENFORCEMENT DES SERVICES CLINIQUES

IX.2.2.1. *La formation de pools de formateurs* :

112. Cette activité est prévue dans ce projet et va cibler les membres des Equipes Cadre de Zone de Sante (ECZ) qui seront aussi impliqués dans la supervision et le suivi des prestataires cliniques et communautaires, la mise en place du système de référence et contre référence des cas. Les formateurs de formateurs seront désignés par le PNSR ayant une expérience avérée dans la formation de formateurs suivant l'approche par compétence actuellement adoptée par le Ministère de la Santé. Chaque province aura des formateurs parmi les agents de PNSR et parmi les membres des ECZ). Ceux -ci sont impliqués aussi dans les supervisions mensuelles par l'ECZ et dans les supervisions trimestrielles par le PNSR provincial et l'équipe province des partenaires de mise en œuvre, et dans les supervisions semestrielles ou annuelles par les équipes de niveau central.

IX.2.2.2. *Formation des prestataires* (cliniques et communautaires)

113. Les organisations appuieront leurs **cliniques partenaires** par le biais de formations (en suivant les normes et modules PF développés par le PNSR) pour le counseling, l'administration de l'ensemble de la gamme des méthodes (y compris les retraits de DIU et d'implants et les services de PF en post-partum), la gestion des effets secondaires et le suivi des clientes PF.

114. PROMIS-PF mettra également en œuvre **des équipes mobiles détachées des structures cliniques** pour atteindre les populations les plus vulnérables dans les zones rurales isolées (Activité MSI). Composées de trois membres d'équipes (sage-femme, infirmière et chauffeur), les équipes mobiles visitent les mêmes communautés au moins une fois tous les trois mois afin de pouvoir assurer leur suivi si nécessaire (et notamment assurer le retrait des méthodes de longue durée et l'approvisionnement en méthodes de courte durée). En préparation de l'arrivée des visites des équipes mobiles, les mobilisateurs communautaires (relais communautaires, membres d'associations, etc.) travaillent avec les agents de création de la demande de MSI afin d'engager les leaders communautaires et la population à travers des dialogues sur la PF contribuant ainsi à éliminer les barrières d'accès en augmentant les connaissances sur la PF/SSR.

IX.2.3. EQUIPEMENTS EN MATERIELS, INTRANTS ET CONTRACEPTIFS

115. Dans les nouvelles ZS d'intervention de PROMIS-PF les cliniques partenaires recevront un kit de démarrage complet des services PF et intrants y afférents et des équipements nécessaires pour organiser les services de PF de qualité.

IX.2.4. APPUI AUX PHARMACIES COMME RESEAU DU MARKETING SOCIAL

116. Dans la mesure où le secteur privé (pharmacie / drugstore) est la première source de contraceptifs pour les populations de RDC (PMA2020), le programme appuiera également les prestataires des réseaux *Blue Star* DKT au moyen de formations (offre des méthodes, injection du DMPA-SC, gestion des stocks, collecte des données de services) et de matériels didactiques et de création de la demande à afficher dans les officines. L'objectif de cette activité est d'investir dans ces prestataires encore peu exploités par les stratégies d'offre des contraceptifs pour maximiser les points d'accès aux services PF de qualité dans les géographies cibles du programme.

IX.3. POUR LE DEVELOPPEMENT DES SERVICES A BASE COMMUNAUTAIRES

117. Le programme emploiera des distributeurs à base communautaire formés (DBC) (sages-femmes ou infirmières « *Bees* » pour DKT et « *MS Ladies* » pour MSI, étudiants en sciences infirmières pour Tulane) pour effectuer la sensibilisation, fournir des conseils individualisés et offrir une gamme élargie de méthodes PF (pilules, condoms, PCU, colliers du cycle, DMPA-SC et Implanon NXT) au niveau communautaire pour les Bees et les Etudiants. Tandis que le MS ladies offre en plus les Jadelles et le DIU au niveau des formations sanitaires. Ces distributeurs communautaires (Bees et Etudiants) feront des références aux formations sanitaires pour l'offre des méthodes cliniques (DIU et implants Jadelle), la gestion des effets secondaires et le suivi des clientes.
118. Ces modèles de distribution à base communautaire utilisant des DBC à profil médical permettent à ces DBC d'offrir les plus de services possibles déjà dans la communauté. Les femmes vont ainsi avoir la possibilité d'obtenir leurs services dans la communauté sans aller aux formations sanitaires. Ce modèle permet ainsi :
- Amener les méthodes les plus demandées par les femmes (particulièrement les implants et les injectables) directement dans la communauté (pas de frais de transport) ;
 - Offrir un counseling individualisé, discret et de qualité de la part de DBC qualifié et au courant des réalités de la communauté ;
 - Réduire les barrières économiques : pas de frais de déplacement, les méthodes sont vendues à des prix abordables (excluant les frais additionnels des frais de consultations, de fiche, frais générés par la taxation de services offerts par la formation sanitaire).

IX.4. CREATION DE LA DEMANDE

119. Des activités de création de la demande qui visent d'une part à améliorer les informations disponibles pour la population concernant la planification familiale et d'autre part à réduire les barrières socio-culturelles à son utilisation seront mise en œuvre à de multiples échelles.
120. Ces activités se focaliseront uniquement sur les messages mettant en évidence l'importance de sensibiliser la population sur l'importance de l'utilisations de la PF pour la mère, l'enfant et la famille avec un accent sur les bénéfices de l'investissement dans la PF pour les familles. Les organisations de mises en œuvre de ce projet vont s'assurer du respect des principes de base de l'offre de services de Planification qui promeut le volontariat et interdit la coercition ou le choix non informé.
121. La diminution de la pression démographique sur les forêts ne fera pas partie des discussions avec la population pour stimuler l'utilisation des services de PF, mais bénéficiera indirectement des effets de l'utilisation accrue des services de PF par les populations sensibilisées. Dans le cadre de Promis-FP, les PMO travailleront étroitement avec les autres partenaires opérant au niveau national et au niveau des provinces cible pour utiliser des stratégies déjà prouvées pour augmenter l'utilisation des services de PF et suivront les stratégies qui seront définies au niveau national en la matière.
122. Feront aussi partie de cette équipe de travail, les partenaires membres de CTMP ayant une expertise dans la mise en œuvre de stratégies et des activités de création de demande pour la PF. Ces stratégies et activités incluront celles ciblant les adolescents et jeunes sexuellement actifs.

IX.5. SENSIBILISATION ET COMMUNICATION DE MASSE SUR LA PF

- Stratégie utilisant les médias de masse : Le programme étendra la portée de ses stratégies de communication pour le changement de comportement grâce à des campagnes médiatiques efficaces et innovantes afin d'éduquer, d'informer, d'inspirer et d'encourager la population et particulièrement la jeunesse congolaise à adopter des choix et des modes de vie sains. Cela se fera par le biais d'émissions radiophoniques, de publiereportages télévisés, et de documentaires télévisés sous forme de séries, inspirés d'histoires vécues et dans lesquels la vie des personnes filmées sera présentée dans un mélange de fiction et réalité. L'objectif sera de promouvoir la Santé Sexuelle et Reproductive ; d'augmenter la connaissance et l'adoption des méthodes contraceptives modernes ; d'éradiquer les mythes existants et les fausses croyances autour de la contraception ; et de communiquer sur les différents points de prestation de services.
- Le programme utilisera également (dans les zones urbaines avec un accès correct à internet) les plateformes digitales, moins coûteuses et soumises à moins de restrictions légales que d'autres médias, afin de promouvoir sa gamme de produit.
 - Utilisation des Réseaux Sociaux existants pour fournir des informations relatives aux produits contraceptifs, promouvoir leur notoriété et éduquer les femmes sur leurs avantages, ce à travers de courts clips éducatifs et des témoignages vidéo. Des forums de discussion en ligne, des sondages et des séances de questions et réponses aideront les partenaires à évaluer les connaissances et

l'adhésion des consommateurs aux produits contraceptifs, mais aussi à susciter leur intérêt, et générer de l'engagement.

- Annonces Google : développement de publicités Google à placer à la fois via les moteurs de recherche et via d'autres plates-formes de réseau Google.
- SMS Marketing : Introduction du marketing par SMS pour atteindre les utilisateurs potentiels de méthodes contraceptives à travers le pays. Les activités de SMS Marketing peuvent varier selon la langue ou la région. Le contenu des messages SMS va de l'information de base sur le produit et ses points de distribution à la gestion des effets secondaires.
- Enfin les partenaires mettront en œuvre des événements de Marketing Social de Contraceptifs, comme les carnivals motorisés, festivals et autres activités communautaires couplés à des journées spéciales de promotion à travers lesquelles le coût des services de contraception sera réduit de 50%.
- Le contenu de ces messages reprendra des appels à l'utilisation des services de PF en post-partum qui seront publiés sur des supports divers comme panneaux publicitaires, dépliants, spot radio et Télévision.

IX.6. CREATION DE LA DEMANDE AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

123. Les agents de mobilisation communautaire sont un canal de communication essentiel pour créer la demande de services de PF et SSR. Ils sont en général extrêmement respectés au sein de leur communauté et peuvent faire prendre conscience et informer de l'existence des services PF, améliorer l'intégration de ses services et leur acceptabilité. Ils savent aussi où se rassemblent les groupes ou individus potentiellement bénéficiaires de ce programme comme les groupes de femmes ou les jeunes. Le programme travaillera avec les agents communautaires existants en tandem avec des agents de création de la demande spécialement formés par le programme et affiliés à chaque canal de prestation de services (et particulièrement dans le cadre du travail des équipes mobiles afin de créer la demande en avance de la visite).
124. Dans la mesure où ces agents de mobilisation communautaire ont de multiples responsabilités (non limitées aux services de PF/SSR mais aussi d'autres domaines), ils doivent par conséquent être formés (pour pouvoir informer correctement en suivant les principes du choix informé), suivis (pour assurer une qualité continue et des pratiques efficaces pour la référence aux services cliniques) et équipés de manière adéquate (par exemple l'app de counseling MSI, le « *job aid* » fournis par Tulane aux étudiants en sciences infirmières) afin qu'ils puissent conseiller chaque cliente potentielle grâce à des informations de qualité, lui donnant le choix et la référant au besoin au service adéquat.

IX.7. CREATION DE LA DEMANDE ET SENSIBILISATION INDIVIDUELLE

125. Le programme prévoit de s'appuyer sur les acquis des recherches menées depuis plusieurs années par les organisations partenaires et qui ont identifié les barrières individuelles (connaissance personnelle limitée ou perception négative), interpersonnelles (effets négatifs de l'influence de la famille ou du partenaire), communautaires (stigmatisation ou attitude discriminatoire de la part de la communauté dans laquelle les femmes vivent) ou encore

institutionnelles (biais dans l'attitude des prestataires de santé et les informations disséminées) à l'utilisation des méthodes PF.

126. La formation des mobilisateurs communautaires et de l'ensemble des prestataires capitalisera sur les leçons apprises pour développer des messages pouvant aider chaque femme à surmonter ces obstacles, le long de leurs « *échelles d'adoption* » partant d'une situation de « *je n'ai jamais entendu parler de PF* » en passant par « *j'apprends certaines choses et j'accepte d'essayer* » jusqu'à l'adoption et même le plaidoyer auprès de sa communauté et de ses pairs (cliente satisfaite).

IX.8. ACTIVITES PMO : RENFORCEMENT DU SYSTEME NATIONAL DE SANTE

127. À travers ses activités, le programme PROMIS-PF contribuera au renforcement du système national de santé à de multiples échelles et principalement dans (1) le renforcement des capacités de prestation de services (formation des pools de formateurs, des prestataires cliniques et communautaires dans les provinces ciblées) ; (2) utilisation et le renforcement du système de la chaîne d'approvisionnement et distribution de médicaments (contraceptifs) en utilisant le CDR existants, la construction de DEUX CDR (dans Mai-Ndombe et Bas Uele) ; (3) la promotion et l'utilisation DHIS 2 pour la gestion des données de routines de services de PF intégration de module PF communautaire de cursus de formation des élèves des écoles secondaires (Institutionnalisation).

IX.8.1. AU NIVEAU NATIONAL

128. Les partenaires du programme PROMIS-PF travailleront en collaboration avec le Ministère de la Santé, et plus particulièrement les Programme National pour la Santé de la Reproduction (PNSR), le Programme National pour la Santé des Adolescents (PNSA) et la Direction en charge de sciences de santé (D6) pour :
- Développer/actualiser/adapter les modules de formation utilisés dans le cadre du programme pour le renforcement des compétences des prestataires cliniques et communautaires dans l'offre de services PF de qualité
 - Développer et exécuter ensemble avec les organes techniques du ministère de la santé (dont les divisions provinciales de santé, PNSR, PNSA, D6,) , des outils de supervision, de création de la demande et des plans de supervisions conjointes pour le projet
 - Renforcer les compétences des personnels du PNSR / PNSA mais aussi du Système National d'Information Sanitaire (D5 / SNIS) pour la collecte et l'analyse des données PF de routine et la planification basée sur les évidences.
 - Contribuer à la mise en place du système national de la chaîne d'approvisionnement, en collaboration avec les directions et programmes spécialisés du ministère de la santé et avec des partenaires impliqués dans le renforcement ou l'amélioration de ce système
 - Évaluer les résultats de PROMIS-PF dans le cadre des objectifs et stratégies définies par le Plan National Stratégique Multisectoriel pour la Planification Familiale

129. Le programme PROMIS-PF fournira également une assistance technique au Ministère de la Santé dans le cadre du développement du plan de communication pour la promotion de l'utilisation de services de PF.

IX.8.2. AU NIVEAU PROVINCIAL

130. Depuis 2015, l'institutionnalisation du Comité Technique Multisectoriel Permanent (CTMP) au niveau national, et le développement des CTMP provinciaux, a fourni au Ministère de la Santé un organe efficace de coordination et d'orientation des partenaires PF opérant en RDC. Ces Comités, qui existent déjà dans 13 provinces sur 26, et dont l'expansion est également encouragée par d'autres bailleurs, regroupent des experts « champions » de la PF qui peuvent mettre en œuvre les stratégies de plaidoyer pour l'augmentation des fonds destinés aux services PF, coordonner les interventions des différentes ONG opérant dans les provinces pour éviter les redondances, superviser les progrès des projets PF, et exploiter les données de routine pour définir leurs orientations futures.
131. Le programme PROMIS-PF prévoit d'appuyer l'installation des CTMP provinciaux performants dans les géographies cibles où ils n'existent pas encore et de mener des activités continues de renforcement des capacités des CTMP pour les rendre performants.

IX.8.3. AU NIVEAU DES FORMATIONS SANITAIRES (FOSA)

132. Le programme travaillera en étroite collaboration avec les équipes cadres des Zones de Santé (ECZS) qui seront directement impliquées dans le choix des sites cibles pour l'offre de service et la sélection des staffs et personnels cliniques à former.
133. Les personnels des ECZS et des FOSA seront les premiers bénéficiaires des activités de formation à l'offre de services PF de qualité, au counseling mais aussi à la collecte et au rapportage des données PF dans le SNIS / DHIS2.
134. Enfin, les ECZS participeront systématiquement aux réunions de supervision et d'orientation des activités du programme, afin de garantir la pertinence des stratégies de mise en œuvre au niveau local. Les médecins chefs de zones ou leur délégués sont formés comme formateurs de prestataires.

IX.8.4. INSTITUTIONNALISATION DES MODULES PF ET DE LA FORMATION DES ETUDIANTS DBC DANS LES ECOLES DE SCIENCES INFIRMIERES

135. L'offre de services PF au niveau communautaire par les élèves des écoles de sciences infirmières (SI) est l'un des modèles les plus prometteurs pour l'amélioration de l'accès des femmes aux méthodes contraceptives en RDC. En effet, depuis 2015, la RDC a testé plusieurs stratégies pilotes de partage des tâches utilisant les étudiants en médecine / sciences infirmières pour offrir le DMPA-3C et Implanon NXT (ainsi que d'autres méthodes) au niveau communautaire

à Kinshasa.²⁵ L'un des résultats majeurs de ces pilotes a été la découverte du potentiel de ce cadre de prestataires pour fournir une large gamme de contraceptifs, y compris les très fortement demandés implants, au niveau communautaire. Ces jeunes étudiants, brillants et motivés, sont avides de gagner une expérience pratique en offrant des services à de vraies clientes et souhaitent ardemment contribuer au bien-être de leur communauté. De plus, étant donné leur âge (la plupart ont entre 16 et 20 ans), ils ont un rapport plus facile aux adolescents et aux jeunes – l'un des publics cibles clés pour les programmes de planification familiale et de santé sexuelle et de la reproduction.

136. Étant donné le très fort potentiel de ce modèle, Tulane a commencé de travailler en 2016 avec la D6 (la Direction du Ministère de la santé responsable des 477 écoles de sciences infirmières du pays) pour l'institutionnalisation de ce modèle (intégration dans le programme ou curriculum de formation de tous les élèves de toutes les écoles infirmières). Ce dernier a été répliqué avec succès à Matadi, dans la province du Kongo Central, à partir de la fin 2016.
137. À l'aube de ces réalisations, le programme PROMIS-PF va continuer d'appuyer l'expansion du « modèle des écoles de sciences infirmières » pour améliorer l'accès aux services PF dans les provinces cibles du programme. La mise en œuvre des activités prévoit que la D6 et l'Association National des Parents des Élèves et Étudiants du Congo (ANAPECO), via un système financement mutualisé dans les frais scolaires, absorbent une part significative des coûts fixes ; honoraire et transport des formateurs (enseignants) et location salle de formation. Les contributions de la D6 et du Comité des Parents couvriront au moins 60% des fonds nécessaires à la formation des étudiants en SI à Kinshasa et au moins 40% dans les provinces.
138. Le financement demandé dans le cadre de PROMIS-PF couvrira l'identification et le recrutement de nouvelles écoles, la formation des formateurs (enseignants dans les écoles de sciences infirmières), les équipements nécessaires au travail de terrain (vestes, sacs à dos, formulaires de collecte des données, coton, désinfectants et petits matériels cliniques), la contribution à la formations des élèves comme distributeurs communautaires ainsi que les frais de déplacement des personnels du projet vers ces provinces. Dans chacun de province sélectionnée, la D6 établira un centre d'excellence pour la formation en planification familiale, ce qui supposera de rénover un bâtiment existant et d'acquérir des fournitures de bureau de base, un projecteur, des tables et des chaises.
139. Ces activités participent directement au renforcement du système sanitaire national en renforçant les compétences des partenaires de la D6, assurant la formation d'une large cohorte de futurs prestataires PF qualifiés et motivés. Cette formation sera donnée chaque année aux élèves de la 3eme année dans toutes écoles de se sciences de santé.
140. Tulane travaillera en étroite collaboration avec la D6, le PNSR, la Division de Coordination Provinciale, et l'Inspection Provincial pour aider la D6 à mettre en œuvre le projet. Un mécanisme de collaboration avec les zones de santé sera développé pour assurer l'intégration de la D6 en tant que partenaire des activités de planification familiale dans chaque province.

²⁵ Binanga A, Bertrand JT. Pilot research as advocacy: the case of Sayana Press in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo. *Glob Health Sci Pract.* 2016;4(4):542-551.

Bertrand JT, Makani PB, Hernandez J, et al. Acceptability of the community-level provision of Sayana Press by medical and nursing students in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo. *Contraception.* 2017;96(3):211-215.

Toutes les écoles seront étroitement en contact avec la zone de santé d'appartenance et elles bénéficieront de l'expertise de ECZ pour la formation des distributeurs communautaires et pour la supervision mensuelle et la participation aux réunions mensuelles de monitoring de la zone de santé. Les écoles auront des pools de formateurs (choisis parmi les enseignants), des points focaux pour la collecte de données et le rapportage au SNIS via de DHIS 2 qui a déjà inclut le module Ecoles médicales et qui rapportent déjà sur les activités de planification familiale des écoles.

X. SUIVI ET ÉVALUATION

141. Tous les aspects financiers de ce projet seront évalués par UNOPS, tandis que les aspects programmatiques seront directement gérés par organisations de mise en œuvre.
142. Tulane sera responsable de la collecte et du suivi des données programmatiques de chaque organisation pour le rapportage des indicateurs clés de PROMIS-PF (APC, prestataires formés, ZS / AS / FOSA appuyées, etc...)
143. Ce programme prévoit deux évaluations :
1. Evaluation à mi-parcours, qui sera une revue interne du programme par les organisations de mise en œuvre pour examiner le progrès fait surtout en matière de production des Années Protection Couple (APC) et orienter le programme à plus de résultat. Toutes les parties prenantes (Ministère de la Santé, bailleurs du projet et les autres acteurs de terrain) seront associés à cette activité.
 2. Evaluation finale et externe, qui sera réalisée des personnes externes au programme Promis-PF. Cette revue sera réalisée avec la participation des acteurs clé du ministère de la santé dans le développement de la méthodologie jusqu'à la collecte, analyse et la rédaction de rapport qui donnera des orientations claires de la deuxième moitié de la phase de ce projet (2019-2022).

X.1. EDS ET TAUX DE PREVALENCE CONTRACEPTIVE MODERNE

144. Le projet Promis-PF va utiliser l'indicateur Année Protection Couple pour mesurer le progrès et la contribution de ce projet à l'utilisation des services de Planification Familiale dans les zones géographiques ciblées cela grâce à la possibilité de télécharger mensuellement les données de routine de PF dans le DHIS2. Ce projet va des lors travailler à l'utilisation du Système National d'Information Sanitaire ; toutes les données générées aux différents points de prestation seront envoyées au SNIS. La décision de financement de ce projet a été basée sur la capacité de production de APC par chacun des trois organisations de mis en œuvre.

Table 10. Estimations des APC par organisation

ORGANISATION	PRIX UNITAIRE PAR APC (EN DOLLARS AMERICAINS)								
	Année 1 2019	Année 2 2020	Année 3 2021-2012	Total Phase 1	Année 4 2022	Année 5 2023	Année 6 2024-2025	Total Phase 2	TOTAL Phase 1+2
DKT	5.51	5.25	4.94	5.22	4.58	4.46	4.20	4.41	4.79
MSI	49.42	17.40	7.84	13.92	5.86	4.26	3.97	4.57	6.65
Tulane	4.48	2.74	2.55	3.05	2.57	2.58	2.59	2.58	2.79

145. Promis-PF travaillera étroitement avec Direction en charge du Système National d'Informations Sanitaire pour mesurer sa contribution à la Planification. Les données de routines générées par les partenaires de Promis-PF vont être intégrées dans le SNIS. Ce projet va appuyer les réunions de monitoring et va se rassurer du rapportage des données de PF générées par les différents canaux d'offre de service.
146. Le DHIS 2 génère déjà les données de PF venant des formations sanitaires et aussi celles venant de l'offre communautaire. Les données de PF des écoles médicales secondaires sont aussi disponibles dans le DHIS 2.
147. Ce projet va travailler sur (1) la création de la passerelle qui permet de voir les données PF des écoles médicales et aussi sur la passerelle qui va agréger toutes les données de la communauté et aussi celles données de formations sanitaires ; (2) l'intégration des données de marketing social dans le SNIS qui seront générées par DKT. Pour ce dernier volet, ce projet travaillera étroitement avec la Cinquième Direction du Ministère de la Santé (D5), le PNSR, PNSA et les partenaires membres de CTMP pour assurer que toutes les données de PF sont rapportées au SNIS.
148. Ce projet va aussi se joindre à l'effort en cours de mettre en place une bonne visite de données de PF en s'intégrant dans le groupe de travail réunissant les différents acteurs impliqués dans la chaîne d'approvisionnement en contraceptifs pour que l'information sur le flux des contraceptifs sont disponibles et permettant de savoir les quantités de chaque produit qui est entrée au pays (niveau central), et leur destination dans les provinces et les zones de santé.
149. Ce projet va aussi se joindre à l'effort en cours pour mettre en place une bonne visibilité des données de PF en s'intégrant dans le groupe de travail réunissant les différents acteurs impliqués dans la chaîne d'approvisionnement en contraceptifs. L'objectif est d'assurer la traçabilité de chaque produit : depuis son entrée dans le pays, jusqu'à sa destination. Ce travail impliquera le PNAM, la FEDECAM et la DPM et les partenaires impliqués dans les commandes de contraceptifs et leur distribution. Une raison pour laquelle, ce projet va aussi contribuer au renforcement de l'utilisation de CDR. Tous les contraceptifs de projet passeront par le CDR.
150. Avec les données de consommations générées par le DHIS2, il est possible pour le pays de faire les estimations de prévalence contraceptives modernes si les données de routines ont une bonne complétude et sont de qualité. Promis-PF travaillera étroitement avec le projet TRACK20 (pilote par Tulane en RDC), PNSR, SNIS (D5) et les autres partenaires pour estimer la prévalence contraceptive moderne dans les provinces cibles et permettre ainsi de montrer l'impact des interventions de PF dans les provinces et leur incidence sur les autres indicateurs de la santé de la Mère et de l'Enfant.
151. Il est important que l'ensemble des parties prenantes dans ce programme réalisent que l'EDS ne fournira pas une mesure du TPCM (ou d'autres indicateurs) spécifiquement attribuable à PROMIS-PF ou à tout autre projet ou intervention.
152. L'utilisation des EDS 2019 et 2024 pour mesurer les résultats de ce programme présente un certain nombre de limitations. Tout d'abord, il n'est pas certain que l'EDS soit réalisée pour ces deux années. Deuxièmement, bien que les données de l'EDS soient représentatives à l'échelle provinciale, il n'est pas certain qu'elles puissent capturer les sous-groupes de zones de santé ciblées par les partenaires du programme. Troisièmement, les résultats au niveau

provincial mesuré par l'EDS seront le produit d'autres influences programmatiques, telles que les autres projets en lien avec la PF travaillant dans ces provinces, et de facteurs opérant à plus large échelle (par exemple, instabilité politique, catastrophes naturelles, changement dans l'économie, niveau d'éducation).

153. Cependant, il serait extrêmement utile à l'ensemble du programme que l'EDS ait lieu en 2019 (qui serait considéré comme données / niveau de base) et en 2024 (données / niveau de fin) pour pouvoir évaluer les progrès réalisés au cours de l'existence du programme.

Table 10. TPCM dans les provinces cibles

N°	PROVINCE	PREVALENCE CONTRACEPTIVE MODERNE (EDS 2013-2014).		PMA2020 (NOVEMBRE 2018)	
		<i>Pour toutes les femmes en âge de procréer</i>	<i>Pour les femmes mariées ou en Union</i>	<i>Pour toutes les femmes en âge de procréer</i>	<i>Pour les femmes mariées ou en Union</i>
1	Bas-Uele	4.2	6.0		
2	Haut-Katanga	5.6	4.9		
3	Ituri	3.6	3.7		
4	Kasaï-Oriental		4.4		
5	Kinshasa	19	15.2	26.5 ⁱ	27.4
6	Kongo Central	6.3	16.0	20.3 ⁱⁱ	20.9
7	Kwilu	9.1	10.2		
8	Lualaba	3.7	3.8		
9	Nord Kivu	11.6	10.4		
10	Tshopo	8.2	8.3		

154. Le PMA 2020 est actuellement l'instrument mis en place pour évaluer ce projet mondial et au niveau des pays. En RDC, le PMA2020 est réalisée seulement dans deux provinces (Kinshasa et Kongo Central). Et dans ces deux provinces, il sera possible de voir le progrès et d'estimer la contribution de ce projet.

155. Chaque organisation impliquée dans l'implémentation de PROMIS-FP collectera trimestriellement les quantités distribuées de chacune des méthodes par les différents prestataires (cliniques et communautaires) et par province et ils convertiront ces quantités de produits distribuées en APC en utilisant les facteurs standards de conversion tel que définis par l'USAID. Les partenaires ont tous accepté le principe de non double comptage de APC. Les APC sont parmi les indicateurs utilisés dans le SNIS en RDC et repris aussi dans le DHIS 2.

156. Ce projet compte sur les enquêtes nationales et régionales ainsi les recherches pour connaître les améliorations pouvant intervenir dans leurs zones de couverture (zone de santé, province et la RDC).

XI. BUDGET DU PROJET PROMIS-PF

Budget Résumé

No	Description	Budget TULANE	Budget DKT	Budget MSI	Budget UNOPS	UNFPA	Grand Total
1	Personnel	1 352 290	1 133 939	2 893 706	576 000		5 955 936
2	Fret, couts des approvisionnements, fourniture, produits et materiels de base	704 253	485 048	49 215	-	1 628 239	2 866 755
3	Equipements, Vehicules & Mobilier (Biens & Actifs)	67 500	352 800	543 276	6 500		970 076
4	Contractual Services	39 000	-	53 445	1 225 000		1 317 445
5	Voyages & perdiem	515 538	109 138	283 055	90 000		997 731
	Sous-Total lignes 1 à 5	2 678 581	2 080 925	3 822 697	1 897 500	1 628 239	12 107 942
6	Produits/Livrables et Activités						
6.1	<i>Produit 1. Augmentation de l'Offre de Services</i>	1 415 155	3 339 185	1 312 537	-	6 762 744	12 829 621
6.2	<i>Produit 2. Creation de la demande</i>	600 000	812 345	44 797	-		1 457 142
6.3	<i>Produit 3. Renforcement du systeme sanitaire national</i>	1 680 936	71 210	263 664	-		2 015 810
	<i>Provision</i>				177 615		177 615
	Sous-Total Produits	3 696 091	4 222 741	1 620 998	177 615	6 762 744	16 480 188
7	Dépenses Générales de Fonctionnement & Autres Couts Directs	405 564	389 571	839 850	439 700		2 074 685
	Proqramme/Projet sous-total	6 780 236	6 693 237	6 283 545	2 514 815	8 390 983	30 662 816
8	Couts Indirects/Frais General de Gestion	474 617	434 573	439 848	595 649	392 498	2 337 185
	Grand Total/Budget Programme	7 254 852	7 127 810	6 723 393	3 110 464	8 783 481	33 000 000

Le budget pour l'évaluation externe et pour la construction de CDR a été mis sur UNOPS sous la rubrique services contractuels.

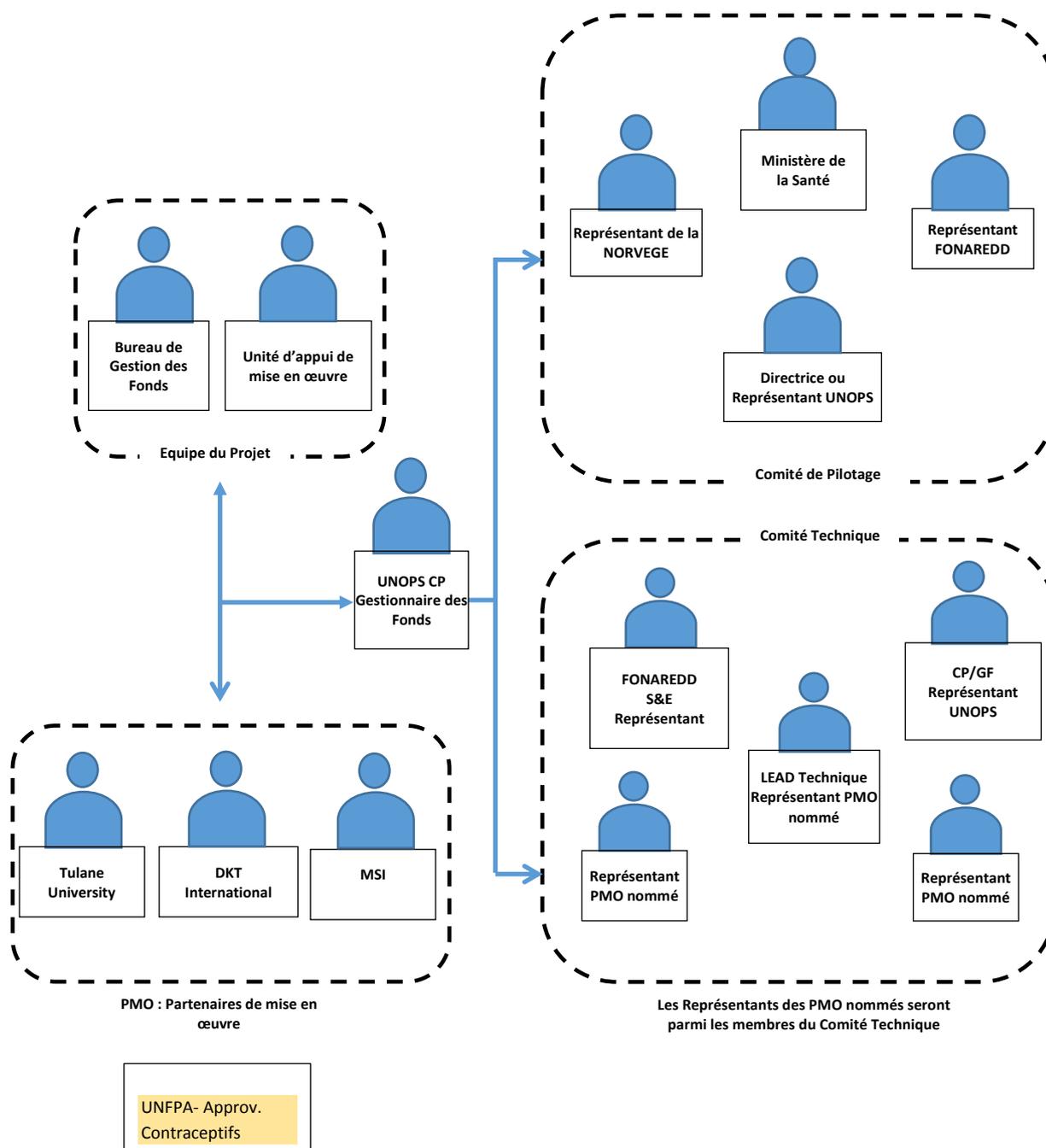
Table 11. Résumé des budgets de chaque partenaire dans le cadre du programme PROMIS-PF

Budget (en dollars américains)									
	Année 1	Année 2	Année 3	Total Phase 1	Année 4	Année 5	Année 6	Total Phase 2	Total phase 1+2
DKT	2 294 335	2 356 342	2 477 134	7 127 810	3 184 653	3 146 117	3 002 904	9 333 674	16 461 484
MSI	1 713 961	2 762 819	2 246 612	6 723 393	2 666 667	2 666 667	2 666 667	8 000 001	14 723 394
Tulane	2 214 022	2 241 615	2 799 215	7 254 852	4 193 988	4 216 931	4 227 217	12 638 136	19 892 988
UNFPA	8 783 481			8 783 481					8 783 481
TOTAL	15 005 799	7 360 776	7 522 961	29 889 536	10 045 308	10 029 715	9 896 788	29 971 811	59 861 347

XII. ARRANGEMENTS DE MISE EN ŒUVRE ET COLLABORATIONS ENVISAGEES

XII.1. STRUCTURE DE GOUVERNANCE DU PROJETE

157. Une équipe de gouvernance de projet engagée est essentielle pour fournir des conseils et appuyer la prise de décisions opportunes et la présence de cette équipe est reconnue comme étant un facteur de succès critique pour le programme PROMIS-PF. La structure de gouvernance doit promouvoir la flexibilité tout en assurant que les ressources du programme soient gérées de manière appropriée et réglementaire par rapports aux investissements des bailleurs et du gouvernement.
158. Quatre niveaux de gouvernance sont proposés :
- 1) Le Comité de Pilotage du projet qui assurera un large contrôle sur toutes les ressources du projet et les activités programmatiques des partenaires de mise en œuvre ainsi que sur les activités du Bureau de Gestion des Fonds de l'agence fiduciaire ;
 - 2) Le Comité Technique qui surveillera et prendra des décisions pour améliorer l'efficacité de la mise en œuvre du programme, y compris dans sa méthodologie, son suivi et son évaluation ; et proposera des recommandations sur des détails techniques et programmatiques au Comité de Pilotage ;
 - 3) L'équipe du Bureau de Gestion des Fonds de l'UNOPS menée par le Chef de Projet/Gestionnaire de Fonds ;
 - 4) Le niveau de la mise en œuvre du programme où les partenaires de mise en œuvre seront tenus responsables de l'utilisation des ressources du programme, ainsi que de la planification et l'exécution des activités.



XII.2. COMITE DE PILOTAGE

159. Le Comité de Pilotage est la plus haute autorité du projet, présidé par le Ministre de la Santé ou son représentant. Il ne sera généralement pas impliqué dans les activités quotidiennes du projet, mais assurera que les décisions soient prises de manière à améliorer la capacité du projet à fonctionner avec des perturbations minimales. Bien que la fréquence de réunions durant la période de démarrage puisse être supérieure, le Comité de Pilotage se réunira généralement deux fois par an (semestriellement). Une fois à la fin ou au début de l'année principalement pour approuver les plans de travail et les budgets ; puis en milieu d'année

pour approuver les éventuels ajustements ou redistribution de ressources incluant le financement des subventions.

160. Le Comité de Pilotage comprendra le Ministre de la Santé ou son représentant, un représentant de la Norvège (bâilleur), un représentant de la Direction/Secrétariat du FONAREDD, la Directrice de l'UNOPS ou son représentant de la haute direction qui comprend le projet, mais n'est pas directement impliqué dans sa gestion et mise en œuvre. Le représentant du FONAREDD et le Chef de Projet/Gestionnaire de Fonds de l'UNOPS fourniront le lien entre le Comité de Pilotage, le Bureau de Gestion des Fonds, les partenaires de mise en œuvre et le Comité Technique. Ils fourniront des mises à jour et présenteront les enjeux ou questions pour la considération et/ou approbation du Comité de Pilotage.
161. Plus spécifiquement, le Comité de Pilotage sera en charge des responsabilités associées à la décision des questions stratégiques et directionnelles, qui ont besoin de l'apport et de l'accord des parties prenantes seniors pour assurer que le progrès du programme ne se soit pas indument contraint. Le Comité de Pilotage aura également à charge de prendre des décisions stratégiques associées à la résolution ou l'atténuation des risques qui peuvent d'une manière critique avoir un impact sur le succès de projet et programme.

XII.3. COMITE TECHNIQUE

162. Le Comité technique aura pour mission d'assurer un suivi rapproché des interventions, de faciliter le partage d'information et les échanges entre les partenaires de mise en œuvre (tels que les leçons apprises) et de fournir des orientations et conseils stratégiques et techniques. Il aura à s'assurer de la conformité des activités programmatiques avec la stratégie de développement durable (Stratégie Nationale REDD+ concernant PF), les objectives et résultats fixés de PROMIS-PF et la théorie du changement. Le Lead Technique du CT sera responsable de la coordination générale et technique des activités des PMO.
163. Le Comité technique aura notamment les mandats suivants :
- 1) Assurer le secrétariat du Comité de pilotage avec le Chef de Projet/Gestionnaire de Fonds assumant sa présidence et le Lead Technique des PMO comme co-président ;
 - 2) Faciliter les échanges et discussion entre les partenaires de mise en œuvre
 - 3) Valider les tableaux de bord trimestriels et recueillir les recommandations afférentes ;
 - 4) Collaborer aux supervisions et revues du programme PROMIS-PF;
 - 5) Évaluer les résultats périodiques atteints sur les recommandations précédentes présentées par le Lead technique des PMO, du Comité de pilotage, du FONAREDD et de la Norvège, en fonction du cadre des résultats et des indicateurs ;
 - 6) Diffuser les conclusions des séances de travail au sein de leurs structures respectives.
164. Le Comité Technique (CT) rendra compte à la direction du Secrétariat de FONAREDD et au Comité de pilotage du projet.

Il sera composé comme suit :

- Le Chef de projet/Gestionnaire de Fonds de l'UNOPS- Agent Fiduciaire, Président ;
- Le Lead Technique des PMO (Tulane University), Co-président ;
- Un Représentant de FONAREDD, département de Conseil et / ou de Suivi et Evaluation
- Un Représentant du PMO DKT, préférablement chef de programme
- Un Représentant du PMO MSI, préférablement chef de programme
- Un Représentant de UNFPA, préférablement responsable des approvisionnements en contraceptifs

165. Les représentants techniques des bailleurs pourront **éventuellement** être présents aux réunions du Comité de pilotage à titre d'observateur. Le représentant de l'UNOPS (CP/GF) assurera le rôle de secrétariat du Comité de Pilotage tandis que le Lead Technique des PMO assurera le rôle de secrétariat du Comité Technique. Au démarrage, les réunions ordinaires du CT se tiendront tous les mois. Par la suite, le CT tiendra des réunions ordinaires trimestrielles. Les réunions du Comité technique seront valables si plus que la moitié des membres sont présents. Le CT pourra avoir recours à une expertise extérieure si les besoins le justifient. Le secrétariat, l'organisation des réunions, la production de documents, les moyens de communication, l'archivage, etc. seront assurés par le Lead Technique des PMO. Les procès-verbaux sanctionnant les réunions du Comité technique seront communiqués au Comité de pilotage et à l'ensemble des membres. Les convocations aux sessions ordinaires seront lancées au moins dix jours ouvrables avant la tenue de ladite session. Le CT pourra se réunir en session extraordinaire sur convocation de son Président qui en fixera l'ordre du jour (communiqué aux membres, 5 jours avant la date retenue). L'ordre du jour et le programme de travail de chaque réunion du Comité de pilotage sont élaborés par le Comité technique du Projet avec la collaboration du Gestionnaire de Fonds soumis au Président du Comité de pilotage pour validation et transmis aux membres deux (2) semaines avant la tenue de la réunion. Les comptes rendus des réunions doivent être disponibles deux (2) semaines au plus tard après les travaux du Comité de pilotage.

166. Les décisions, propositions et recommandations du Comité de Pilotage sont exécutoires. Le Comité technique et le Bureau de Gestion des Fonds veilleront à l'exécution des résolutions et recommandations du Comité de pilotage.

XII.4. BUREAU DE GESTION DES FONDS : L'ÉQUIPE DU PROJET UNOPS & CP/GF

167. Le Bureau de Gestion des Fonds de l'UNOPS mené par le Chef de Projet/Gestionnaire de Fonds a la responsabilité globale de protéger l'investissement des donateurs dans le projet et le programme. A titre d'agent fiduciaire du financement, l'UNOPS aura la responsabilité de la gestion du financement total du projet. Le financement programmatique sera réparti entre UNFPA et les trois partenaires de mise en œuvre (PMO): DKT, MSI et Tulane, qui ont été présélectionnés par la Norvège en raison de leurs compétences techniques, réputations de performance, et sur la base de leurs notes conceptuelles qui ont été soumises préalablement à l'élaboration du présent document de projet. Étant donné que ces PMO ont été présélectionnés et que, à la demande de la Norvège, le rôle de l'agent fiduciaire est limité en

termes de contrôle et supervision des activités programmatique des PMO, il est supposé que le gouvernement de Norvège ait également conduit des vérifications préalables (due diligence) et des contrôles ponctuels de leurs performances.

168. Puisque la présélection est hors du contrôle de l'UNOPS, FONAREDD reconnaît que l'UNOPS ne sera pas responsable, ou ne portera aucune espèce de responsabilité, pour la performance des entités présélectionnées. Néanmoins, les activités de gestion des fonds et de déboursments des financements de subvention seront effectuées conformément aux accords d'Appui aux Subventions spécifiques conclus entre UNOPS et les partenaires de mise en œuvre, conformément aux règlements et procédures de l'UNOPS. De même, une lettre d'accord devrait être signée et envoyée à UNOPS en temps opportun par le donateur demandant la présélection des partenaires de mise en œuvre, en reconnaissant les contraintes et les limitations de contrôle et surveillance sur leurs prestations et performance.
169. Dans sa mission, l'Agence fiduciaire à travers le Bureau de Gestion des Fonds aura les mandats suivants :
- La protection de l'investissement des bailleurs dans le programme ;
 - La gestion et la coordination du processus contractuel avec les partenaires de mise en œuvre et FONAREDD ;
 - L'évaluation préliminaire des capacités opérationnelles des partenaires de mise en œuvre ;
 - La mise en place des systèmes/outils pour la gestion du financement et gestion financière ;
 - Le suivi de conformité.
170. Les Procédures Opérationnelles Normalisées assureront la transparence, la responsabilisation et l'efficacité de la gestion et du décaissement des fonds appuyant les activités des partenaires de mise en œuvre liées à ce financement.
171. Dans cette équipe de gestion du projet, UNFPA va jouer le rôle de conseiller en matière d'approvisionnement et distribution des contraceptifs. Il va assurer que la qualité du produit soit maintenant dans cette chaîne d'approvisionnement en contraceptifs jusqu'au niveau de CDR et pourra faire le suivi jusqu'au site d'utilisation (dernier km).

XII.5. PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE

172. Tulane University, DKT International et MSI seront responsables à travers leurs entités et management de la mise en œuvre générale du programme PROMIS-PF. A cet effet, ces partenaires de mise en œuvre seront les principaux prestataires de service. Les PMO pourront s'appuyer, selon les activités à mettre en œuvre, sur des prestataires de service, en particulier des ONG et des entreprises locales.
173. L'exécution du programme et la performance réussie requièrent une planification robuste ainsi qu'un contrôle et une gestion financière étroite, une bonne gestion des ressources humaines, une logistique efficace, et des activités de suivi et évaluations. Des plans de travail détaillés seront créés qui décriront l'approche globale et le calendrier (chronogramme). Les PMO rapporteront à UNOPS ainsi qu'au Secrétariat du FONAREDD.

174. Le partage des activités et des responsabilités entre les partenaires de mise en œuvre sont décrites dans la section 12.2 ci-dessous, ainsi que les responsabilités vis-à-vis du Lead Technique et de l'UNOPS, les modalités d'intégration du programme aux activités des PIREDD, et les activités en lien avec la collaboration et le renforcement des acteurs nationaux et locaux.
175. L'UNFPA comme quatrième partenaire de mise en œuvre va s'occuper des aspects liés à l'approvisionnement en contraceptifs (achats, transport jusque dans les CDR).

XII.6. PARTAGE DES ACTIVITES ET DES RESPONSABILITES ENTRE LES PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE

176. Les représentants du gouvernement norvégien ont présélectionné trois organisations partenaires (DKT, MSI et Tulane) pour la mise en œuvre de ce programme, mais ont demandé que l'une d'elles occupe une position de "Leader Technique". Cette relation est différente de celle définissant typiquement le « partenaire principal / sous-contractant » dans la mesure où chaque organisation recevra un financement direct de l'UNOPS, et non pas le biais de l'organisation leader. De plus, le leader technique n'est pas responsable de la supervision des activités programmatiques des deux autres organisations.
177. Avec l'accord mutuel des trois organisations et l'approbation du Comité Technique du FONAREDD et de l'équipe du gouvernement norvégien sur ce projet, Tulane fera office de Leader Technique.

XII.6.1. LEADER TECHNIQUE (TULANE)

178. Les responsabilités spécifiques de Tulane en tant que leader technique incluent :
- 1) Collecter les informations fournies par les différents partenaires pour les inclure dans la proposition ;
 - 2) Obtenir un consensus sur les éléments contenus dans la Première Partie de cette proposition qui concernent les trois organisations partenaires, y compris la Théorie du Changement (TdC) et le cadre des résultats / indicateurs ;
 - 3) Mener le travail devant être complété pour l'atteinte des Jalons de la Lol (B) consultation entre les partenaires sur les liens entre la planification familiale et l'environnement / les progrès du développement durable, et (C) plan stratégique pour la création de la demande en planification familiale et l'éducation des filles ;
 - 4) Réunir les partenaires chaque trimestre pour évaluer les progrès accomplis, discuter des problèmes communs, et identifier les solutions potentielles ;
 - 5) Compiler les données relatives aux indicateurs et les autres informations auprès de chaque organisation et préparer / soumettre un rapport de progrès annuel ainsi qu'un rapport final pour les projets ;
 - 6) Faire office de point focal pour la communication entre les bailleurs (représentant de la Norvège, FONAREDD, UNOPS) et les deux autres partenaires sur les questions qui affectent l'ensemble des organisations partenaires ;
 - 7) Mettre en place un mécanisme de partage d'informations, avec tous les contributeurs, sur la situation de contraceptifs du projet, les apports externes (UNFPA et autres bailleurs) ;
 - 8) Autres responsabilités à définir après l'octroi du financement.

179. Les deux organisations partenaires auront également des responsabilités vis-à-vis de Tulane en tant que Leader Technique, décrits dans le cadre ci-dessous.

RESPONSABILITÉS CLÉS DE DKT et MSI AUPRÈS DU LEADER TECHNIQUE (Tulane)

1. *Rapportage mensuel des activités de Formation en PF* dans les FOSA et les pharmacies partenaires, et auprès des Distributeurs à Base Communautaire. Ces rapports incluront pour chaque mois :
 1. La liste des cliniques publiques et privées appuyées par le PMO par province et par zone de santé ;
 2. Le nombre total de cliniques formées par province et par ZS ;
 3. Le nombre total de pharmacies formées par province et par ZS ;
 4. Le nombre total de DBC formés par province et par ZS.

2. *Rapportage mensuel des APC totales* fournies chaque mois (mois écoulé et total pour l'année en cours) et pourcentage d'accomplissement de la cible totale annuelle). Ce rapport inclura (sur demande) les données concernant :
 1. APC totales par prestataire (FOSA, pharmacies, DBC) ;
 2. APC totales pour les provinces (et mais pas au niveau des ZS) couvertes par les PMO ;
 3. APC totales par type de contraceptif.

3. *Rapportage mensuel des activités de Marketing Social*, y compris les jours de Promotion Spéciale, les Road shows, les activités des Relais Communautaires et des Jeunes ambassadeurs (DKT), et les activités des équipes mobiles (MSI). Un rapportage additionnel sur les activités de création de la demande en lien avec les médias de masse et les médias sociaux peut être envisagé.

XII.6.2. RESPONSABILITE VIS-A-VIS DE UNOPS

RESPONSABILITÉS CLÉS DE MSI, DKT et Tulane auprès de UNOPS

1. Rapports budgétaires et financiers trimestriels sur tous les coûts liés au programme pour chaque partenaire, y compris :
 1. Personnel ;
 2. Coûts liés aux ventes ;
 3. Dépenses de marketing ;
 4. Coûts de transport et de livraison ;
 5. Coûts d'approvisionnement et d'entreposage ;
 6. Frais administratifs généraux.

2. Rapportage par les partenaires de mise en œuvre a UNOPS en général :
 1. L'UNOPS fournira aux partenaires de mise en œuvre des formulaires de rapportage pour les rapports narratifs et financiers (y compris le canevas budgétaire) afin d'améliorer la consolidation des résultats et du rapportage. Le calendrier du rapportage sera défini dans la convention de subvention signée avec les partenaires de mise en œuvre ;
 2. Un rapport consolidé sera soumis par le Leader Technique (Tulane) pour vérification et approbation par le Gestionnaire des Fonds (GF). Tous les rapports devront être soumis en Français à moins qu'un autre accord n'ait été obtenu du GF. Tous les rapports électroniques devront être fournis en format PDF et Word / Excel pour faciliter leur vérification.

XII.7. PRINCIPE DE COLLABORATION ET DE NON-CONCURRENCE ENTRE LES PARTENAIRES

180. Selon la stratégie proposée par le consortium, Tulane, DKT et MSI développeront des approches complémentaires mais qui mettront en œuvre des modèles opérationnels de prestation de service de même nature ayant pour but d'atteindre des segments de la population congolaise similaires (par exemple, les adolescents (es)). Aussi, dans le but de proposer les meilleurs services à nos clients (es), il a semblé important pour les partenaires d'établir des principes de collaboration en bonne intelligence afin de ne pas créer de concurrence inutile ni de duplication de programmes mais au contraire de maximiser l'impact du programme en couvrant un maximum de zones de santé, tout en allouant les ressources efficacement.

181. Ces principes sont les suivants :

- Une cartographie sera établie pour chaque province de déploiement de services et ce, en particulier, dans les provinces où plus d'un partenaire sera actif. Cette cartographie sera portée à l'agenda et discutée dans le cadre des réunions trimestrielles de suivi du programme pour s'assurer que les ressources sont optimisées dans l'intérêt des clients (es) ;

- Chaque organisation s'interdit de contacter de son chef un prestataire faisant déjà partie du réseau d'une autre organisation partenaire (prestataire pouvant être défini ici comme : infirmiers (ères), sage-femme, centre de santé ou hôpital privé ou publique) ;
- Chaque mois, une liste des structures appuyées sera partagée par les trois organisations incluant les investissements, les formations et les approvisionnements apportés. Ces listes seront partagées au niveau des bureaux régionaux (pour les provinces où ceux-ci existent) de chaque organisation ;
- Si, dans le travail avec les autorités sanitaires ou le déploiement, l'une des organisations partenaires est contactée par un canal qui travaille avec une des autres organisations partenaires de ce projet, cette question devra être abordée dans le meilleur délais et une concertation bilatérale sera menée dans l'intérêt supérieur des clients. Si aucun accord bilatéral n'est convenu, le troisième partenaire pourra assurer le rôle de médiateur pour faciliter un accord à l'amiable. En dernier ressort, le Comité Technique Multifonctionnel Permanent de chaque province pourra trancher.

182. Chaque organisation sera responsable de tous les aspects de la gestion et la mise en œuvre du projet, du recrutement du personnel, de la collecte et du rapportage des statistiques de services, et de la comptabilité financière, entre autres, pour son projet au sein du programme PROMIS-PF.

183. Avant le début du programme, les trois partenaires développeront puis signeront un accord de partenariat (Mémoire d'entente) décrivant les rôles et responsabilités de chaque partenaire et clarifiant les attentes vis-à-vis de chacun avant le début du programme.

Une première version (non finalisée au 15 juillet 2018) de ce document est jointe en annexe de ce document.

XII.8. INTEGRATION DU PROGRAMME PROMIS PF AUX ACTIVITES DES PIREDD

184. Le programme PROMIS-PF appuiera la réalisation de la composante PF des PIREDD qui prévoit de décliner la stratégie PF nationale au niveau des provinces afin de contribuer à la réduction de la croissance démographique, d'améliorer le statut économique des ménages et de limiter ainsi la pression sur les ressources environnementales de chaque province.

185. Les organisations partenaires de PROMIS-PF, en particulier Tulane dans son lead technique, vont travailler en consultation avec FONAREDD et les représentants des PIREDD pour définir la meilleure approche en fonction des compétences et expériences de chacun, afin de développer « une vision claire et partagée des interventions PF dans chaque province cible ».

186. En accord avec les jalons définis dans la LOI 2018, les organisations partenaires vont apporter un appui technique aux PIREDD pour le développement de la stratégie PF propre à chaque Province, et ce en fonction :

- 1) Des partenaires de mise en œuvre des PIREDD dans chaque province (PNUD, FAO/WWF, JICA) ;
- 2) Du statut opérationnel de chaque PIREDD ;

3) Du niveau de financement disponible pour la PF propre à chaque PIREDD.

187. Dès le lancement du programme, un premier travail de l'état des lieux sera mené avec les partenaires de mise en œuvre des PIREDD afin :

- D'identifier les ressources sanitaires et les besoins en matière d'offres de services et de communication / création de la demande pour la PF dans la province ;
- De coordonner si possible les activités de la composante PF avec les autres interventions mises en œuvre dans le cadre des PIREDD (ex: plans de développement, consultations etc...) ;
- De définir les objectifs spécifiques à la province de la composante PF des PIREDD ;
- D'établir un plan de travail collaboratif de mise en œuvre des PIREDD incluant leur composante PF.

188. Ce travail de l'état de lieu se fera par le biais de consultations techniques incluant les partenaires de mise en œuvre des PIREDD, les partenaires de PROMIS-PF impliqué(s), ainsi que les autorités sanitaires (DPS, direction provinciale du PNSR / PNSA) de chaque province.

189. Les détails de cette assistance technique seront développés en collaboration avec FONAREDD, le PNUD, la JICA et le FAO/WWF avant la soumission de la présente proposition au Comité de Pilotage.

Table : PIREDD, le budget de PF prévu auprès de PIREDD et les organisations de mise en œuvre de Promis-PF

PROVINCE /PIREDD	LEAD FONAREDD	BUDGET PF FONAREDD	INTERVENTIONS /ACTIVITÉS	PARTENAIRES DE PROMIS-PF
Mongala	ENABEL	30,000	Sensibilisation, fourniture de contraceptifs , à convenir avec le programme PF	
Sud-Ubangi	BANQUE MONDIALE	192,000	Sensibilisation, fourniture de contraceptifs, à convenir avec le programme PF	
Province Orientale	PNUD	1,087,500	Sensibilisation, fourniture de contraceptifs dans 13 zones de santé bénéficiaires : -Tshopo : 5 (<i>Isangi, Yabaondo, Yakusu, Ubundu et Bafwasende</i>) ; -Bas-Uélé 3 (<i>Buta, Aketi et Dingila</i>) et -Ituri 5 (<i>Mambasa, Mandima, Lolwa et Nyakunde</i>).	MSI DKT Tulane
Mai-Ndombe	BANQUE MONDIALE	300,000	Initiation au planning familial + acquisition d'intrants (contraceptifs), Bénéficiaires à définir	
Equateur	FAO	215,236	Animation, sensibilisation, formation + acquisition d'intrants (contraceptifs)	
Kwilu	JICA	0	RAS	MSI
Total			34,824,736	

XII.9. COLLABORATION ET RENFORCEMENT DES ACTEURS NATIONAUX ET LOCAUX

190. Il est essentiel que ce programme soit adopté et appuyé par les partenaires clés de la planification familiale en RDC. Ces derniers incluent le Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) et le Programme National de Santé des Adolescents (PNSA), la Direction en Charge des Enseignement de sante (D6) et le Comité Technique Multisectoriel Permanent (CTMP) au niveau national.
191. Tulane en tant que Leader Technique aura la responsabilité d'établir des contacts et d'organiser les réunions nécessaires pour que les partenaires locaux comprennent et appuient le nouveau programme.
192. De manière similaire, Tulane travaille déjà en étroite collaboration avec le PNSR, le PNSA et la D6.

NIVEAU CENTRAL	RESPONSABILITÉS PRINCIPALES
Cabinet Ministre de la Santé	<ul style="list-style-type: none"> • Sélection de la province pour la construction d'un CDR • Détermination le test pilote pour distribution des produits jusqu'au dernier Km • Elaboration stratégie de communication et des matériels audio visuels • Participer à l'évaluation mi-parcours
Secrétariat Général à la santé	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi de mise en œuvre • Participation aux évaluations
D10	<ul style="list-style-type: none"> • Participation aux initiatives innovatrices • Elaboration des normes et protocoles • Participation aux études pilotes
D5	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration des données de pharmacies dans le DHIS • Analyse de données des PF • Participation aux réunions annuelles sur le projet • Elaboration cartographie des points de prestation de service de PF (FOSA et Ecoles médicales secondaires)
PNSR	<ul style="list-style-type: none"> • Formation des formateurs provinciaux; • Co-Elaboration de stratégie de communication/sensibilisation • Supervision semestrielle • Participation au processus d'évaluation mi-parcours • Plaidoyer pour la mobilisation de ressources additionnelles (au niveau national et international)
PNSA	<ul style="list-style-type: none"> • Formation des formateurs provinciaux • Co-Elaboration de stratégie de communication/sensibilisation pour les jeunes et Adolescents pour promouvoir l'éducation à la planification familiale. • Supervision semestrielle • Participation au processus d'évaluation mi-parcours
D6	<ul style="list-style-type: none"> • Coordination des écoles • Mobilisation de ressources domestiques de ANAPECO
DPM, PNAM, FEDECAM	<ul style="list-style-type: none"> • Approvisionnement en contraceptifs (CDR) • Distribution au dernier Km (si nécessaire)

NIVEAU PROVINCIAL	RESPONSABILITÉS PRINCIPALES
Division Provinciale de Santé	<ul style="list-style-type: none"> • Sélection des formateurs provinciaux • Détermination des fosas et aires de sante d'intervention • Sélection des pharmacies • Formation des prestataires • Supervision trimestrielle
PNSR	<ul style="list-style-type: none"> • Formation des prestataires cliniques et communautaires • Supervision trimestrielle • Elaboration de strategies provinciale de communication
Zone de Santé (ECZS)	<ul style="list-style-type: none"> • Formation des prestataires cliniques et communautaires • Supervision mensuelle des FOZA • Elaboration de strategies provinciales de communication
FOZA	<ul style="list-style-type: none"> • Sélection de prestataires cliniques et communautaires à former

XIII. MATRICE DES RISQUES ET STRATEGIES D'ATTENUATION

193. Le tableau ci-après donne une brève description des risques et des mesures d'atténuation. Les directives standard de l'UNOPS sur les procédures de gestion des risques seront utilisées et, par conséquent, un registre des risques sera maintenu pendant la durée du programme. L'évaluation de ces certains risques est décrite en détail ci-dessous.

Table 12. Matrice des risques

<i>N°</i>	<i>RISQUE</i>	<i>PROBABILITE</i>	<i>IMPACT PROBABLE</i>	<i>ÉVALUATION & ATTENUATION</i>
1	L'insécurité causée par les tensions ethniques /religieuses, les groupes armés et l'insécurité générale dans certaines zones en crise du pays	Moyen à Élevé	Élevé	Les activités du programme seront retardées s'il n'y a pas de stabilité relative dans les zones ciblées. L'équipe du programme coordonnera étroitement ces activités sur le terrain avec les autorités locales et les forces de la paix de l'ONU et recherchera le niveau de soutien requis. Avec les ressources limitées pour la sécurité, l'évolution d'une telle situation doit être gérée avec attention.
2	Instabilité politique/ Changement politiques	Élevé	Moyen	Le changement de certains représentants politiques dans le contexte actuel et de la gouvernance du pays pourrait avoir un effet négatif sur le programme incluant le retard des signatures requises, le ralentissement sur le progrès du programme (y compris en créant des difficultés dans l'obtention des intrants et matériels nécessaires). L'équipe du programme sera informée au jour le jour sur les événements courants, prendra les mesures appropriées pour atténuer tous les risques politiques connexes et communiquera efficacement aux partenaires et bénéficiaires du projet qu'il s'agit d'un projet apolitique.
3	Des organisations ou des leaders religieux et culturels sont réticents à s'engager vis-à-vis de la PF	Faible	Faible	Bien que les confessions religieuses tendent à promouvoir davantage les méthodes traditionnelles dans le cadre du contrôle des naissances, la Table Ronde qui s'est tenue en août 2017 à Kinshasa a produit un consensus des leaders religieux (catholiques, protestants, évangélistes, musulmans) pour ne pas s'opposer aux activités d'offre et de création de la demande pour les méthodes PF modernes dans leur congrégation. Développement de stratégie et Plan de communication à préparer en préconisant des changements de vue positifs sur le sujet PF.

<i>N°</i>	<i>RISQUE</i>	<i>PROBABILITE</i>	<i>IMPACT PROBABLE</i>	<i>ÉVALUATION & ATTENUATION</i>
4	Santé et sécurité sur le terrain : possibilité Epidémie Ebola ou autres épidémies	Moyen à Élevé	Moyen	<p>Risque de propagation de l'épidémie pour les travailleurs en province du programme. Les équipes sur terrain seront bien informées sur la manière de se comporter et de se prémunir contre la contamination. Le management les tiendra bien informés et prendra toutes précautions nécessaires.</p> <p>Les ONGs impliquées dans PROMIS-PF ont déjà formulé des plans de contingence, disponibles sur simple demande.</p>
5	Risques liés aux achats des intrants : Quantités de produits contraceptifs insuffisantes pour satisfaire les besoins/Quantités limitées sur le marché international.	Moyen	Elevé	<p>Risques que les activités du programme soient retardées à cause de délais en approvisionnement des produits essentiels pour le succès du programme.</p> <p>L'obtention des fonds liés à ce projet permettra d'amorcer rapidement les achats de produits contraceptifs.</p> <p>Les partenaires coopéreront de manière étroite avec l'UNFPA pour assurer que les quantités de produits et matériels soient obtenus en moment opportun.</p> <p>Dans le cas où UNFPA ne parviendrait pas à délivrer en temps utile les volumes de contraceptifs nécessaires, les partenaires pourront mettre à profit leurs expériences dans la mobilisation d'autres sources de contraceptives pour réduire temporairement les gaps éventuels.</p> <p>L'ensemble des partenaires continuent de suivre attentivement la situation de la chaîne de production de MSD (pour Implanon NXT) et les opportunités offertes par le développement de nouvelles technologies contraceptives (e.g. Sino-Plant)</p>
6	Changement de la position du gouvernement de la RDC vis-à-vis la planification familiale	Faible	Faible	<p>L'appui existant aujourd'hui pour la PF provient de multiple branches et niveaux du gouvernement (y compris le premier ministre et ministre de la Santé et autres).</p> <p>Les CTMPs relevant d'un décret du premier ministre, il est également difficile d'envisager que leur existence puisse être remise en cause.</p>

<i>N°</i>	<i>RISQUE</i>	<i>PROBABILITE</i>	<i>IMPACT PROBABLE</i>	<i>ÉVALUATION & ATTENUATION</i>
7	<p>Changement dans la politique du gouvernement vis-à-vis des prestataires privés et politique d'assainissement des pharmacies informelles.</p> <p>Si cette menace était actualisée, il y aurait un risque pour les partenaires de PROMIS-PF travaillant dans l'offre de services au niveau des pharmacies (DKT en particulier) de</p> <p>1) perdre une partie de leur plateforme programmatique,</p> <p>2) perdre les produits contraceptifs déjà fournis à ces structures</p>	Faible	Faible	<p>DKT va travailler avec les zones de santé dans l'identification de pharmacies à impliquer dans ce projet suivant des critères préétablis de DKT ayant fait des preuves.</p> <p>DKT associera la direction de pharmacies et de celle des médicaments dans la sélection des pharmacies à intégrer dans son réseau de marketing social pour ce projet.</p>
8	<p>Activités non alignées soutenues par d'autres acteurs de développement et doublons d'efforts dans les provinces cibles</p>	Moyen	Moyen	<p>La multiplicité des partenaires appuyant la PF, soit de manière directe, soit par le biais de projets intégrés crée un risque de duplication des efforts et de non-cohérence des stratégies employées (par exemple offre de méthodes gratuites <i>vs.</i> Social marketing)</p> <p>Les analyses des besoins et couvertures seront faites préalablement pour éviter toute redondance d'activités dans les provinces cibles. Le Ministère de la santé et le PNSR auront un rôle d'orientation dans les stratégies de mise en œuvre des interventions PF pour assurer la cohérence programmatique des activités des différents partenaires.</p> <p>Les partenaires ont prévu de développer des principes et des outils de communication à jour sur l'état de leurs activités, afin d'éviter les redondances (modèle « Qui-Fait-Quoi-Où ? »)</p>

<i>N°</i>	<i>RISQUE</i>	<i>PROBABILITE</i>	<i>IMPACT PROBABLE</i>	<i>ÉVALUATION & ATTENUATION</i>
9	Le manque de capacité des partenaires de mise en œuvre pour livrer dans les délais les services et les activités concernant l'augmentation de l'offre et la demande	Faible	Élevé	Les partenaires de mise en œuvre ont été choisis pour leur réputation et leurs performances dans la programmation de PF. Le fait que les partenaires de mise en œuvre soient bien établis en RDC réduit ce risque. Leurs plans de travaux seront élaborés, contrôlés et évalués durant tout le cycle de vie du programme.
10	Capacité des acteurs locaux et provinciaux à fournir des biens et des services à temps/respect du plan de travail	Moyen	Moyen	Les trois partenaires de mise en œuvre de PROMIS-PF fourniront les formations nécessaires et travailleront en étroite collaboration avec les acteurs locaux sur leurs plans de travail à mettre en place afin que les biens / services soient fournis en temps opportun.
11	Nombre d'acteurs provinciaux adaptés à ce projet ne sont pas suffisantes	Faible	Moyen	Ce type de programme nécessite des entrepreneurs et acteurs ayant de bonnes capacités. Afin d'assurer un nombre suffisant d'entrepreneurs et agents adéquats, un processus de présélection des agents sera effectué conformément aux procédures des partenaires ONG d'exécution.
12	Conditions météorologiques à travers les provinces cibles	Moyen	Moyen	La variété des climats auxquels sont soumis les provinces cibles pose un risque pour le bon déroulement des activités, particulièrement lors des saisons pluvieuses durant lesquelles les coupures de routes et inondation peuvent créer des délais dans l'acheminement des produits contraceptifs et / ou le déploiement de certaines activités d'offre de services. Respecter régulièrement les prévisions météorologiques (saison des pluies) et l'ajustement des plans de travail (logistique) et des activités minimiseront les possibilités de conditions climatiques influencent la mise en œuvre réussie du programme.
13	Le risque financier lié à d'éventuels travaux supplémentaires	Faible	Moyen	Étant donné que certaines activités telles que l'encadrement des PIREDD seront effectuées, il existe un risque financier liés aux travaux supplémentaires. Afin de minimiser ce risque, le

<i>N°</i>	<i>RISQUE</i>	<i>PROBABILITE</i>	<i>IMPACT PROBABLE</i>	<i>ÉVALUATION & ATTENUATION</i>
				Programme à travers DKT, MSI et Tulane assurera une évaluation adéquate de toutes les activités d'encadrement des PIREDD nécessaires avant le démarrage dans chacune des provinces cibles et évaluera leur pertinence.
14	Le risque financier lie à la corruption – fonds mal utilisés par les partenaires de mise en œuvre	Moyen	Élevé	<p>Les programmes d'appui au développement en RDC ne sont pas épargnés par les problèmes de corruption et de détournements de fonds qui affectent sporadiquement les fonds publics et privés investis dans le pays.</p> <p>L'UNOPS dans son rôle fiduciaire sera en contact permanent avec les ONG partenaires de mise en œuvre, mettant en place un système de suivi et évaluation financier (et des spotchecks sur terrain). Avant même le démarrage un processus d'évaluation et de due diligence des ONG sera implémenté et les audits annuels seront faits.</p>
15	Risque lié aux taux de change	Moyen	Moyen	<p>Le taux de change du Franc Congolais a varié de manière extrême au cours des 18 mois qui ont précédé le début du projet et l'inflation est galopante, posant un risque d'augmentation des dépenses locales pour les activités du programme.</p> <p>Une contingence en USD a été rajoutée au montant budgétisé pour atténuer ce risque et les intérêts générés par le projet pendant la période de 41 mois pourront être utilisés pour combler les pertes potentielles dues à une dévaluation du taux de change.</p>
16	Risque environnemental et social lié à la gestion des déchets par exemple et au manque de consentement des bénéficiaires durant les offres de service	Moyen	Faible	Les méthodes PF fournies (particulièrement si leurs volumes atteignent les objectifs prévus par le projet) génèrent des déchets solides (condoms usagés, dispositif d'injection DMPA-SC, trocars d'insertion des implants) qui sont sources de pollution au niveau local.

<i>N°</i>	<i>RISQUE</i>	<i>PROBABILITE</i>	<i>IMPACT PROBABLE</i>	<i>ÉVALUATION & ATTENUATION</i>
				Un plan d'action sera convenu conjointement entre les partenaires de mise en œuvre pour mettre en place les meilleures pratiques de gestion des déchets solides produits par l'offre des méthodes PF.

Note concernant le volume estimé des APC

De nombreux facteurs influencent le niveau des Années de Protection Couple (APC) qu'un projet donné peut générer, et il n'est pas toujours possible de prédire avec exactitude le volume qui pourra être atteint, particulièrement dans de nouvelles géographies. Il est important que les trois ONG partenaires clarifient ce point vis-à-vis du bailleur de fonds pour éviter toute interprétation erronée une fois le projet mis en œuvre.

Les facteurs qui influencent le volume d'APC pouvant être générées par un projet portent à la fois sur l'OFFRE et la DEMANDE. La « demande » se réfère à la demande latente de planification familiale (PF) chez une population donnée de femmes désirant espacer ou limiter leurs naissances mais n'ayant pas les moyens de le faire. Cela comprend également la demande générée par le projet parmi les femmes et les hommes ayant répondu de manière favorable aux activités de communication dont les objectifs sont (1) d'accroître leur connaissance sur les bénéfices de la PF aux niveaux individuel, familial et communautaire, (2) d'améliorer leur accès aux méthodes de contraception et au choix de celle qui leur convient le mieux, (3) d'accroître leurs connaissances des prestataires auprès de qui les obtenir, (4) de les rassurer concernant les effets secondaires possibles, et (4) de leur donner des informations sur le coût/prix des méthodes. Un projet tel que PROMIS-PF vise à toucher ces deux groupes afin d'apporter un choix aux femmes et aux couples ayant une demande latente de PF, et d'augmenter l'intérêt d'utiliser la contraception chez les utilisatrices et utilisateurs potentiels. Les trois ONG s'efforceront de créer et soutenir la demande contraceptive dans le cadre de leurs stratégies respectives, tout en répondant aux barrières socioculturelles bien connues dans les communautés (ex : la préférence pour les familles nombreuses, la peur des effets secondaires liés aux méthodes modernes de contraceptions en raison des rumeurs non-fondées selon lesquelles ces méthodes peuvent affecter leur fécondité plus tard). En bref, il n'existe pas de formule mécanique permettant de prédire à l'avance les APC exactes qu'une activité de création de la demande donnée sera à même de générer, particulièrement dans les géographies où le projet commence à peine.

De plus, l'OFFRE joue un rôle important dans le volume total d'APC que chaque partenaire peut générer. En un sens, les trois partenaires ont un plus grand contrôle de l'environnement de l'offre, y compris en formant et supervisant les prestataires (dont les distributeurs à base communautaire), en achetant et livrant les contraceptifs sur les sites où ils seront distribués, en coordonnant les efforts du projet avec ceux des autorités sanitaires les activités planifiées dans leurs zones de santé, en accompagnant les agents de santé à proposer des services de qualité centrés sur l'intérêt de chaque femme/homme/couple, et en collectant des statistiques de services complètes et exactes sur les volumes des contraceptifs servis (à partir desquelles les APC seront calculées). Les calculs des APC fournis dans ce document du programme dépendent en particulier des conditions suivantes :

- *Tous les fonds doivent être disponibles pour commencer les activités.*
- *Les formations doivent être terminées à temps (ex : dans le cas de Tulane, la formation des étudiants en soins infirmiers doit avoir lieu en septembre chaque année).*
- *Les contraceptifs doivent être mis à disposition des prestataires de services en temps voulu et en qualité requise (pas de rupture de stocks, disponibilité de toute la gamme de contraceptifs requise).*
- *Les prestataires de services de PF doivent maintenir un haut niveau d'activité.*
- *Toutes les données doivent être rapportées avec exactitude et en temps opportun (pour éviter une situation où le travail serait terminé et les APC générées, mais pas rapportées correctement dans les statistiques de services du programme).*

Le projet veillera à ce que ces conditions de l'environnement de l'offre soient remplies. Cependant, certains facteurs peuvent être hors de notre contrôle (ex : la livraison des produits de l'UNFPA dans les délais impartis, le calendrier des financements coïncidant avec l'année académique des étudiants en soins infirmiers de la D6 participant au programme de Tulane, le temps nécessaire pour que certains membres de l'équipe du programme [ex : les étudiants en soins infirmiers] maîtrisent les tâches de collecte et rapport des données. Étant donné la complexité et l'imprévisibilité de l'environnement dans lequel nous travaillons en RDC, il est important que les bailleurs de fonds comprennent la difficulté de prédire avec exactitude les volumes d'APC qu'il sera possible d'atteindre.

Les trois ONG partenaires surveilleront et rapporteront les APC générées dans leurs provinces respectives tous les trimestres pendant toute la durée du projet. Nous demeurerons en contact constant avec FONAREDD et le gouvernement norvégien pour déterminer dans quelle mesure les chiffres atteints s'alignent avec ceux projetés. Si nous observons des résultats en deçà des chiffres anticipés, nous analyserons les raisons de ces écarts et proposerons des solutions pour améliorer la performance dans les trimestres subséquents.

En tenant compte de cette réserve, les trois partenaires s'engagent à faire tout ce qui est en leur pouvoir pour générer les APC projetées dans le Tableau 1

XIV. PLAN DE CONSULTATION PROGRAMME

194. Une fois que ce projet est approuvé, des consultations avec les différentes parties prenantes au niveau central et provincial seront organisées pour finaliser et harmoniser les choix des points de prestations, et ajuster les approches de la création de la demande suivant le contexte de provinces ciblées. Ces concertations seront étendues aux intervenants déjà disponibles dans les provinces ciblées comme le projet PDSS pour ce qui concerne l’approvisionnement en contraceptifs et le plan de la création de la demande ou la sensibilisation pour l’utilisation des services de PF.

Ces concertations démarreront dès l’approbation de ce projet.

XV. EXPÉRIENCES ANTÉRIEURES ET CAPACITÉS ORGANISATIONNELLES EN RELATION AVEC LA PRÉSENTE PROPOSITION

195. Cette section décrit les expériences et capacités organisationnelles de l’UNOPS et les expériences passées des trois organisations partenaires dans la mise en œuvre du programme PROMIS-PF. Les expériences décrites des trois partenaires de mise en œuvre insistent particulièrement sur leur expérience dans le domaine des stratégies à haut impact sur l’amélioration de l’accès aux services PF et le renforcement des systèmes sanitaires nationaux.

XV.1. UNOPS

196. L’UNOPS a une expérience significative dans l’offre des services de gestion financière et d’appui programmatique à travers le monde, tant au niveau National qu’au niveau International. Ces services incluent les prestations suivantes :

- La gestion des fonds (y compris son rôle intermédiaire) ;
- Le suivi des projets ;
- La coordination des ressources humaines et des processus de recrutement ;
- L’acquisition d’équipement et de services ;
- La coordination de l’appui légal / supervision interne / audits ;
- La formation opérationnelle, et le dépannage.

197. Ces services de gestion sus-évoqués sont offerts en suivant la méthodologie PRINCE2 afin de garantir la conformité des projets aux normes de qualités les plus élevées. En investissant dans des réseaux étendus, l’UNOPS a développé la réputation d’être un fournisseur des services efficace et financièrement efficient pour la gestion des fonds parmi un large éventail de partenaires.

198. L’UNOPS ajoute au rôle de Gestionnaire des Financements les valeurs suivantes :

- La Capacité prouvée à obtenir des résultats et des bases de réussite établies après plus de deux décennies d’expérience dans la gestion des financements ;
- Les Processus et les procédures nécessaires à la gestion des financements établis sur le long terme afin de faciliter des opérations fluides et efficientes ;
- La Capacité d’assurer un lancement rapide et efficace des programmes et de la mobilisation du personnel ;

- La Capacité à mobiliser l'expérience et l'appui de ses bureaux régionaux et internationaux, et
- Le Statut au sein des Nations Unies, qui offre des avantages considérables à travers la collaboration avec d'autres agences onusiennes.

Table 13. Activités pour UNOPS

FONCTION	EXEMPLES D'ACTIVITES MENEES PAR L'UNOPS
Design et Développement	Stratégie, design, activation et gestion des financements.
Supervision	Appui légal, gestion des financements, appui technique, rapportage sur la fraude et gestion des risques
Gestion des contrats	Coordination du processus contractuel pour les différents bénéficiaires
Appréciation fiduciaire et Évaluation des Capacité	Évaluation financière, due diligence, audits des partenaires de mise en œuvre, rapportage financier
Suivi et Évaluation	Suivi des financements, évaluation des extrants, revue à mi-parcours, évaluation finale, revue à mi-parcours et finale des plateformes de gestions des fonds
Rapportage	Revue, documentation basée sur les preuves
Communication	Amélioration des connaissances, gestion des savoirs, partage des leçons et des meilleures pratiques, plaidoyer pour le programme
Assurance Qualité	Gestion technique et stratégique des projets, gestion et transparence financière, retours sur investissements, application des mécanismes de responsabilités des bénéficiaires

XV.1.1. EXEMPLES D'EXPERIENCE DE GESTION DE FINANCEMENT

1) Agent de Financement Local (AFL) pour le Fond Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et la Malaria

199. Depuis plus de dix ans, l'UNOPS a joué le rôle d'AFL pour le Fond Mondial et il est actuellement actif dans 12 pays dans le cadre de l'AFL. Par cette attribution, l'UNOPS apporte une expertise prouvée dans les domaines essentiels de la gestion et de la supervision financière, dans la gestion des approvisionnements et des matériels, et dans le suivi et évaluation des programmes de santé. En tant qu'AFL, l'UNOPS travaille en étroite collaboration avec le Fond Mondial pour superviser les performances des programmes et rendre compte de l'utilisation des fonds. Les responsabilités de l'UNOPS incluent l'évaluation de la capacité du Bénéficiaire Principal à mettre en œuvre les financements, la revue des budgets et des plans de travail proposés, et l'assistance apportée au Fond Mondial dans la négociation des financements. L'UNOPS revoit également les demandes périodiques du Bénéficiaire Principal pour l'envoi de fonds additionnels, organise des visites de terrain pour vérifier les résultats et revoie les rapports d'audit annuels soumis par le Bénéficiaire Principal.

2) Myanmar – LIFT, 3MDG, GFTAM et autres

200. L'UNOPS gère certains fonds de développement les plus importants du Myanmar, y compris le Fonds d'affectation spéciale pour les modes de vie et la sécurité alimentaire (LIFT) financé à hauteur de \$160 millions, le *Three Millennium Development Goal Fund* » (3MDG) à hauteur de \$138 millions, auxquels s'ajoute \$300 millions en tant que Bénéficiaire Principal pour le GFTAM.
201. L'UNOPS a également installé le Fond Joint pour la Paix avec l'appui de DfID, de l'UE et d'Usaid. Chacun de ces fonds opèrent selon des modalités différentes en fonction des besoins des partenaires.

3) Programme de Petites Subvention (Small Grants Programm)

202. Le Programme de Petites Subventions est financé par le Fond pour l'Environnement Mondial et a offre des subventions à plus de 15,000 projets de par le monde depuis 1992. Chaque année, l'UNOPS offre des services de gestion administrative et financière à près de 3,000 projets bénéficiaires de Petites Subventions dans 125 pays. Ces services sont fournis par l'intermédiaire d'une structure adaptée qui répond aux besoins de chaque région du programme. Depuis le début de ce programme, l'UNOPS a travaillé continuellement à l'amélioration des pratiques opérationnelles afin d'accentuer la portée et les performances des Petites Subventions, de sorte que le programme continue d'être reconnu comme un mécanisme d'offre de services extrêmement efficace et rapide.
203. D'autres plateformes de financement administrées et opérées par l'UNOPS incluent le Fond d'Alliance des Villes, le Cadre intégré renforcé pour l'Assistance Technique liée au Commerce, le Conseil de Concertation pour l'Approvisionnement en eau et l'Assainissement (WSSCC)

4) Conseil de Concertation pour l'Approvisionnement en eau et l'Assainissement (WSSCC)

204. Le bureau de l'UNOPS à Genève fait office de Gestionnaire des Financement et d'Appui Opérationnel pour le Conseil de Concertation pour l'Approvisionnement en eau et l'Assainissement (WSSCC). Le WSSCC est une organisation mondiale regroupant de multiples partenaires pour améliorer la collaboration entre les agences et les professionnels travaillant dans les domaines de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène. L'UNOPS a également fait office d'hôte administratif et légal, ainsi que de gestion de fonds du WSSCC depuis 2009. Le WSSCC, qui était auparavant hébergé sous l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a été établi en 1991, et comprends environ 50 personnels et consultants, avec des budgets annuels approchant les \$50 millions. De plus, l'UNOPS fournit une gamme de services d'hébergement à l'organisation, qui incluent les ressources humaines, l'appui à la gestion des financements, la gestion des approvisionnements et du fond financier. En 2016, l'UNOPS gérait 16 financements et appuyait plus de 200 missions menées par le fond²⁶.

5) Gestion du Fond de Financement pour le Cadre Intégré Amélioré

²⁶ UN – Rapport Annuel au Directeur Exécutif

205. Le Cadre Intégré Amélioré (CIA) est une initiative conjointe rassemblant de multiples bailleurs, développée pour réduire la pauvreté et renforcer les capacités des cinquante Pays les Moins Avancés (PMA) à s'intégrer aux systèmes commerciaux multilatéraux, et à améliorer leur accès aux marchés. De cette manière, le programme participe plus largement dans la promotion de la croissance économique et du développement durable, et contribue à sortir les populations de la pauvreté. Le partenariat inclut six agences centrales : la Banque Mondiale, le FMI, l'OIT, la Conférence des Nations Unies sur le Commerce et le Développement, le Centre du Commerce International et le PNUD. En 2008, l'UNOPS a été sélectionnée comme gestionnaire du Fond de Financement de CIA. Les sommes promises par (plus de vingt) bailleurs se montent à \$330 millions, en sus des aides bilatérales spécifiques à certains pays ou à certains projets en lien avec le commerce. Le programme appuie à l'heure actuelle 49 des pays le plus pauvres du monde.

6) Gestionnaire des Fonds et Agence Exécutive pour le Programme de Petites Subventions du Fond pour l'Environnement Mondial (FEM)

206. Le Programme des Petites Subventions (PPS) du Fond pour l'Environnement Mondial (FEM) est un programme d'entreprise spécifique sous l'égide du FEM. Suivant la devise « Action communautaire – Impact global », le PPS-FEM répond avec succès à des questions environnementales globales tout en se préoccupant des besoins des populations locales et en promouvant l'importance des politiques environnementales dans les pays participants.

207. L'UNOPS a été nommée Agence Exécutive / Gestionnaire des Fonds pour le PPS-FEM par le Fond pour l'Environnement Mondial depuis le lancement du programme en 1992. Ce rôle inclut tous les aspects opérationnels (RH, approvisionnements, etc.) ainsi que la gestion financière annuelle de près de 4,000 financements répartis dans 123 pays. Grâce à son bureau basé à New York, l'UNOPS fournit la structure opérationnelle globale, ainsi que de multiples services exécutifs adaptés incluant : le recrutement et la coordination des ressources humaines pour le personnel et les consultants des projets, les sous-contrats avec les administrations hôtes, l'autorisation des décaissements et de l'allocation des financements du programme pays, l'administration budgétaire, y compris l'autorisation et le suivi des dépenses liées aux financements, la formation et le pilotage sur toutes les questions opérationnelles pour les partenaires situés dans les pays concernés.

7) Structure pour l'Appui aux Résultats (SAR) du BRG – Indonésie - \$44 millions – 2018 – 2020 (BRG Results Enabling Facility – REF)

208. Le gouvernement de la Norvège et le BRG ont contracté l'UNOPS pour appuyer le développement du mécanisme d'appui administratif sur plusieurs années afin de gérer le soutien financier apporté par la Norvège au BRG. Le mécanisme comprend une composante de gestion des services administratifs (*back office*) ainsi que des composantes de services, approvisionnement et distribution. En tant qu'Agent de Gestion de la Structure d'Appui du BRG financée par la Norvège, et en tant que Gestionnaire du Contrat Fiduciaire et Gestionnaire Administratif (support opérationnel du *back office*), l'UNOPS apportera son assistance dans les domaines suivants :

- 1) Faire les appels d'offre et établir les contrats des partenaires de services stratégiques d'appui (Appui Conseil et Appui Communication) ;

- 2) Superviser les récipients des financements en offrant des services de gestion des financements et des contrats pour les partenaires sélectionnés pour fournir un appui technique à la mise en œuvre des opérations du BRG ;
- 3) *Back Office* et Support Administratif incluant le recrutement et la gestion des contrats des personnels, acquisition des biens et des services, gestion financière, appui pour le renforcement des systèmes de Suivi et Évaluation des résultats et réussites du BRG. A l'heure actuelle, c'est fonction est remplie par le bureau du PNUD en Indonésie, mais la Norvège a indiqué son intérêt pour ne plus utiliser le PNUD pour servir de *back office* et fournir un appui administratif au BRG. Dans le cadre de la nouvelle structure proposée, l'UNOPS assumerait le rôle de Gestionnaire du Fond de Financement / Fiduciaire et de Gestionnaire Administratif pour le BRG SAR.

XV.1.2. PRESENTATION DE L'UNFPA

209. Le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) est une organisation des Nations Unies. L'UNFPA "est l'agence principale des Nations Unies pour la création d'un monde où chaque grossesse est souhaitée, chaque accouchement est sécurisé et le potentiel de chaque jeune est réalisé". Le travail de l'UNFPA implique l'amélioration de la santé reproductive. y compris la création de stratégies et de protocoles nationaux et le contrôle des naissances en fournissant des produits de santé de la reproduction et des services.
210. L'UNFPA appuie des programmes dans plus de 150 pays et régions répartis dans quatre régions géographiques : les États arabes et l'Europe, l'Asie et le Pacifique, l'Amérique latine et les Caraïbes et l'Afrique subsaharienne. Environ les trois quarts du personnel travaillent sur le terrain. Il est membre du Groupe des Nations Unies pour le développement et fait partie de son comité exécutif.
211. L'objectif de l'UNFPA, tel que consigné dans son énoncé de mission, consiste à construire un monde où chaque grossesse est désirée, chaque accouchement est sans danger et chaque jeune personne peut exprimer pleinement son potentiel. À cette fin, l'UNFPA s'attache à garantir que tous les individus, notamment les femmes et les jeunes, sont en mesure d'accéder à des services de santé sexuelle et reproductive de haute qualité, y compris la planification familiale, afin de pouvoir faire des choix éclairés et libres concernant leur vie sexuelle et reproductive.

XV.1.3. EXPERIENCES ANTERIEURES EN PLANIFICATION FAMILIALE

212. L'UNFPA a une expérience Mondiale dans la mise en œuvre des projets/interventions de Planification Familiale et de renforcement de la chaîne d'approvisionnement y compris les achats des intrants de santé de la reproduction.

Ces interventions concernent principalement :

1. Appui institutionnel en planification familiale respectant les droits humains des utilisateurs et en gestion logistique des intrants de santé de la reproduction ;
2. Achats des produits de santé de la reproduction pour les gouvernements et les tierces parties à travers le monde avec l'assistance technique de la centrale d'achats (PSB) basée à Copenhague ;
3. Renforcement de la chaîne d'approvisionnement à tous les niveaux y compris en situation d'urgence humanitaire et la réhabilitation/rénovation des magasins de stockage selon les normes ;
4. Appui au renforcement du système d'information de gestion logistique (SIGL) ;
5. Evaluation de la chaîne d'approvisionnement pour identifier les goulots d'étranglement et proposer des solutions ;
6. Formation en planification familiale et en gestion logistique des intrants de santé ;
7. Appui à l'offre de services de planification familiale à travers les stratégies avancées (les cliniques mobiles, la distribution à base communautaire) et en stratégies fixes.

213. Les interventions de l'UNFPA en République Démocratique du Congo (RDC) dans le domaine de la planification familiale et du renforcement de la chaîne de l'approvisionnement, incluent :

UNFPA Supplies « *Accroître l'accessibilité des populations aux produits et services de santé de la reproduction* »

1. Offre de services de Planification Familiale en stratégies avancées et fixes

L'UNFPA a appuyé le Ministère de la santé et des ONG clés (Tulane, DKT, Care International, ABEF, etc.) en mettant à leur disposition des produits contraceptifs pour offrir des services de planification familiale à travers des cliniques mobiles, des stratégies avancées et la distribution à base communautaire (DBC).

2. Gestion de la Chaîne d'Approvisionnement

L'UNFPA est la référence en matière de fourniture de produits de santé de la reproduction y compris les contraceptifs pour garantir les droits et les choix pour tous.

- Le Service des achats de l'UNFPA (PSB) fournit des produits de santé de la reproduction aux pays en développement depuis 50 ans. Notre expertise s'étend à la gestion d'une chaîne d'approvisionnement mondiale qui répond aux besoins de nos partenaires de développement ;
- Aujourd'hui, l'UNFPA est le plus important fournisseur de produits de santé génésique du secteur public ;
- En 2018, l'UNFPA a approvisionné plus de 119 pays en produits contraceptifs.

UNFPA est impliqué dans la mise en œuvre de plusieurs projets dont :

1. Dans le cadre de son appui au gouvernement de la RDC, l'UNFPA acquiert chaque année plus 7 000 000 USD de produits contraceptifs et autres médicaments de santé de la reproduction pour couvrir les besoins des populations, surtout celles qui sont vulnérables et marginalisées ;
2. UNFPA est l'agence qui a été choisie par le Ministère de la Santé Publique pour l'acquisition des contraceptifs, des médicaments de santé de la reproduction, des matériels et équipements médicaux pour plus de 3 000 000 USD avec le financement de Buffet Fundation pour un projet mis en œuvre à Kinshasa ;
3. Le Projet de Développement des Services de Santé (PDSS) sous financement de la Banque Mondiale a choisi l'UNFPA pour l'acquisition des contraceptifs pour plus 5 000 000 USD pour l'année 2019 ;
4. PROJET 3C : « Projet de Renforcement du Système d'Approvisionnement en Médicaments, et Accès des Survivantes de violences sexuelles et basées sur le genre aux soins de qualité dans les Provinces du Nord-Kivu et Sud-Kivu, dénommé Projet 3C, sous financement du Royaume des Pays-Bas » d'un montant de 6 126 250 USD ;
5. PROJET : « Accroître l'accès à la Planification Familiale et les contraceptifs pour les adolescentes » financé par le Canada dans 5 provinces et 31 zones de santé – Montant 3 000 000 CAD ;
6. PROJET : « Accroître l'accès à la Planification Familiale et les contraceptifs pour les adolescentes » financé par le Canada dans 5 provinces et 31 zones de santé – Montant 3 000 000 CAD ;
7. PROJET : « amélioration de la santé sexuelle et reproductive des jeunes et des adolescentes ainsi que des femmes en âge de procréer, en particulier, les plus vulnérables dans la ville province de Kinshasa » financé par la Suède dans 10 zones de santé de Kinshasa à travers le Fonds des Nations Unies pour le Population (UNFPA) » - Montant 10 067 690 USD.

XV.2. DKT INTERNATIONAL

214. DKT a démarré ses activités dans les domaines de la planification familiale (PF) et la lutte contre les IST / VIH-SIDA, l'hémorragie post-partum (Prévention et traitement, et les traitements après avortement via le marketing social) en République Démocratique du Congo en 2010. L'organisation a développé ses activités dans quatorze provinces (et 119 zones de santé), à savoir Kinshasa, Tshopo, Bas Uélé, Haut Uélé, Ituri, Mongala, Équateur, Kwango, Kwilu, Mai-Ndombé, Haut-Katanga, Haut Lomami, Lualaba, Ubangi Nord.
215. En 2016, DKT DRC a généré 620,000 APC, ce qui représente une croissance de +57% par rapport à l'année précédente, et en 2017, DKT a généré plus de 1.1 million d'APC une véritable réussite grâce à la participation active de l'ensemble des programmes de l'organisation. DKT est reconnue comme la 1ère organisation marketing social de la SSR dans le pays avec une forte influence sur la génération des 15-25 ans.
216. L'organisation travaille aujourd'hui avec plus de 560 cliniques partenaires et 1,214 prestataires de services de SSR formés dans ces cliniques, ainsi que 815 pharmaciens. Notre ligne de front

est composée de 318 mobilisateurs communautaires agissant auprès de la population et des cliniques partenaires, 201 infirmières itinérantes indépendantes, appelées «Bees» (abeilles), visitant les zones les plus pauvres, 50 jeunes ambassadeurs, agissant directement avec le programme «Batela Lobi Na Yo» et 30 représentants pour le marketing contraceptif social.

217. En ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive et la jeunesse, DKT en RDC a développé une véritable expertise sur la manière de les approcher grâce à son programme « jeunes du Millénaire » appelé «Batela Lobi Na Yo» (Protégez votre avenir en lingala). Ce programme a appliqué l'approche centré sur l'humain (Human Centered Design) et a développé des outils pour informer les jeunes que les grossesses ne sont plus une fatalité mais un choix. C'est pourquoi dans la communication de "Batela Lobi Na Yo", le message clé est : "Mon bébé quand je veux". Parmi la boîte à outils de "Batela Lobi Na Yo", sont inclus la sensibilisation contraceptive par les jeunes ambassadeurs qui travaillent aussi à l'éducation des pairs, les informations et les activités de groupe au sein des cercles de jeunes (étudiants, églises, loisirs ou sport). Par exemple des concerts dans lesquels DKT déploie ses équipes pour informer les jeunes. Enfin, grâce à son programme «BLNY», DKT investit son expertise au sein des réseaux de médias sociaux, qui sont aujourd'hui un élément clé à utiliser pour adresser les messages SSR vers le groupe cible de 15-25. (La page Facebook de Batela Lobi Na Yo est par exemple suivie par plus de 50,000 jeunes garçons et filles).
218. En accord avec les structures gouvernementales du Ministère de la Santé, en particulier le PNSR et le PNSA avec lequel DKT travaille en étroite collaboration d'une part sur la SSR et d'autre part sur le soutien à la Santé de l'Adolescent, DKT RD Congo appui techniquement et financièrement toutes les formations en planning familial et traitement post avortement (renforcement des capacités) aux prestataires cliniques (médecins et infirmiers), aux prestataires communautaires (mobilisateurs communautaires, Jeunes Ambassadeurs, Bees,(abeilles), pairs éducateurs) et aux prestataires en pharmacie (Pharmaciens et les pharmacies) et les pharmacies.
219. En tant qu'organisation de marketing social, DKT dispose dans ses zones d'intervention d'équipes dédiées à la promotion et à la vente de contraceptifs, dont la majorité est importée par DKT. En effet, à côté de l'UNFPA et de l'USAID, DKT est l'un des principaux importateurs de produits pour la santé sexuelle et reproductive en RDC. Nous disposons d'un département Supply Chain et d'installations professionnelles pour un stockage efficace à Kinshasa et dans le pays où nous avons disposons de 11 bureaux et entrepôts provinciaux.
220. Les *Bees*, « abeilles », sont une nouvelle approche d'offre de services PF à base communautaire mise en place par DKT depuis le début de l'année 2017 dans le but d'élargir l'accès aux méthodes contraceptives injectables. Ce sont principalement des infirmières formées. Comme les abeilles qui volent d'une fleur à l'autre, elles visitent les districts et les zones les plus populaires où les femmes ne sont pas capables de se rendre dans un centre de santé par manque d'argent ou manque d'éducation. Les *Bees* offrent des services de counseling PF, mais fournissent également directement mes méthodes (pilules mensuelles, pilules d'urgence, préservatifs et DMPA-SC).
221. Les prestataires communautaires (CM, mobilisateurs communautaires, jeunes ambassadeurs et les pairs éducateurs) ont un rôle essentiel de mobilisation de la communauté soit par une stratégie de porte à porte, soit dans des groupes de conseil, afin de diriger ou de référer le client à une structure médicale partenaire de DKT pour une méthode à long terme. Ils sont également formés pour fournir des méthodes à court terme comme les pilules et les

préservatifs. La particularité de DKT ici en RDC, est l'approche CSM qui signifie Contraceptive Social Marketing ou en d'autres termes, produits et services à prix social. Cela implique que DKT n'est pas en faveur de la gratuité. En agissant en tant que tel, DKT a l'intention de maintenir un niveau de relation qui est un « fournisseur à un client » et non un « donateur à une personne assistée ».

XV.3. MARIE STOPES INTERNATIONAL (MSI)

222. MSI est une organisation mondiale fondée en 1973 et est actuellement une des organisations les plus importantes dans le secteur de la planification familiale (PF) et autres services de santé de la reproduction (SR). La mission de MSI repose sur le principe fondamental que toutes les femmes, hommes et jeunes filles et garçons puissent exercer leurs droits de décider librement du nombre d'enfants qu'ils veulent et quand ils les veulent. En leur donnant ce droit, MSI contribue aux engagements FP2020, pris à la suite du sommet sur la PF de Londres en 2012. Cette initiative a été lancée afin d'atteindre 120 millions d'utilisatrices additionnelles de PF dans 69 pays en développement avant décembre 2020.²⁷ MSI s'est engagée à contribuer à concurrence de 12 millions d'utilisatrices additionnelles.
223. Actuellement établie dans 37 pays et occupant plus de 13.000 employés, MSI vient de débiter ses opérations dans un 38ème pays, la République Démocratique du Congo (RDC), et a l'ambition de devenir un des partenaires principaux du gouvernement pour l'aider à atteindre ses engagements FP2020 et augmenter la prévalence contraceptive moderne de 5,4% à 19%²⁸. MSI a récemment reçu la confirmation de son enregistrement en tant qu'ONG internationale pouvant exercer en RDC. Gérée par un directeur pays depuis avril 2018, MSI a effectué des recherches et mené des études de faisabilité géographique contrebalançant les besoins en PF, la gestion des risques et le partenariat avec les autorités locales pour établir des bases solides de mise en place et mise à l'échelle croissante de ses activités. Il est prévu que la prestation des services débutera à l'automne 2018 à travers un premier financement multi-pays géré par MSI, récipiendaire principal.

XV.3.1. CANAUX DE PRESTATION DE SERVICES

224. MSI adopte une approche assurant que tous ses programmes soient centrés sur ses clients et amènent les services là où les gens en ont le plus besoin. Cela signifie que tous les modèles d'interventions sont basés sur une connaissance accrue des besoins de tous les clients potentiels, femmes et hommes, quel que soit leur âge ou leur situation économique, incluant les plus pauvres et marginalisés, afin de les habiliter à exercer leurs droits d'accès à des services de PF et SR de qualité.
225. MSI a développé six canaux de prestations de services, tous soutenus par des « *Success Models* », modèles opérationnels développés sur la base des bonnes pratiques exercées dans le réseau mondial de MSI. Grâce à ces modèles de succès en prestation de services PF de qualité, chaque programme pays a la capacité d'adapter chaque canal aux circonstances locales tout en étant fortement soutenus par des principes opérationnels et une assistance

²⁷ <http://www.familyplanning2020.org/measurement-hub/additional-users>

²⁸ <http://ec2-54-210-230-186.compute-1.amazonaws.com/wp-content/uploads/2017/08/Engagements-FP2020-DRC-Revision-de-2017-2.pdf>, consulté le 14.06.2018

technique leur permettant d'être productif rapidement sans altérer la qualité des services fournis aux clients. Ces six canaux sont les suivants :

- **Centres** : en majorité situés dans les zones urbaines très peuplées, les centres MSI sont au centre de l'approche centrée sur le client. Ils servent également de base pour les canaux fournissant des services de manière plus mobiles. Les centres ont vocation à devenir pérennes et existent afin de pouvoir fournir un paquet de services accessibles, abordables et de qualité.
- **Équipes mobiles** : elles sont au centre de la stratégie d'atteinte des populations les plus vulnérables situées dans des zones rurales difficiles à atteindre. Les équipes mobiles, majoritairement composées d'un chauffeur, deux prestataires de services (sage-femme/infirmière), et d'un docteur si nécessaire, sont organisées selon des calendriers leur permettant de s'organiser pour visiter ces sites tous les trois mois et fournissent une gamme complète de services de PF et SR.
- **Franchises sociales** : le réseau *BlueStar* de MSI permet d'unifier de nombreux prestataires privés autour d'une marque leur permettant de développer leurs capacités en matière de qualité des services, gestion de stock ou encore collecte de données de qualité. En joignant le réseau de franchises, ces prestataires reçoivent un paquet complet de formation, d'accréditation et de promotion afin de les aider à augmenter le nombre de clients tout en augmentant la qualité des services.
- **Marie Stopes Ladies (MS Ladies)** : salariées de MSI ou travailleuses indépendantes selon le modèle, les MS Ladies sont des infirmières ou sages-femmes travaillant au sein de leur communauté et ont l'unique capacité de fournir des informations et des services PF/SSR de manière individualisée. Leur intégration dans la communauté les rend extrêmement efficaces pour discuter des mythes et idées fausses autour de la PF et créé ainsi un environnement très favorable à la PF.
- **Soutien au secteur public (PSS)** : en optimisant sa capacité de formation et de supervision des prestataires, MSI transfère son expertise en prestation de services et travaille en partenariat avec le secteur public afin de soutenir l'accessibilité et l'amélioration de la qualité des services au niveau des centres de santé.
- **Marketing social** : ce canal donne l'option aux populations d'obtenir des produits de SSR de haute qualité auprès de points de vente situés dans des lieux pratiques ne nécessitant pas d'accès à un centre de santé (pharmacies, distribution à base communautaire, etc.). Ces points de vente servent également de points de référencement pour les clientes intéressées par une méthode de longue durée.

XV.3.2. QUALITE DES SERVICES

226. MSI met la qualité de ses services au centre de toutes ses interventions et reste constamment attentif au fait que le manque de qualité est une des barrières les plus importantes à l'accès des femmes à la PF et la SR. La formation clinique seule ne garantit pas nécessairement le suivi des standards cliniques et il est essentiel que ces prestataires soient suivis et évalués régulièrement. Au-delà du service clinique, les attitudes négatives de certains prestataires peuvent altérer la qualité du service significativement. Afin d'offrir la meilleure expérience possible à chaque client(e), MSI s'assure que la qualité des services soit excellente dès le premier contact. En effet, les standards incluent non seulement le service clinique mais également les informations données lors des activités de création de la demande, de l'accueil des clients (es), le counseling (assurant le choix éclairé volontaire de méthode/service et le

consentement de chaque clients (es) jusqu'à l'obtention de leur avis sur le service reçu via des enquête de sortie.

XV.3.3. QUALITE DES DONNEES

227. MSI, de par sa large empreinte et par la nature de ses canaux d'opérations fournissant des services dans des contextes variés, est une des premières organisations ayant les preuves et les moyens de démontrer que ses approches et stratégies en prestations de services atteignent des segments très variés de la population, ne laissant jamais les plus vulnérables en suspens. En 2017, 28% du nombre total de clients servis par MSI vivaient en dessous du seuil de pauvreté (moins de \$1.25 par jour) et 12% étaient des adolescents âgés entre 15 et 19 ans.
228. Grâce à des systèmes de collecte de données clients pointus, sans précédent dans le secteur, et son outil de calcul d'Impact reconnu par la communauté internationale dans le domaine de la PF et SSR, *Impact 2 (voir section suivi évaluation ci-dessous)*, MSI se place comme leader dans la prise de décision basée sur les données, lui permettant d'adapter constamment ses programmes pour les rendre plus efficaces et productifs, toujours dans le souci de mieux servir ses clients avec des services de haute qualité. En 2017, MSI estime avoir prévenu 8.2 millions de grossesses non désirées, 5.4 millions d'avortements à risque et 23,900 décès maternels tout en faisant économiser £337 millions en couts aux systèmes de santé.

XV.4. TULANE INTERNATIONALE

229. Dans les années 1980, l'École de Santé Publique et de Médecine Tropicale de l'Université de Tulane (TUSPHTM) a mis en œuvre au Bas Zaïre (aujourd'hui Kongo Central), l'un des premiers programmes de distribution à base communautaire des contraceptifs développé en Afrique Sub-Saharienne, a publié une série d'articles de recherche opérationnelles et d'études spéciales²⁹, et a appuyé le programme national (alors appelé *Projet des Services des Naissances Désirables* ou PNSD) pour développer une Équipe d'Évaluation. En 1986, Tulane a cofondé l'École de Santé Publique de Kinshasa (KSPH), à la source d'un lien fort et durable entre la communauté travaillant dans la santé publique en RDC et Tulane : plus de 30 étudiants congolais ont reçu un diplôme de thèse (PhD) ou de master de Tulane, et KSPH demeure un partenaire de recherche majeur pour le travail en santé publique mené par Tulane en RDC.
230. Depuis son retour en RDC en 2010 pour travailler à nouveau sur la planification familiale (et les domaines associés de la santé maternelle et infantile), Tulane a reçu un financement total de \$37 millions pour appuyer 26 projets différents (détails disponibles sur simple demande). Au cours des cinq années écoulées, Tulane a développé une position de leadership unique pour l'avancement de la PF en RDC, à travers son travail sur des financements des Fondations

²⁹ Bertrand, J.T., Mangani, N., & Mansilu, M. (1984). The acceptability of household distribution of contraceptives in Zaire. *International family planning perspectives*, 10(1), 21-26.

Bertrand, J.T., Mangani, N., Mansilu, M., McBride, M. E., & Tharp, J. L. (1986). Strategies for the delivery of family planning services in Bas Zaire. *International family planning perspectives*, 12(4), 108-115.

Bertrand, J.T., Kashwantale, C., Balowa, D., Baughman, N. C., & Chirwisa, C. (1991). Social and psychological aspects of tubal ligation in Zaire: A follow-up study of acceptors. *International family planning perspectives*, 17(3), 100-107.

Chibalonza, K., Chirhamolekwa, C., & Bertrand, J.T. (1989). Attitudes toward tubal ligation among acceptors, potential candidates, and husbands in Zaire. *Studies in family planning*, 20(5), 273-280.

Gates et Packard, d'Advance Family Planning (AFP), PMA2020, Track20, et d'autres sources de financement.

231. L'équipe de Tulane fourni une assistance technique au Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) et au Programme National de la Santé des Adolescents (PNSA), car ces organisations renforcent les capacités du pays à confronter les principaux défis pour l'accès aux services PF, du côté de l'offre comme de la demande. Le directeur pays de Tulane, Dr. Arsène Binanga, est également le Président du Comité Technique Multisectorielle Permanent (CTMP), ce qui lui confère une capacité unique de rassemblement des partenaires de la PF, y compris les bailleurs, les ONG et les organisations confessionnelles, les représentants du secteur privé, et bien d'autres. En tant qu'institution de recherche, Tulane University mène un programme continue de recherche appliquée qui guide le développement des modèles programmatiques, assure le suivi des projets en cours, et fournies des informations pour les corrections à mi-parcours.
232. Au travers de sa collaboration avec l'École de Santé Publique de Kinshasa (KSPH), Tulane a continué de renforcer les capacités aux niveau local. De plus, Tulane a développé des relations de travail étroites avec les responsables gouvernementaux (par ex., au sein du cabinet du Premier Ministre et dans d'autres ministères), les bailleurs, les organisations de mise en œuvre, et d'autres partenaires, ce qui a contribué à la cohérence de la communauté des partenaires basés à Kinshasa et travaillant dans la planification familiale.
233. Tulane administre les activités de ses projets en RDC par le biais de Tulane International LLC (TILLC), une filiale subsidiaire entièrement contrôlée par Tulane (qui ne reçoit pas de frais généraux supplémentaires). En 2013, TILLC a établi un bureau pays dans la concession Safricas de la Gombe, qui emploie actuellement 17 personnels techniques et administratifs.
234. En 2015, Tulane a testé une stratégie pilote de partage des tâches utilisant les étudiants en médecine / sciences infirmières pour offrir le DMPA-SC (ainsi que d'autres méthodes) au niveau communautaire à Kinshasa.³⁰ En 2016, deux autres études pilotes ont été menées qui utilisaient les mêmes cadres d'étudiants (bien que les étudiants en sciences infirmières y aient été plus représentés) pour (1) offrir Implanon NXT au niveau communautaire, et (2) apprendre aux femmes vivant dans les communautés à d'auto-injecter le DMPA-SC. L'un des résultats majeurs de ces pilotes a été la découverte du potentiel de ce cadre de prestataires pour fournir une large gamme de contraceptifs, y compris les très fortement demandés implants, au niveau communautaire. Ces jeunes étudiants, brillants et motivés, sont avides de gagner une expérience pratique en offrant des services à de vraies clients (es) et souhaitent ardemment contribuer au bien-être de leur communauté. De plus, étant donné leur âge (la plupart ont entre 16 et 20 ans), ils ont un rapport plus facile aux adolescents et aux jeunes – l'un des publics cibles clés pour les programmes de planification familiale et de santé sexuelle et de la reproduction. Ces étudiants représentent l'avenir de l'offre des soins de santé en RDC. Par conséquent, appuyer leur formation en PF dans les écoles d'infirmières et leur donner une expérience de terrain pratique dans l'offre des contraceptifs au niveau communautaire

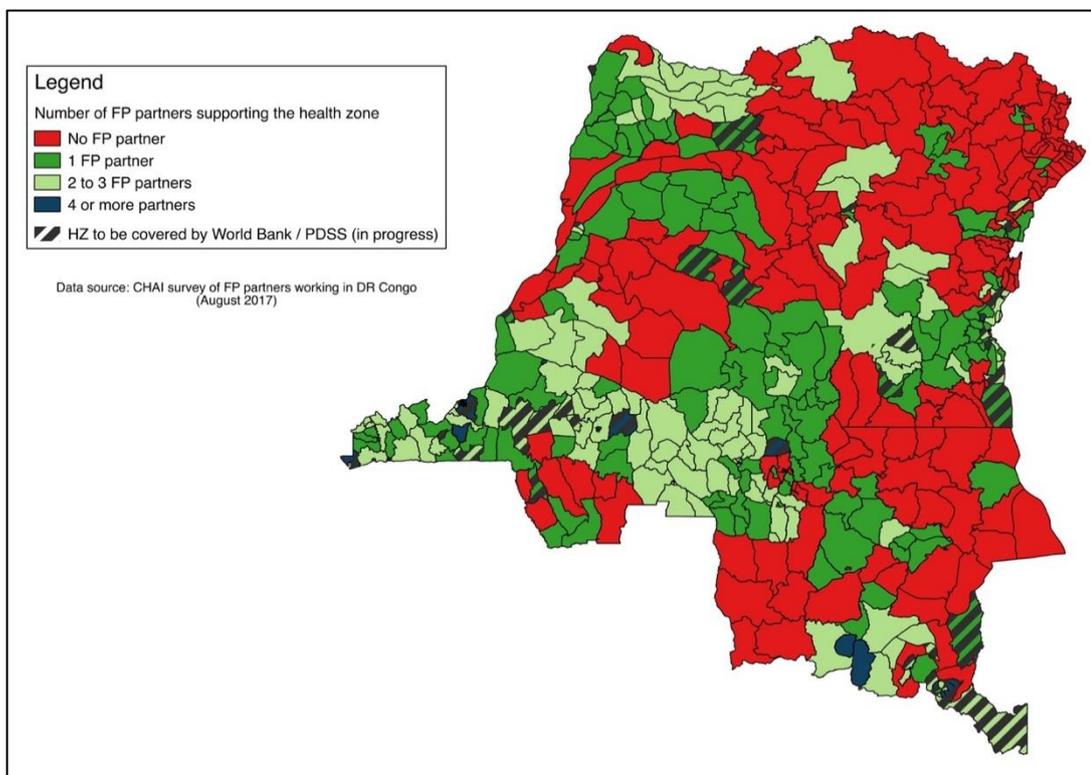
³⁰ Binanga A, Bertrand JT. Pilot research as advocacy: the case of Sayana Press in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo. *Glob Health Sci Pract.* 2016;4(4):542-551.

Bertrand JT, Makani PB, Hernandez J, et al. Acceptability of the community-level provision of Sayana Press by medical and nursing students in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo. *Contraception.* 2017;96(3):211-215.

représente un excellent investissement pour augmenter l'accès futur à des services PF de qualité.

235. Étant donné le très fort potentiel de ce modèle, Tulane a commencé de travailler en 2016 avec la D6 (la Direction du Ministère de la santé responsable des 477 écoles de sciences infirmières du pays) pour la réplique et l'institutionnalisation de ce modèle. Ce dernier a été répliqué avec succès à Matadi, dans la province du Kongo Central, à partir de la fin 2016. Le processus d'institutionnalisation a impliqué l'incorporation d'un module sur la planification familiale dans le curriculum des étudiants en sciences infirmières au début de leur troisième année d'école, qui incluent 12 jours de formation en classe, suivi de 3 jours de pratique supervisée sur le terrain, puis de l'offre continue des services au niveau communautaire pour le reste de l'année scolaire. Cette formation les prépare à offrir un counseling en planification familiale, à fournir six méthodes (Implanon NXT, DMPA-SC, Colliers du Cycle, pilules, préservatifs et contraception d'urgence) au cours de journées de campagne de masse et d'activités de prestation de routine ; à retirer Implanon NXT (pour les cas sans complications) ; et à référer les clientes qui souhaitent un DIU, l'implant Jadelle, ou une stérilisation à des structures de santé fixes. La D6 et les étudiants participants s'accordent à trouver d'excellents avantages à améliorer leur expérience avec l'offre de service et les interactions avec les clients (es) vivant dans les communautés.
236. La Fondation Bill et Melinda Gates (BMGF) ont financé les recherches pilotes impliquant les étudiants en sciences infirmières entre 2015 et 2018. Un bailleur privé basé aux États-Unis a financé les 18 premiers mois du processus d'institutionnalisation jusqu'en 2017, mais en 2018, il a choisi de rediriger les fonds destinés à la RDC (\$3 millions) vers l'achat des contraceptifs. La BMGF fournit actuellement un an de « financement tampon » pour le processus d'institutionnalisation, dans la mesure où l'année académique commence en septembre 2018. La formation des formateurs est en cours dans les 31 écoles de sciences infirmières de Kinshasa, 43 écoles du Kongo Centre, et 10 écoles au Lualaba, ce qui (en plus des écoles où les formations ont déjà été complétées auparavant) amènera un total de 84 écoles dans les 3 provinces qui participent déjà à cette activité. Pour cette raison, Tulane prévoit de commencer l'année 2019 avec un groupe d'étudiants en sciences infirmières déjà formés et offrant des contraceptifs au niveau communautaire dans les provinces de Kinshasa, du Kongo Central et du Lualaba.
237. Dans la mesure où le « modèle des écoles d'infirmières » est l'une des interventions les plus prometteuses pour augmenter rapidement le nombre de prestataires formés et renforcer l'accès aux méthodes contraceptives modernes dans toutes les provinces du pays, la Fondation Gates serait ravie de voir un nouveau bailleur pour prolonger l'appui à cette initiative.

ANNEXE A. ÉTAT DES LIEUX DES ZONES DE SANTÉ APPUYÉES POUR LA PF EN RDC



NB : Cette carte est régulièrement mise à jour en fonction des données programmatiques collectées auprès des différents partenaires opérant dans le domaine de la PF en RDC.

METHODOLOGIE DE MESURE ET JUSTIFICATION DE L'UTILISATION DES ANNEES DE PROTECTION COUPLE (APC) POUR LE SUIVI DES RESULTATS DU PROGRAMME PROMIS-PF

238. Ce projet va utiliser l'indicateur années de protection couple (APC) pour mesurer les progrès accomplis par le programme PROMIS-PF en RDC pour plusieurs raisons. Les APC sont la principale mesure d'extrants utilisée par les principales organisations internationales impliquées dans la planification familiale, y compris l'USAID, DFID, la fédération Internationale pour le Planning Familial (IPPF), Marie Stopes International, DKT International, PSI, et bien d'autres.
239. Dans le cadre de PROMIS-PF, cet indicateur permettra à chaque organisation partenaire de mesurer et de rapporter au bailleur les volumes de contraceptifs fournis, qui seront individuellement attribuables à chaque organisation travaillant sur le projet.
240. Suivant les meilleures pratiques internationales, le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) en RDC utilise également les APC comme principale mesure des résultats pour les programmes de planification familiale, car il s'agit d'un indicateur extrêmement fiable qui

n'est pas soumis à de multiples définitions (comme c'est le cas pour « nouvelles acceptantes des méthodes PF ») et qu'il impose une charge de rapportage minimum aux prestataires de santé.

Qu'est-ce que les APC ?

241. Les APC correspondent à l'estimation de la protection fournie par les méthodes contraceptives sur une période d'un an, calculée en fonction du volume total des contraceptifs vendus ou distribués gratuitement aux clientes au cours de cette période.

Comment les APC sont-elles calculées ?

242. Les APC sont calculées en multipliant les quantités de chaque méthode distribuée aux clientes par un facteur de conversion, afin d'obtenir une estimation de la durée de protection contraceptive fournie par unité de cette méthode. Les APC pour chaque méthode sont ensuite additionnées pour toutes les méthodes afin d'obtenir un nombre d'APC total. Les facteurs de conversion des APC sont basés sur la manière dont les méthodes sont utilisées, les taux d'échec, les risques de péremption, et le nombre d'unités de chaque méthode typiquement nécessaire à fournir une année de protection contraceptive pour un couple. Les calculs tiennent compte du fait que certaines méthodes, comme les préservatifs et les contraceptifs oraux, par exemple, peuvent ne pas être utilisés correctement ou pas utilisés du tout, et de ce que les DIU et les implants peuvent être retirés avant que leur durée d'action ait été achevée.

Pourquoi est-ce que l'USAID utilise les APC comme indicateur pour perdurer les performances des programmes PF ?

243. Les APC sont faciles à calculer à partir des données que les programmes collectent de manière routinière ; ces données proviennent de multiples sources et sont relativement aisées à suivre. Les calculs d'APC fournissent une indication immédiate des volumes produits par les activités d'un programme. Les APC permettent également aux programmes de comparer la couverture contraceptive fournie par différentes méthodes de planification familiale.

244. Dans le contexte de PROMIS-PF, nous rapporterons les données d'APC par trimestre et par années pour l'ensemble du programme. Nous pourrions de plus diviser ce chiffre total selon de multiples variables : par géographie cible (Province, ZS), par partenaire de mise en œuvre, par type d'intervention (structures sanitaires, DBC, équipes mobiles...), et par méthode.

245. Les APC ont plusieurs limitations. Premièrement, malgré sa large utilisation dans le cadre des programmes internationaux de planification familiale, le sens du terme « Années de Protection Couple » n'est pas intuitif pour les non-spécialistes. (Ironiquement, certains indicateurs paraissant beaucoup plus intuitifs comme par exemple « nouvelles utilisatrices » pâtissent de sévères problèmes de mesure et de suivi en raison de leurs multiples définitions). Deuxièmement, les APC permettent d'estimer la couverture en PF, mais ne fournissent pas d'indicateurs au niveau des populations ou de mesures d'impact. Troisièmement, il est possible d'interpréter une APC comme correspondant plus ou moins à une femme ou un couple utilisant la contraception pendant une année, mais il n'est pas possible de convertir directement les APC en nombre d'utilisatrices. Dans la mesure où les méthodes à longue durée d'action comme les DIU, les implants et les méthodes permanentes fournissent également une plus longue durée de protection que les méthodes réversibles à court terme, elles génèrent davantage d'APC par clients (es) servis (es). Toutes les APC sont rapportées (et « mises au

crédit ») de l'année durant laquelle la méthode a été fournie, et non pendant toute la durée d'efficacité de cette méthode.

246. Pour calculer les APC, il convient de collecter les données des cliniques, des pharmacies, et des prestataires communautaires, concernant les quantités de contraceptifs fournis aux clients au cours d'une période donnée (par ex, par mois, trimestre, année) et de les multiplier par le facteur de conversion approprié, tel que défini dans le tableau ci-dessous. Après leur publication en 2011, les facteurs de conversion de l'USAID sont devenus la règle d'or suivies par la quasi-totalité des agences internationales et des organisations de mise en œuvre travaillant dans le domaine de la PF. Pour donner plusieurs exemples de ces calculs :

- La clinique A est très peu active et a seulement réalisé 4 injections de DMPA-SC (Sayana Press) au cours des 12 derniers mois. Dans la mesure où DMPA-SC protège une femme pendant 3 mois, la méthode équivaut à 0.25 APC. Par conséquent, la clinique A a fourni l'équivalent d'1 APC pour l'année de rapportage.
- La clinique B a offert 400 injections de DMPA-SC au cours des 12 derniers mois. En utilisant le facteur de conversion de 0.25, la clinique rapportera 100 APC pour les quantités de DMPA-SC fournies.
- Un étudiant en sciences infirmières travaillant dans un programme à base communautaire insère 4 Implanon NXT lors d'une journée de campagne. Chaque implant protège une femme pour 2.5 années (Facteur de conversion USAID). Par conséquent les 4 Implanon NXT insérés produiront 10 APC.
- Un groupe d'étudiants en SI fournit un total de 100 Implanon NXT pendant trois journées de campagne de masse. Dans la mesure où le facteur de conversion pour ce type d'implants est de 2.5 APC par implants, le groupe aura collectivement généré 2,500 APC (100 x 2.5).

247. Normalement, une clinique ou un prestataire fournissent normalement différents types de méthodes au cours d'une même période de rapportage. Par conséquent le volume d'APC total est obtenu en faisant la somme des APC totales générées par chaque méthode, par exemple :

$$\text{APC total par prestataire} = [(Qté\ fournie\ Méthode_{(x)}) * Facteur\ de\ conversion\ Méthode_{(x)}) + (Qté\ fournie\ Méthode_{(y)}) * Facteur\ de\ conversion\ Méthode_{(y)}) + (Qté\ fournie\ Méthode_{(z)}) * Facteur\ de\ conversion\ Méthode_{(z)}) + \dots]$$

248. Un partenaire de mise en œuvre peut ainsi obtenir les APC par trimestre pour les activités dont il a la responsabilité en additionnant les APC totales produites par chaque point de prestation de son réseau.

249. Il est possible pour deux (ou plusieurs) partenaires de calculer les APC respectivement produites par les activités de leur projet, même lorsqu'ils travaillent dans la même province, pourvu qu'ils travaillent et rapportent à partir de structures sanitaires différentes ou en utilisant différentes cohortes de distributeurs communautaires. Les partenaires du programme PROMIS-PF travailleront diligemment pour éviter tout « double comptage » des APC, en ayant systématiquement un seul partenaire appuyant une FOSA / un groupe de DBC.

Note : Les APC rapportées par les partenaires de mise en œuvre auprès de l'UNOPS seront également rapportées auprès du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) à travers la plateforme électronique DHIS2.

250. Il n'est pas attendu que ces chiffres soient les mêmes dans la mesure où d'autres prestataires peuvent fournir et rapporter des données de services PF dans les mêmes FOSA / ZS que celles où auront lieu les activités du projet PROMIS (donc les volumes de contraceptifs fournis rapportés dans le DHIS2 devront théoriquement être égaux ou supérieurs à ceux rapportés dans les données de programme reçues par l'UNOPS). Mais une triangulation des données par source devrait permettre de valider les volumes d'APC rapportés et d'identifier les gaps dans le système de suivi et de rapportage des données programmatiques comme du DHIS2.

Table 14. Facteur de conversion pour le calcul des APC (CYP)

METHODE	APC PAR UNITE
DIU en cuivre-T 380-A	4.6 APC par DIU inséré (3.3 pour les DIU de 5 ans, par ex : LNG-IUS)
Implant de 3 ans (par ex. Implanon)	2.5 APC par implant
Implant de 4 ans (par ex. Sino-Implant)	3.2 APC par implant
Implant de 5 ans (par ex: Jadelle)	3.8 APC par implant
Contraception d'Urgence (Pilule)	0.05 APC par dose (20 doses par APC)
Méthodes de Vérification de la Fertilité	1.5 APC par utilisatrice formée
Méthodes du Calendrier /des Jours Fixes/ Collier du Cycle	1.5 APC par utilisatrice formée
MAMA	0.25 APC par utilisatrice (4 utilisatrices par APC)
Stérilisation* Global (Inde, Népal, Bangladesh)	10APC 13 APC
Contraceptifs Oraux	(15 cycles par APC)
Préservatifs (masculin et féminin)	120 unités par APC
Tablettes vaginales	120 unités par APC
Injectable Depo Provera (DMPA)	4 doses par APC
Injectable Noristerat (NET-En)	6 doses par APC
Injectable Mensuel Cyclofem	13 doses par APC
Anneau Vaginal / Patch Mensuel	15 doses par APC

251. Le facteur de conversion pour la stérilisation varie car il dépend du moment de la vie reproductive d'un individu où la stérilisation est réalisée. Pour plus de détails sur les APC en rapport avec la stérilisation, consulter les données des enquêtes sur la santé de la reproduction

conduite par le Département de la Santé et le Center for Disease Control, qui fourniront les méthodes de calcul utilisées en fonction du contexte spécifique des pays.

ANNEXE B. NOTE PORTANT SUR LES RELATIONS ENTRE LES AGENCES D'EXECUTION ET LE FONAREDD CONCERNANT LA MISE EN ŒUVRE ET LE SUIVI ET EVALUATION TRANSPARENT DES PROGRAMMES FINANCES PAR LE FONDS NATIONAL REDD+

252. Les éléments de cette note ou cette note elle-même doivent être intégrés dans les documents de programme³¹ avant transmission dudit document par le Président du Comité de Pilotage à l'Agent Administratif du Fonds National REDD+ pour demande de décaissement.

- 1) Le Secrétariat technique du FONAREDD est membre des Comité de Pilotage Nationaux et Provinciaux des programmes financés par le Fonds. Il peut déléguer un consultant pour l'y représenter, qui agira alors en tant qu'observateur.
- 2) Le secrétariat technique organise des ateliers destinés à élaborer les outils standardisés des projets tel qu'indiqué dans la « feuille de route de la gestion participative des projets », comme les modalités et formulaires des Plans Simples de Gestion, les plans de développement, les statuts des institutions partenaires, les contrats de PSE etc. Les agences y participent, y présentent leurs outils s'ils en emploient déjà et s'engagent à employer les outils communs élaborés par les ateliers.
- 3) Les agences transmettent des rapports semestriels ⁽³²⁾ au FONAREDD qui les publie sur son site ;
- 4) Ces rapports semestriels contiennent :
 - a. *Les éléments de la gestion fiduciaire* :
 - i. TDR des acquisitions de biens et de services (une fois publiés) ;
 - ii. Rapports des commissions de marché de ces acquisitions ;
 - iii. Rapports des missions d'évaluation fiduciaires auprès des consultants ;
 - iv. Rapport du paiement des services environnementaux ;
 - v. Rapports des consultants mandatés par le projet ou les sous-traitants ;
 - vi. PTBA du trimestre.
 - b. *Tous les éléments permettant de suivre les recrutements de personnels dont les TDR (une fois publiés) ;*
 - c. *Tous les éléments permettant de suivre les aspects techniques en particulier* :
 - i. Les instruments méthodologiques : guides, formulaires, statuts, fiches techniques...
 - ii. Les rapports de suivi évaluation et d'impact socio-environnemental ;

³¹ Dans les parties du document de programme relatives aux arrangements de mise en œuvre du programme et les arrangements de suivi et évaluation, et/ou en annexe.

³² Les rapports trimestriels, non exigés, sont les bienvenus.

- iii. Les produits de capitalisation et de communication ;
 - iv. Les indicateurs convenus renseignés (cadre de résultat).
- 5) Ces rapports et documents seront intégralement publiés sur le site internet du FONAREDD où il sera possible de les télécharger (accès public, sans restriction).
 - 6) Le FONAREDD fournira aux Agences des sites internet standardisés pour chacun de leur projet, dont il assurera le portage et l'entretien (web master). Les agences alimenteront ces sites via le web master du Fonds.
 - 7) Les agences reçoivent des missions de suivi évaluations annuelles du FONAREDD, auxquelles pourront s'ajouter des missions ponctuelles, à des fins notamment de capitalisation ou liées aux sujets faisant l'objet de recours et plaintes de la part de tiers. Ces missions sont effectuées de concert avec les chefs de projet et les experts concernés.
 - 8) Le Secrétariat Exécutif du Fonds organise des réunions techniques ou de capitalisation auxquelles les chefs de projet sont tenus de participer ainsi que leur staff concerné. Les frais de participation à ces réunions sont à la charge des projets.
 - 9) Le Secrétariat Exécutif est invité à toutes les réunions de capitalisation organisées par les agences.
 - 10) Le Secrétariat Exécutif rédige semestriellement un rapport simplifié d'avancement des projets dans lequel, sur la base des rapports et des missions de suivi il attire l'attention des agences et des bailleurs sur les taux de réalisation, les retards éventuels et leurs causes.
 - 11) Le Secrétariat Exécutif adresse des alertes aux agences dans le cas notamment où les rythmes de réalisation, d'acquisition de biens et de services ne correspondent pas au planning et vont se traduire sur l'atteinte des résultats du Plan d'Investissement.
 - 12) Les agences sont invitées en Comité Technique chaque fois que des retards importants se profilent afin de fournir leurs explications et les mesures qu'elles comptent prendre pour pallier ces retards.
 - 13) Le Comité de Pilotage du Fonds National REDD+ reçoit les résumés de ces échanges et fournit ses orientations.
 - 14) Les agences et l'équipe projet sont tenus de fournir les informations permettant de faire le suivi régulier de l'atteinte des jalons de la Lettre d'Intention signée avec CAFI et donc de renseigner à cet effet les Points Focaux REDD+ des ministères en charge du suivi de cette Lettre d'Intention ; Les chefs d'agence sont conviés à participer au Groupe Thématique qui fera la revue avec les autorités concernées de la Matrice de suivi de la Lettre d'Intention.

ANNEXE C. CONVENTION DE NON CONCURRENCE ENTRE LES PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME PROMIS-PF

CONVENTION DE COLLABORATION ET DE NON CONCURRENCE ENTRE PARTENAIRES

ENTRE

1. *L'Organisation Non Gouvernementale Internationale « **DKT RD CONGO** », située sur l'Avenue Mondjiba n° 372, Commune de Ngaliema, Téléphone : +243/970'063'005 ; Email : info@dkt-rdc.org, ici représenté par **Jan Kreutzberg**, son Directeur Pays ;*
2. *L'Organisation Non Gouvernementale Internationale **TULANE University**, située sur l'avenue Sergent Moke, numéro 14, dans la commune de Ngaliema, représenté par **Dr Arsène Binanga**, son Directeur Pays.*
3. *L'Organisation Non Gouvernementale Internationale «**MSI**», située sur l'avenue Sergent Moke, numéro 14, dans la commune de Ngaliema, représentée par **Pascale Barnich Mungwa**, son Directeur Pays*

Toutes ces organisations sont appelées ci-dessous “parties”.

IL A ETE PREALABLEMENT EXPOSE CE QUIT SUIIT :

Dans le cadre de la stratégie de maximisation de l'impact des interventions PF dans les zones de santé en République Démocratique du Congo, le consortium Tulane, DKT et MSI s'engagent à développer des approches complémentaires qui mettent en œuvre certains modèles opérationnels de prestation de service de même nature ayant pour but d'atteindre des segments de la population congolaise similaires (par exemple, les adolescents, les filles mères, etc.).

Ainsi, mus par le souci de proposer le mieux-être en faveur des bénéficiaires des services, et en vue d'accentuer la collaboration entre les partenaires respectifs et d'éviter la concurrence sur l'intervention de chaque organisation sur le terrain, il s'est avéré utile d'établir des principes de collaboration en bonne intelligence afin de ne pas créer des conflits inutiles, moins encore de duplication de programmes, mais plutôt de maximiser l'impact du programme en couvrant un maximum de zones de santé.

Les parties ont convenu d'arrêter et établir certains principes détaillés dans les lignes ci-dessous.

De ce qui précède,

IL A ÉTÉ CONVENU ET ARRETE CE QUI SUIIT :

Article 1^{er} : *Les parties s'engagent à travailler en collaboration pour éviter la concurrence sur le terrain qui sera nuisible aux partenaires et bénéficiaires de leurs services.*

Pour faciliter la résolution de certains conflits, les parties s'engagent à se soumettre au Comité Technique Multifonctionnel Permanent de chaque province pourra trancher. Ce comité est composé d'un représentant de chaque organisation partenaire.

Article 2 : *Les parties s'engagent à établir une cartographie pour chaque province de déploiement de services et ce, en particulier, dans les provinces où plus d'un partenaire sera actif.*

La cartographie sera portée à l'agenda de chaque partie et discutée dans le cadre des réunions trimestrielles de suivi du programme pour s'assurer que les ressources sont optimisées dans l'intérêt des clients ;

Article 3 : *Les parties s'engagent à collaborer étroitement dans la chaîne d'approvisionnement pour s'assurer que les produits puissent être achetés et mis à disposition des prestataires de service aux meilleurs prix pour le bénéfice des populations.*

Article 4 : *Les parties s'engagent à optimiser et partager les moyens logistiques mis à disposition par le programme et à collaborer là où c'est possible, dans le respect des différentes normes internes à chaque organisation. Les coûts de ces moyens seront alors partagés.*

Article 5 : *Chacune des parties s'interdit de contacter de son chef un prestataire faisant déjà partie du réseau d'une autre organisation partenaire (Le prestataire pouvant être défini ici comme : infirmier(e), sage-femme, centre de santé, hôpital privé ou publique) ;*

Article 6 : *Les parties conviennent de présenter chaque mois, une liste des structures appuyées qui sera partagée par les trois organisations incluant les investissements, les formations et les approvisionnements apportés.*

Ces listes seront également partagées au niveau des bureaux régionaux de chaque organisation.

Les parties s'engagent à tenir des réunions trimestrielles pour échanger et évaluer les difficultés et impacts sur le terrain à l'invitation de la coordination assurée par chaque organisation de manière rotative pour une durée de 6 mois renouvelable.

Article 7 : *Les parties conviennent que si, dans le travail avec les autorités sanitaires ou de déploiement, l'une des organisations partenaires est contactée par un canal ou prestataire qui travaille avec l'une des autres organisations partenaires de ce projet, cette question devra être abordée, toutes affaires cessantes, et une concertation bilatérale entre les deux organisations concernées sera menée dans l'intérêt supérieur des bénéficiaires.*

Dans le cas où aucun accord bilatéral n'est convenu, le troisième partenaire pourra assurer le rôle de médiateur pour faciliter un accord à l'amiable.

Qu'en cas d'échec, en dernier ressort, le Comité Technique Multifonctionnel Permanent de chaque province interviendra et pourra trancher le différend.

Article 8 : *Cette convention subsistera entre deux partenaires même dans l'hypothèse où le troisième partenaire venait à se retirer.*

Chacune des parties peut se retirer de cette convention à tout moment en avisant les autres par une lettre motivée au moins un mois avant la date de son retrait.

Article 9 : *Cette convention est ouverte aux autres organisations évoluant dans le même secteur d'activités et qui adhèrent aux clauses établies dans la présente convention.*

Article 10 : *Le présent protocole d'accord est conclu pour une durée d'une année renouvelable.*

Article 11 : *Toutes les parties se conviennent d'exécuter de bonne foi la présente convention qui entre en vigueur à la date de sa signature.*

Ainsi fait à Kinshasa en trois exemplaires dont chacune des parties reconnaît avoir reçu le sien, le 2018.

Pour l'ONGI MSI

Pour TULANE University

Pour l'ONGI DKT RD Congo

Pascale BARNICH MUNGWA

Dr Arsène BINANGA

Jan KREUTZBERG

ANNEXE D. PLAN DE TRAVAIL CONSOLIDE

ANNEXE G. COUT ANNUEL DES APC PAR ORGANISATION
G.1 : COUT ANNUEL ESTIME PAR APC POUR DKT DANS LE CADRE DU PROGRAMME PROMIS-PF

	DKT PRIX UNITAIRE PAR APC (EN DOLLARS AMERICAINS)								TOTAL Phase 1+2
	Année 1	Année 2	Année 3	Total Phase 1	Année 4	Année 5	Année 6	Total Phase 2	
Budget (USD)	3,218,048	3,252,245	3,367,252	9,837,545	3,184,653	3,146,117	3,002,904	9,333,675	19,171,220
APC générées	583,567	618,900	681,767	1,884,233	695,000	705,467	715,300	2,115,767	4,000,000
Prix unitaire par APC	5.51	5.25	4.94	5.22	4.58	4.46	4.20	4.41	4.79

G.2 : COUT ANNUEL ESTIME PAR APC POUR MSI DANS LE CADRE DU PROGRAMME PROMIS-PF**

	MSI PRIX UNITAIRE PAR APC (EN DOLLARS AMERICAINS)								
	Année 1	Année 2	Année 3	Total Phase 1	Année 4	Année 5	Année 6	Total Phase 2	TOTAL Phase 1+2
Budget* (USD)	2,000,000	2,500,000	2,500,000	7,000,000	2,666,667	2,666,667	2,666,667	8,000,000	15,000,000
APC générées	40,467	143,650	318,717	502,834	455,033	625,517	670,933	1,751,483	2,254,317
Prix unitaire par APC	49.42	17.40	7.84	13.92	5.86	4.26	3.97	4.57	6.65

G. 3 : COUT ANNUEL ESTIME PAR APC POUR TULANE DANS LE CADRE DU PROGRAMME PROMIS-PF

	TULANE PRIX UNITAIRE PAR APC (EN DOLLARS AMERICAINS)								
	Année 1	Année 2	Année 3	Total Phase 1	Année 4	Année 5	Année 6	Total Phase 2	TOTAL Phase 1+2
Budget (USD)	4,051,689	4,140,073	4,170,102	12,361,864	4,193,988	4,216,931	4,227,217	12,638,136	25,000,000
APC	904,359	1,510,176	1,633,086	4,047,621	1,633,086	1,633,086	1,633,086	4,899,258	8,946,879
Prix unitaire par APC	4.48	2.74	2.55	3.05	2.57	2.58	2.59	2.58	2.79

ⁱ PMA2020/KINSHASA, RDC : https://www.pma2020.org/sites/default/files/PMA2018-Kinshasa-R7-FP-Brief-20190201_FR.pdf

ⁱⁱ PMA2020/KONGO CENTRAL, RDC OCT-NOV 2018 (VAGUE 4 À KONGO CENTRAL, VAGUE 7 EN RDC)- : <https://www.pma2020.org/sites/default/files/FR-PMA2018-KongoCentral-R4-FP-Brief.pdf>