



# PLANIFICATION FAMILIALE

Plan stratégique national à vision multisectorielle  
( 2014 - 2020 )

## REMERCIEMENTS

L'adoption le 10 janvier 2014 du Plan stratégique national de planification familiale (PF) par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé, conjointement avec les différentes Directions et programmes de santé et les partenaires impliqués dans les interventions en Planification Familiale, m'offre l'opportunité de remercier tous ceux qui, ont contribué à sa finalisation et qui ont soutenu techniquement et financièrement son élaboration.

Je remercie en particulier les membres du Comité Technique Multi sectoriel Permanent / PF (CTMP) qui, grâce à leur travail ont permis de finaliser ce plan, permettant ainsi de concrétiser les recommandations de la Conférence Nationale sur le repositionnement de la Planification Familiale de 2009.

Mes remerciements s'adressent également à tous les Ministres Provinciaux, les Médecins Inspecteurs Provinciaux de la Santé et les médecins coordonnateurs provinciaux en charge de la Santé de la Reproduction, pour leur précieuse contribution à l'élaboration de ce document grâce au partage de leur expérience de terrain et de leur connaissance des besoins exprimés par les femmes et les couples dans leurs provinces en matière de planification familiale..

Je remercie aussi les Experts venus des autres ministères et tous les partenaires techniques et financiers (PTF) qui n'ont pas ménagé leurs efforts et leurs moyens pour assurer la finalisation de ce plan stratégique. Je pense tout particulièrement à l'appui technique, financier et à l'engagement personnel des participants de : Advance Family Planning, ASD, ASF/PSI, C-Change, DKT, École de Santé Publique de Kinshasa, Faculté de Médecine de l'Université de Kinshasa, IRC, IRD, MSH, OMS, PARSS, PROSANI, PROVIC, Save The Children, Tulane University, UNFPA, USAID.

Par ailleurs, je veux ici exprimer toute ma gratitude aux participants du Ministère de la Santé Publique (DSSP, D10, PNSA, DEP), des autres Ministères, ainsi qu'à ceux des différentes Associations et ONGS, pour leur mobilisation et leur engagement autour de la Direction du PNSR pour la finalisation de ce plan. Il s'agit en particulier des participants des Ministères du Genre, de la Famille et de l'enfant, du Plan et Suivi de la Mise en Œuvre de la Révolution de la Modernité ainsi que des Affaires Sociales et Solidarité Nationale et des participants de An'sar, UCPPF, Conduite de la Fécondité, ABEF-ND...).

A toutes et à tous, un grand merci pour la dynamique créée autour de l'élaboration de ce plan stratégique national de PF à vision multisectorielle, composante essentielle de la Révolution pour la modernité au travers la reconnaissance qu'il exprime du libre choix donné aux femmes et aux couples congolais de choisir librement et en toute connaissance de cause du moment où ils souhaitent avoir des enfants et de leur nombre.

Dr MUKENGESHAYI KUPA  
Secrétaire Général à la Santé

Au moment où notre pays est engagé dans la révolution de la modernité pour un Congo émergent à l'horizon 2030, la redynamisation de la Planification Familiale, telle que stipulée dans le Document de Stratégie pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté dans sa deuxième édition, est un atout majeur pour l'accélération du développement socio-économique durable. En matière de Planification Familiale, la vision de la RD Congo procède d'un choix en faveur de la parenté responsable et des naissances désirables.

Le plan d'action adopté, par les participants, dont ceux de République du Zaïre devenue République Démocratique du Congo (RDC), lors de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement qui s'est tenue au Caire en 1994, définit, dans son chapitre 7 « Droits et santé en matière de reproduction », la Santé de la Reproduction comme suit :

« Par santé de la reproduction on entend le bien être général, tant physique que mental et social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraire à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé ».

La Planification Familiale est l'une des composantes de la Santé de la Reproduction. Elle fait l'objet d'un développement spécial complet au sein du chapitre 7 sus-mentionné, lequel souligne les bénéfiques multiples de l'utilisation de la planification familiale pour les hommes, les femmes et les familles.

Dans tous les rapports d'enquêtes menées en République Démocratique du Congo de 1998 à 2010, la situation de la planification familiale apparaît préoccupante. C'est ainsi qu'en 2010, seulement 5,4% des Congolaises en union utilisaient une méthode moderne de contraception, ce qui est l'un des niveaux les plus faibles en Afrique. Aussi les Congolaises avaient toujours en moyenne 6,3 enfants, contre deux à trois fois moins dans les pays émergents.

Conscient de cette situation, le Gouvernement de la République a mis en œuvre les résolutions adoptées lors de la 2ème conférence nationale sur le repositionnement de la Planification Familiale qui s'est tenue à Kinshasa en 2009, ceci au travers deux mécanismes de suivi : le Comité Politique de Plaidoyer(CPP) et le Comité Technique Multisectoriel Permanent(CTMP). C'est au sein de ces comités, et aux prix de nombreux échanges et d'un travail acharné que les experts du Gouvernement et les partenaires techniques et financiers, ont pu finaliser le plan stratégique de Planification Familiale à vision multisectorielle que j'ai l'honneur de vous présenter aujourd'hui.

Adopté le 10 janvier 2014, ce plan stratégique couvre la période 2014 – 2020. Il se veut être un cadre de référence pour l'ensemble des interventions en matière de planification familiale en République Démocratique du Congo (RDC). Il s'inscrit dans la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015. Le plan entend également contribuer aux actions du Gouvernement inscrites dans le DSCR2. Ces actions visent, entre autres, à réduire la pauvreté, à améliorer les conditions sociales de base de la population congolaise grâce à la maîtrise de la démographie et à réduire la mortalité maternelle et infanto-juvénile.

Qu'il me soit permis de remercier ici tous les experts du Gouvernement ainsi que les partenaires techniques et financiers qui ont contribué à l'élaboration et à la finalisation de ce plan stratégique national de planification familiale à vision multisectorielle. Les dispositions de ce plan doivent guider tous les acteurs et partenaires intervenant dans le domaine de Planification Familiale en République Démocratique du Congo (RDC).



**Dr. Felix KABANGE NUMBI  
MUKWAMPA**

Ministre de la Santé  
Publique

# A CRONYMES

<b>ABEF</b>	: Association pour le Bien être familial ( <i>ONG Locale</i> )
<b>ADBC</b>	: Agent de Distribution a Base Communautaire
<b>AFP</b>	: Advance Family Planning
<b>ANIC</b>	: Association Nationale des Infirmiers du Congo
<b>ASD</b>	: Action Santé et Developpement ( <i>ONG Locale</i> )
<b>AS</b>	: Affaires Sociales
<b>ASF</b>	: Association Santé Familiale
<b>AZBEF</b>	: Association Zairoise de Bien Etre Familial
<b>CAO</b>	: Cadre d'Accélération des Objectifs du Millénaire pour le Développement
<b>C-CHANGE</b>	: Communication for Change
<b>CNND</b>	: Comité National des Naissances Désirables
<b>CPN</b>	: Consultation Périnatale
<b>CPON</b>	: Consultation Postnatale
<b>CPP</b>	: Comité Politique et de Plaidoyer
<b>CPS</b>	: Consultation Préscolaire
<b>CS</b>	: Centre de Santé
<b>CTMP</b>	: Comité Technique Multi sectoriel Permanent
<b>D10</b>	: Dixième Direction du MSP (Santé de la Famille et Groupe Spécifique)
<b>DEP</b>	: Direction d'Etude et de Planification
<b>DFID</b>	: Department for International Development
<b>DHS</b>	: Demographic Health Survey
<b>EDS</b>	: Enquête Démographique et Sanitaire
<b>DPS</b>	: Divisions provinciales de la santé
<b>DSCR II</b>	: Document de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté de seconde génération
<b>DDSSP</b>	: Direction de Développement des Soins de Santé Primaires
<b>ELS</b>	: Etat des Lieux de la Santé
<b>ESP</b>	: Ecole de Santé Publique
<b>ESURS</b>	: Enseignement Supérieur, Universitaire et de Recherches Scientifiques
<b>FOSA</b>	: Formation Sanitaire
<b>GFAE</b>	: Genre Famille et Enfant
<b>GIBS</b>	: Groupe Inter Bailleurs de Santé
<b>HGR</b>	: Hôpital Général de Référence
<b>IMA</b>	: Interchurch Medical Assistance
<b>INS</b>	: Institut National des Statistiques

<b>IPPF</b>	: International Planned Parenthood Federation
<b>IRC</b>	: International Rescue Committee
<b>IRD</b>	: Institut de Recherche pour le Développement
<b>MICS</b>	: Multi Indicator Cluster Survey
<b>MSH</b>	: Management Sciences for Health
<b>MSP</b>	: Ministère de Santé Publique
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	: Organisation Non Gouvernemental
<b>PARSS</b>	: Programme d'Appui à la Réhabilitation du Secteur de la Santé
<b>PCA</b>	: Paquets Complémentaires d'Activités
<b>PESS</b>	: Projet d'Équipement des Structures Sanitaires
<b>PF</b>	: Planification familiale
<b>PFN</b>	: Planification Familiale Naturelle
<b>PIB</b>	: Produit Intérieur Brut
<b>PMA</b>	: Paquet Minimum d'Activités
<b>PMA 2020</b>	: Performance Monitoring and Accountability 2020
<b>PNAM</b>	: Programme national d'approvisionnement en médicaments
<b>PNDS</b>	: Plan National de Développement Sanitaire
<b>PNSA</b>	: Programme National de Santé des Adolescents
<b>PNSR</b>	: Programme National de Santé de la Reproduction
<b>PPDS</b>	: Plan Provincial de Développement Sanitaire
<b>PROSANI</b>	: Projet de Santé Intégré
<b>PROVIC</b>	: Projet de VIH/SIDA Intégré au Congo
<b>PSI</b>	: Population Service International
<b>PSND</b>	: Projet des services des naissances désirables
<b>PTME</b>	: Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH
<b>RDC</b>	: République Démocratique du Congo
<b>SCEV</b>	: Services d'Éducation à la Vie
<b>SNIS</b>	: Système National d'Information Sanitaire
<b>SCOGO</b>	: Société Congolaise de Gynécologie et d'Obstétrique
<b>SR</b>	: Santé de la Reproduction
<b>SSP</b>	: Soins de Santé Primaires
<b>UNAAC</b>	: Union Nationale des Aides Accoucheurs du Congo
<b>UCPPF</b>	: Union Congolaise des Prestataires en Planification Familiale
<b>UND</b>	: Unités de Naissances Désirables
<b>UNFPA</b>	: United Nations Fund for Population Activities (Fonds de Nations Unies Pour la Population)
<b>USAID</b>	: Agence des États-Unis pour le Développement International
<b>ZS</b>	: zones de santé

# Table des matières

PREFACE - Lettre du Ministre de la sante publique	2
Acronymes	4
Table des matières	6
Liste des figures	7
Liste des tableaux	7
SOMMAIRE	8
AVANT PROPOS	10
<b>1. INTRODUCTION</b>	<b>11</b>
1.1. La conjoncture démographique	11
1.2. La situation actuelle de la planification familiale	12
1.3. Le pourquoi d'un Plan Stratégique	12
<b>2. CONTEXTE GENERAL DE LA RDC</b>	<b>13</b>
2.1. Situation Géographique, Politique et Administrative	13
2.2. Situation socio-économique et sanitaire	13
2.3. Situation démographique	15
2.4. Système de santé et Développement des politiques	16
<b>3. PROGRAMME DE PF EN RDC ET PROBLEMES PRIORITAIRES</b>	<b>17</b>
3.1. Historique de la Planification Familiale	17
3.2. Les efforts du Gouvernement en faveur de la Planification Familiale	19
3.3. Couverture sanitaire et Qualité des services de Planification Familiale	21
3.4. Système d'Information des Activités de Planification Familiale	23
3.5. Financement de la Planification familiale	24
3.6. Ressources humaines et formation en cours d'emploi en matière de PF	25
3.7. Coordination des activités de Planification Familiale	27
3.8. Synthèse des Problèmes Prioritaires en PF telle que Prestation des services	28
<b>4. PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE PLANIFICATION FAMILIALE</b>	<b>30</b>
4.1. Vision et Principes Directeurs	30
4.2. But et Objectifs du Plan Stratégique National de Planification Familiale	30
4.3. Sous-Objectifs du Plan Stratégique National de Planification Familiale	30
4.4. Plan d'Opérationnalisation	31
4.5. Budgétisation du plan	39
4.6. Plan de suivi et évaluation pour le Plan Stratégique	43
<b>ANNEXE : Atelier de mai juin 2013</b>	<b>46</b>
La liste d'organisations ayant contribué à l'élaboration de ce plan stratégique	47

## Liste des figures

Figure 1.	Carte de la RDC _____	12
Figure 2.	Taux de prévalence contraceptif moderne par Province en RDC _____	20
Figure 3.	Femmes en union utilisant une méthode de contraception par type de méthode et province(en %) _____	24
Figure 4.	Évolution des coûts par composantes projetés de 2014 à 2020 (en millions de dollars 2012) pour l'hypothèse diffusion rapide de la contraception moderne (+1,5 point par an) _____	40
Figure 5.	Évolution du nombre d'utilisatrices de méthodes modernes par méthodes projetés de 2014 à 2020 (en milliers d'utilisatrices) pour l'hypothèse diffusion rapide de la contraception moderne (+1,5 point par an) _	40

## Liste des tableaux

Tableau 1.	Quelques indicateurs de santé en rapport avec la planification familiale entre 1995 et 2010 _____	12
Tableau 2.	Projection de la population de la RDC de 2010 à 2030 _____	13
Tableau 3.	Zones de Sante avec service de PF par province (Enquête PTME-finance par Unicef) _____	19
Tableau 4.	Répartition des prestataires de santé formés par province et par milieu de résidence selon le type de structure (enquête PTME Unicef) _____	21
Tableau 5.	Evolution des dépenses (en US\$) en produits contraceptifs de 2003 à 2012 par source de financement _____	22
Tableau 6.	Evolution des indicateurs clé de Planification _____	25
Tableau 7.	Coûts par composantes (en millions de dollars 2012) associés au Plan stratégique pour la planification familiale de 2014 à 2020, selon les hypothèses retenues _____	39
Tableau 8.	les indicateurs proposés pour suivre les objectifs et sous-objectifs du plan stratégique _____	42





## SOMMAIRE

# Plan stratégique pour la planification familiale: 2014-2020

**L**a République démocratique du Congo est un vaste pays avec d'énormes ressources naturelles. Le gouvernement fait face à un grand défi à fournir les équipements sociaux communautaires en général (écoles, logement et routes, nourriture...), et les services de santé de base en particulier à sa population estimée entre 68 millions et 80 millions de personnes.

En raison des niveaux élevés de la mortalité maternelle et de la croissance rapide de population, le gouvernement a identifié la planification familiale comme l'une de six interventions dans son plan pour accélérer le progrès vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le Développement 4 et 5. Les enquêtes récentes montrent que le taux de fécondité est de 6,3; un quart de femmes de la population de la RDC ne souhaitent pas devenir enceintes mais n'utilisent pas la contraception. Ce plan stratégique, développé sur une période de 12 mois à travers un processus participatif impliquant plusieurs acteurs et secteurs, fournit une feuille de route pour augmenter la prévalence contraceptive moderne en passant de son niveau actuel estimé à 6,5% à 19% à l'horizon 2020. Cet objectif devient plus facile à réaliser puisque plus de 80% de tous les hommes et femmes connaissent au moins une méthode contraceptive.

Actuellement, l'accès aux services de planification familiale est limité, particulièrement dans des milieux ruraux. Sur les 516 zones de santé, seulement moins de la moitié de zones de santé (46 pour cent) ont des services de planification familiale. Bien qu'une partie du paquet minimum d'activités de base des services de santé soient intégrés, la planification familiale serait souvent une composante négligée. Cependant, en 2012 le Ministère de la santé a pris des mesures concrètes pour renforcer la planification familiale en allouant des fonds à l'achat des contraceptifs et des équipements et matériels de santé pour 66 zones de santé, en plus un développement de projet de loi pour introduire une législation favorable à la planification familiale.

### **Le Plan Stratégique pour la Planification Familiale : 2014 - 2020 a deux objectifs :**

1. augmenter la prévalence contraceptive moderne estimée à 6.5% en 2003 à au moins 19% en 2020 ; et
2. assurer l'accès et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes à au moins 2,1 millions de femmes d'ici 2020.

### **La mise en œuvre du plan implique six objectifs secondaires :**

1. obtenir l'engagement effectif et concret du gouvernement à la planification familiale ;
2. améliorer l'accès des hommes et des femmes aux services de planification familiale dans le secteur publique et dans le secteur privé;
3. augmenter la qualité des services de planification familiale ;

4. stimuler la demande de la planification familiale
5. développer et renforcer un système efficace de logistique pour la gestion de contraceptifs ; et
6. mettre en place un système pour évaluer systématiquement les résultats.

Le succès de la mise en œuvre de ce plan exigera la participation active des plusieurs acteurs dont :

- Le Gouvernement de la RDC a travers ses différents ministères dont le Ministère de la Santé Publique (PNSR et PNSA); Ministère de Genre, Femmes et Enfants; Ministère de l'Éducation Nationale; Ministère de l'Enseignement Supérieur, Universitaire et Recherche Scientifiques, Ministères des Affaires Sociales, Ministère de l'Environnement, Ministère du Travail et Prévoyance Sociale,...
- Les organisations Non Gouvernementales (Nationales et Internationales)
- Les Confessions Religieuses (Catholiques, Protestante, Armée du Salut, Kimbanguiste, Musulmanes et Eglises de Réveil)
- Les bailleurs de Fonds Nationaux et Internationaux
- La société civile,
- Les opérateurs économiques du secteur privé (entreprises, sociétés lucratives).

Le Plan Stratégique inclut le coût de l'ensemble d'activités proposées décrites pour ces six objectifs secondaires. Le coût total pour la période 2014-2020 est estimé aux 240 millions de dollars américains. De ce total, 54 millions de dollars américains seront nécessaires pour l'achat des contraceptifs et 90 millions de dollars américains pour l'appui dans la livraison des services. Un tableau des coûts par année et du type de dépenses (contraceptifs, personnel, dépenses générales, et coûts d'entretien) est présentée dans le plan.

Le succès de ce plan ambitieux sera mesuré en termes de progrès vers les deux premiers objectifs : un taux de prévalence contraceptive moderne de 19% pour tout le pays et au moins 2,1 millions d'utilisateurs des méthodes contraceptives d'ici 2020. Dans la période, il y aura un suivi continu des résultats à travers les six objectifs secondaires (engagement du gouvernement, accès, qualité, demande de génération, logistiques contraceptives, et suivi/évaluation), basée sur des indicateurs décrits dans le document.

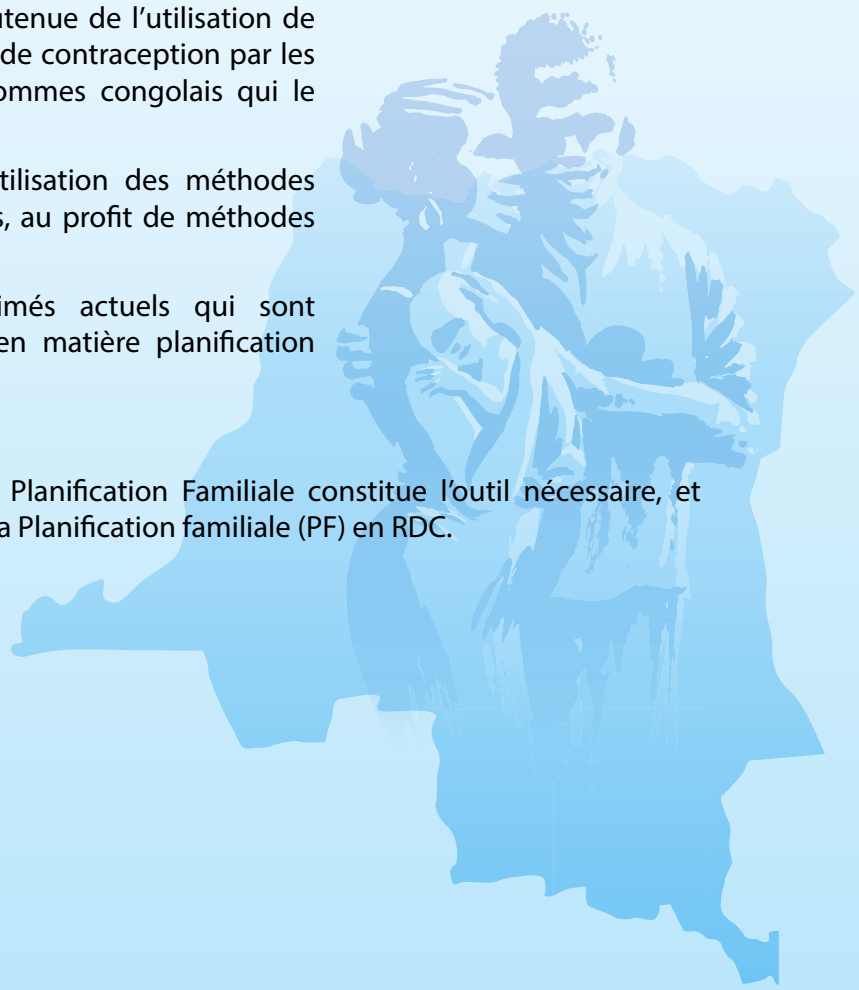
**L**e présent Plan Stratégique National de Planification Familiale s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015, et il entend contribuer, grâce à la réduction des grossesses à risques, aux efforts du Gouvernement qui visent entre autre la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile.

Etant donné que le PNDS tend à l'échéance, le présent plan couvre la période 2014 - 2020. Il se veut être un cadre de référence pour l'ensemble d'interventions en matière de planification familiale en République Démocratique du Congo (RDC).

Sa mise en œuvre permettra particulièrement de:

- assurer une augmentation soutenue de l'utilisation de méthodes modernes efficaces de contraception par les femmes congolaises et les hommes congolais qui le souhaitent ;
- diminuer progressivement l'utilisation des méthodes traditionnelles, moins efficaces, au profit de méthodes modernes ;
- répondre aux besoins exprimés actuels qui sont importants et non satisfaits en matière planification familiale.

Ce Plan Stratégique National de Planification Familiale constitue l'outil nécessaire, et indispensable au repositionnement de la Planification familiale (PF) en RDC.



La République Démocratique du Congo (RDC) est un vaste pays doté d'énormes ressources naturelles. Elle a été confrontée à de nombreuses crises multiformes qui ont affecté tous les domaines du développement social, économique et politique au cours de ces deux dernières décennies. Ceci a entraîné la RDC parmi les pays ayant les plus faibles indicateurs en matière de santé et de développement et cela en dépit de progrès réalisés ces dernières années. La RDC fait ainsi face à de nombreux défis à relever dans la quasi-totalité des secteurs.

Parmi ces nombreux défis à relever, ce plan stratégique se concentre sur l'importance qu'il convient d'attacher à l'augmentation de l'utilisation de la contraception moderne en RDC. Cette augmentation contribuera, en effet, non seulement à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant dans le pays, mais aussi à la maîtrise de la croissance démographique et ainsi à une amélioration plus rapide des conditions de vie de la population.

## 1.1. La conjoncture démographique

En 2013, la population de la RDC était estimée à 68 millions d'habitants par la Division de la Population des Nations unies et à 80 millions selon l'Institut National de la Statistique. On estimait par ailleurs en 2010, la fécondité à 6,3 enfants par femme, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans à 158 pour 1000 naissances vivantes<sup>1</sup> et le ratio de mortalité maternelle en 2011 à 540 pour 100,000 naissances vivantes<sup>2</sup>. En dépit de niveaux de mortalité toujours élevés, la forte fécondité, qui prévaut toujours dans le pays, conduit à une croissance de la population de 2,8% par an, ce qui correspond à une augmentation annuelle de près de 2 millions de personnes, et à un doublement de la population tous les 25 ans. Cette augmentation annuelle va s'accélérer et se poursuivre du fait de l'arrivée de générations plus nombreuses aux âges de procréation, phénomène inévitable, les mères de demain étant déjà nées (phénomène connu sous le nom de momentum démographique).

Avec une population composée de 45% de jeunes de moins de 15 ans et seulement pour 3% de personnes de 65 ans et plus, la population de la RDC reste très jeune. La proportion importante de cette jeunesse a des conséquences pour le développement socio-économique du pays. Ces jeunes doivent en effet être pris en charge par leurs parents, mais aussi par les institutions publiques au travers des services de santé et le système éducatif.

L'augmentation de l'utilisation de la contraception moderne, qui fait l'objet de ce plan, devrait permettre un ralentissement progressif de la croissance démographique, qui entrainera une réduction des charges qui pèsent sur la population potentiellement active de 15 à 64 ans. Dans d'autres pays, cette réduction des charges a permis une augmentation de l'épargne et des investissements qui a stimulé leur développement. La RDC pourrait s'inspirer de l'expérience de ces pays pour suivre une évolution similaire et bénéficier de ce qu'on a appelé le «dividende démographique.»

1 MICS RDC 2010

2 World Bank 2013, World Development Indicators, <http://databank.worldbank.org/data/views/variableSelection/selectvariables.aspx?source=world-development-indicators>

En RDC, près de 80% des grossesses des femmes mariées ou en union sont à risques, parce que susceptibles d'être « trop précoces, trop rapprochées, trop nombreuses, et/ou trop tardives. » Dans la majorité des cas, ces grossesses cumulent plusieurs de ces risques<sup>3</sup>. Ceci correspond en 2013 à environ 1,7 million de grossesses potentielles à risques, sur un total d'environ 3 millions, et à 800 000 grossesses à haut risque. De telles grossesses nécessitent une attention supplémentaire pendant la grossesse, au moment de l'accouchement, et ensuite un renforcement de l'attention qu'il convient de porter aux enfants issus de telles grossesses. Malheureusement, la pauvreté de nombreuses familles ne leur permet pas de faire face aux dépenses correspondantes, ce qui les expose donc à des risques plus élevés de mortalité maternelle et infantile mais aussi de malnutrition chez les jeunes enfants. Le nombre d'enfants souhaité par les femmes congolaises reste de 5,6 enfants en 2007<sup>4</sup>, mais inférieur à la fécondité observée de 6,3 enfants par femme.

## 1.2. La situation actuelle de la planification familiale

Selon les résultats de l'Enquête MICS réalisée en 2010, le taux de prévalence contraceptive moderne en RDC était de 5,4%, ce qui reste faible, comparativement à bon nombre d'autres pays africains. Pourtant 24% des femmes congolaises expriment un besoin non satisfait en planification familiale, c'est à dire souhaitent soit espacer ou ne plus avoir d'enfants, mais n'utilisent aucune méthode contraceptive pour éviter une grossesse non désirée.

Conscient de cette situation, le gouvernement de la RDC a décidé de faire de la planification familiale l'une des priorités nationales. Ce qui permettrait de passer de naissances non désirées et non planifiées, à des naissances désirées et planifiées. Ce faisant, le pays s'engagerait sur le chemin de la «révolution contraceptive»<sup>5</sup>, grâce à une utilisation à large échelle des services de Planification Familiale.

## 1.3. Le pourquoi d'un Plan Stratégique

Pour matérialiser sa vision en matière de planification familiale, le Gouvernement de la RDC, à travers le Ministère de la Santé Publique, a pris l'initiative de développer un Plan Stratégique National 2014-2020 qui s'inscrit pleinement dans le cadre des initiatives qui visent la réduction de la mortalité maternelle et infantile, et entend contribuer ainsi l'amélioration du bien-être de la femme, de la jeune fille, de la famille et de toute la communauté.

La mise en œuvre des activités retenues dans ce plan implique la participation de plusieurs intervenants à divers échelons (national, provincial et local). Elle implique aussi une approche multi sectorielle avec la conjugaison des efforts de plusieurs ministères et bailleurs de fonds, d'ONG nationales et internationales et aussi la participation des confessions religieuses. Ces efforts seront coordonnés par le Programme National de Santé de la Reproduction, structure du le Ministère de Santé Publique chargée de promouvoir et de coordonner les activités liées à la santé de la reproduction.

3 EDS 2007, <http://www.measuredhs.com/publications/Publication-Search.cfm>. Congo Democratic Republic DHS, 2007 - Final Report (French).

4 EDS 2007, <http://www.statcompiler.com/>

5 Le terme révolution contraceptive apparaît dans la littérature scientifique dans les années 1980. L'article le plus récent sur le sujet est: "The contraceptive revolution: focused efforts are still needed" by John Cleland and Iqbal H Shah, The Lancet, Volume 381, Issue 9878, Pages 1604 - 1606, 11 May 2013.



## 2.1. Situation Géographique, Politique et Administrative

La RDC s'étend sur une superficie de 2 345 409 km<sup>2</sup>. Elle est située en Afrique centrale et partage 9 165 kilomètres de frontière avec neuf pays voisins. Par sa superficie, la RDC est le 2<sup>ème</sup> pays le plus vaste en Afrique après l'Algérie.

La RDC est un État unitaire fortement décentralisé. Elle est subdivisée en 11 provinces, 25 districts administratifs, 21 villes, 145 territoires administratifs et 77 communes. La Constitution de la troisième République (février 2006) prévoit le passage de 11 à 26 provinces et met fin à l'existence de l'échelon « district ».

## 2.2. Situation socio-économique et sanitaire

Sur le plan du développement humain, la RDC se caractérise par une prévalence élevée de la pauvreté qui est estimée à 71% en 2005, un niveau qui contraste avec les énormes potentialités économiques du pays.

En effet, sept ménages sur dix étaient pauvres avec une disparité entre milieu rural et milieu urbain. Dans le milieu rural, huit ménages sur dix étaient estimés pauvres tandis qu'en milieu urbain, moins de sept ménages sur dix étaient estimés pauvres. Cette disparité de pauvreté existe aussi entre les différentes provinces. L'alimentation représentait 62,3% des dépenses totales des ménages<sup>6</sup>. L'ampleur de la pauvreté varie également selon les groupes socio-professionnels (les travailleurs indépendants et les apprentis qui ont en majorité un emploi dans le secteur informel étant les plus touchés).

Quant à la situation économique, le taux de croissance du PIB a varié en dents de scie depuis l'indépendance. La moyenne s'est établie à 7% pour les trois années 2010-2011-2012. Mais du fait de la croissance démographique, l'augmentation du PIB par tête n'a été que de 4%<sup>7</sup>, ce qui reste insuffisant pour réduire rapidement la pauvreté dans le pays.

Sur le plan sanitaire, des progrès ont été réalisés au cours de ces dix dernières années en termes de réduction de la mortalité maternelle. Le tableau ci-après présente la situation de cette mortalité et des principaux indicateurs de la planification familiale.

6 République Démocratique du Congo. Document de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté. Deuxième génération. DSCR 2011-2015. Kinshasa, Octobre 2011

7 World Bank 2013, World Development Indicators

Tableau 1. Quelques indicateurs de santé en rapport avec la planification familiale entre 1995 et 2010

Source	Mortalité maternelle	Prévalence contraceptive moderne	Besoins non satisfaits	Indice de fécondité	Fécondité chez les adolescentes
1ELS 1998	1837/100.000	4,6	-	7,2	-
MICS 2001	1289/100.000	4,4	-	7,1	20,0
DHS 2007	549/100.000	5,8	24,0	6,3	19,0
MICS 2010	-	5,4	24,0	-	13,5

Si on s'en tient aux données disponibles présentées dans le tableau ci-dessus, la prévalence contraceptive moderne est restée presque stationnaire au cours de ces dix dernières années entre 4,4 et 5,8%. Les besoins non satisfaits en matière de planification sont aussi restés stationnaires à 24% entre 2007 et 2010. L'indice de fécondité a légèrement baissé de 7,2% en 1998 à 6,3% en 2007. Toutefois, on note une diminution significative de la fécondité chez les adolescentes qui est passée de 20% en 2001 à 13,5% en 2010.

Figure 1. Carte de la RDC



La réponse du Gouvernement pour réduire la pauvreté et la mortalité maternelle est contenue dans le Document de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté de seconde génération, (DSCR 2011-2015). Entre autres objectifs, ce document vise l'amélioration de l'accès de la population aux services sociaux de base dont la santé, y compris la planification familiale.

## 2.3. Situation démographique

Lors du recensement scientifique de 1984, la RDC abritait une population qui se chiffrait à 29 millions contre 13,5 millions en 1958. En Mi- 2013 cette population était estimée à 80 millions par l'Institut National des Statistique (INS), à 68 million par la Division de la Population des Nations unies, et à 69 millions par les projections réalisées par SPECTRUM dans le cadre d'un projet sur les dividendes démographiques qui est soutenu par le PARSS (Programme d'Appui à la Réhabilitation du Secteur de la Santé)

Le taux de croissance démographique en RDC était estimé en 2013 à 3,4% par l'INS, mais à 2,7% par les Nations unies et à 2,9% par les projections réalisées par SPECTRUM ). Malgré ces différences, toutes les estimations actuellement disponibles indiquent que la population de la RDC devrait atteindre les 100 millions d'habitants avant ou autour de 2030. Les résultats du prochain recensement de la population prévu en 2015 permettront d'affiner ces estimations.

Les résultats jusqu'en 2030 des projections de la population totale et de la population des femmes en âge de procréer sont présentés dans le tableau 2 ci-dessous

*Tableau 2. Projection de la population de la RDC de 2010 à 2030*

Années	Projections SPECTRUM (août 2013)			Projections Nations unies (juin 2013)		
	Population totale (en millions)	Femmes de 15-49 ans (millions)	% dans la population totale	Population Totale (millions)	Femmes de 15-49 ans (millions)	% dans la Population Totale
2010	62,2	14,1	22,7	62,2	14,1	22,7
2013	67,9	15,5	22,8	67,5	15,5	22,9
2020	82,8	19,2	23,2	81,3	19,2	23,7
2025	94,4	22,3	23,6	92,1	22,3	24,2
2030	106,9	25,9	24,3	103,7	25,7	24,7

**Sources :** Calcul avec Spectrum : Rapport Guengant sur la Quantification et la budgétisation du Plan Stratégique de Planification Familiale - United nations 2013<sup>8</sup>

La forte croissance démographique projetée pour les années qui viennent est la conséquence d'un niveau toujours élevé de fécondité et de la jeunesse de la population (les mères de demain issues de familles nombreuses étant déjà nées).

Selon les résultats de l'Enquête MICS réalisée en 2010, la fécondité était de 6,3 enfants par femme, avec cependant des différences entre les femmes appartenant aux ménages les plus riches et celles appartenant aux ménages les plus pauvres, et entre femmes éduquées et femmes n'ayant pas été à l'école. Les adolescentes (15-19 ans) contribuent à la fécondité de façon importante.

8 United Nations 2013-Population Division, World Population Prospects: The 2012 Revision, <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>, released June 13, 2013



La capitale de la RDC, Kinshasa, est marquée par une forte augmentation de sa population estimée à 1,5 million d'habitants en 1975 ; elle est passée à plus de 10 millions en 2013, et elle continue de croître rapidement. Selon l'INS, 67% de la population congolaise vivait en milieu rural en 2013<sup>9</sup> (65% selon les Nations Unies<sup>10</sup>).

## 2.4. Système de santé et Développement des politiques

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 11 Ministères provinciaux de la santé auxquels sont rattachées 11 Divisions provinciales de la santé (DPS). Le nombre de ces dernières a été porté à 26 en 2012 par Arrêté ministériel. Le processus de mise en place de ces 26 DPS est en cours.

Au niveau opérationnel, le pays est découpé en 516 zones de santé (ZS) dont 424 disposent chacune d'un Hôpital Général de Référence (HGR) ou d'une structure équivalente. Chaque ZS est découpée en aires de santé. Sur l'ensemble du territoire national, on en compte 8.504 dont seulement 8.266<sup>11</sup> 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.

La RDC a adopté la stratégie des **soins de santé primaires** (SSP) en 1981 et la Planification Familiale est parmi les 11 composantes de SSP à intégrer dans le paquet minimum d'activités (PMA) de structures de santé de base et dans les paquets complémentaires (PCA) des structures de santé de référence. Le contenu de ces paquets a été défini par le Ministère de la Santé Publique et la Planification Familiale figure parmi ces composantes essentielles.

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). Il incombe à ce Programme d'élaborer les politiques et normes sur la Planification Familiale et de partager également les responsabilités de financement avec les bailleurs des fonds de santé ayant la PF sur la liste de domaines d'interventions. Avec les ONGs nationales et internationales, le PNSR partage sa responsabilité de mise en œuvre des activités de PF. En effet, il semble particulièrement important de préciser que l'organisation de services de Planification Familiale est appuyée à plus de 90% par les partenaires du gouvernement (bailleurs des fonds et organisation de mise en œuvre). Depuis que le pays s'est engagé dans le repositionnement de la Planification Familiale, le Ministère de Genre, Famille et Enfant et le Ministère du Plan sont impliqués, chacun en ce qui le concerne, dans la coordination de la mise en œuvre de la PF.

9 Projections de la population de la RDC et des provinces 2011-2015, Document interne de travail, INS/DG, 26 janvier 2012, 30 pages.

10 United nations 2012, United Nations. (2011). World Urbanization Prospects: The 2010 Revision. New York, NY: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division <http://www.un.org/esa/population>

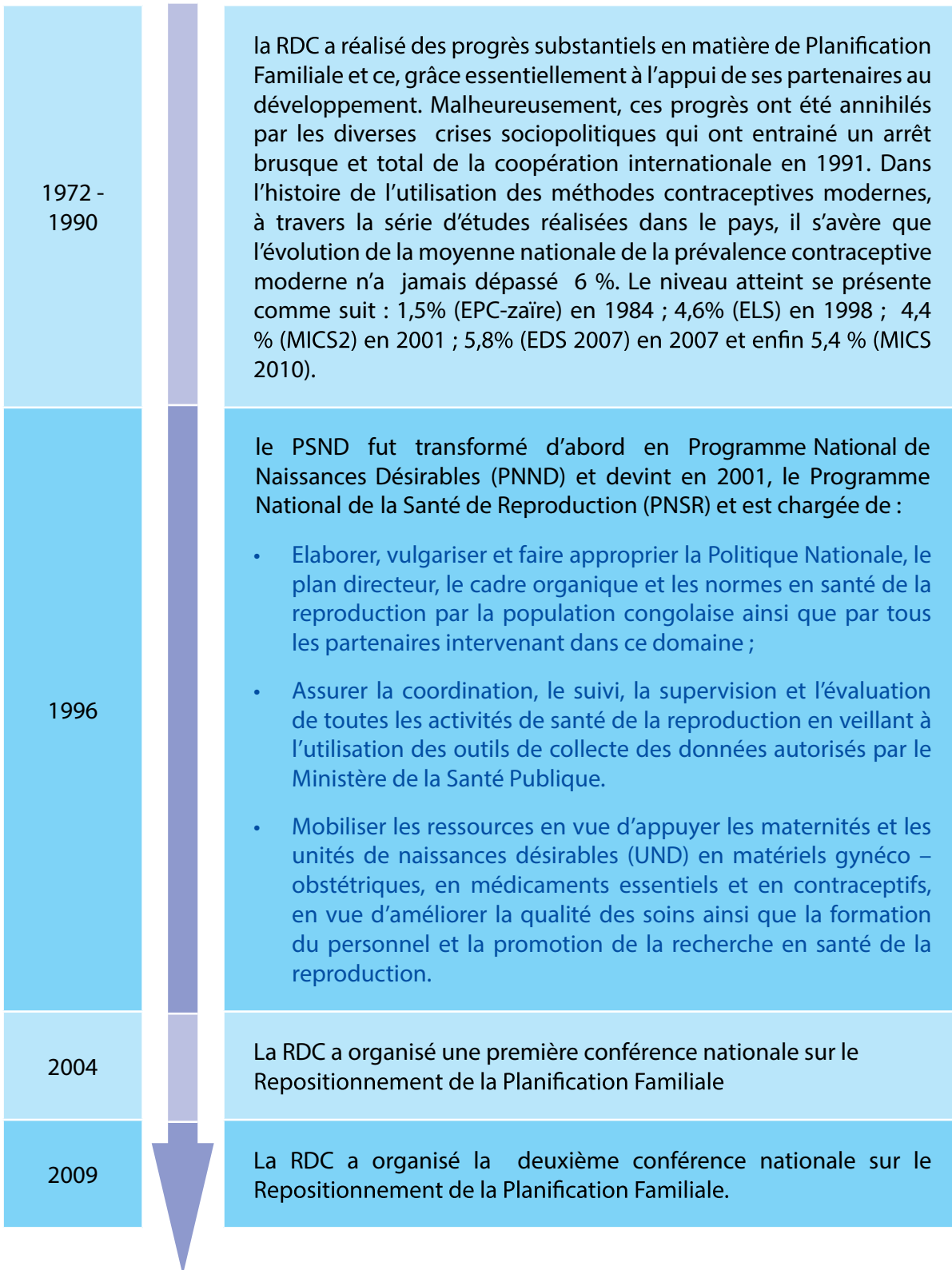
11 Ce chiffre de 8.266 centres de santé inclus seulement les formations sanitaires déclarées par les Médecins chefs de zone de santé. Sur terrain, on rencontre des aires de santé couvertes par plus d'une formation sanitaire qui offre de soins divers. La rationalisation de la couverture sanitaire préconisée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

### 3.1. Historique de la Planification Familiale

Le programme de planification familiale de la RDC procède d'une option en faveur de la parenté responsable et des naissances désirables, et concept qui transparait dans la Constitution en vigueur, notamment en ses articles 45, 47,48 et 49, et qui fut lancé en 1972 lors d'un discours du Président Mobutu à la nation. Ce concept de naissances désirables s'est inscrit dans une optique du renforcement des capacités des couples à contrôler leur fertilité, à prévenir les grossesses non-désirées et à contribuer, ainsi, à la lutte contre les avortements clandestins.

Pour avoir été colonisée par la Belgique jusque le 30 Juin 1960, la RDC a hérité de cette colonisation la loi de 1920 interdisant la vente et l'administration des produits contraceptifs. Mais en 1972, le Président Mobutu, lors de son discours à la nation, a autorisé l'exercice des activités de planification familiale et par voie de décret le concept de "Naissances Désirables" a été introduit.

1973	le Chef de l'Etat fit promulguer un décret présidentiel qui autorisait l'exercice des activités de planification familiale et ce, malgré l'existence de la Loi de 1920 qui a été reconduite en 1967 à l'Article 448 du Code Pénal.
1976	la mise en œuvre des activités des Naissances Désirables fut confiée à un comité technique appelé Comité National des Naissances Désirables (CNND). Au cours de cette même année, les institutions Catholiques ont également adhéré au mouvement.
1978	le CNND devient membre associé de la Fédération Internationale pour la planification familiale (PF). Il s'est transformé peu après en ONG/CNND-AZBEF (Association Zaïroise de Bien Etre Familial)
1982	le Ministère de la santé publique (MSP) créa le Projet des services des naissances désirables(PSND). Pendant la même année, l'Eglise Catholique matérialisa son adhésion à la PF en mettant en place le service de Planification Familiale Naturelle (PFN)



### 3.2. Les efforts du Gouvernement en faveur de la Planification Familiale

Bien que la situation sanitaire en RDC ait connu quelques progrès, il faut noter que le niveau de performance de la plupart des indicateurs sanitaires est toujours en dessous de la moyenne des pays de l'Afrique subsaharienne.

Cependant, les efforts du gouvernement, dans le domaine de la Planification Familiale, se manifestent à différents niveaux, à savoir:

1. L'Engagement politique du Gouvernement qui s'est traduit par la prise en compte de la Planification Familiale dans les DSCRP 1 et 2. Dans le Pilier Stratégique 3, le DSCRP2, souligne dans les priorités du gouvernement, la nécessité et l'urgence de redynamiser la Planification Familiale tant pour la maîtrise de la croissance démographique que pour le bien-être de la santé maternelle et néonatale.
2. Dans le document de Politique Nationale de la Santé de la Reproduction (SR) révisé en 2008, la PF est retenue comme 2ème composante parmi les 9 composantes de la SR. La politique nationale de la SR vise également la mise en place des services de PF de qualité, abordables, acceptables et accessibles à tous tant en milieu urbain que rural.
3. A trois ans de la date butoir fixée pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), la RDC se rend compte qu'il a réalisé des progrès lents et ne pourra pas atteindre des OMD 4 et 5. Ainsi, le pays a décidé d'adopter un cadre novateur appelé Cadre d'Accélération des Objectifs du Millénaire pour le Développement(CAO) permettant d'accélérer les progrès vers l'atteinte des OMD 4 et 5. Cet outil prend en compte la PF parmi les 6 priorités retenues, à savoir :

- a. La prise en charge des maladies tueuses (Paludisme, Pneumonie, Diarrhée)
- b. La Nutrition,
- c. Les Soins Obstétricaux et Néonataux,
- d. La Planification familiale,
- e. La Vaccination et
- f. L'Eau, l'Hygiène et l'Assainissement.



Eu égard à l'ampleur de l'impact de la Planification Familiale sur la réduction de la mortalité maternelle et infantile, le gouvernement de la RDC l'a aligné comme l'une des interventions prioritaires à mettre à large échelle dans toutes les 516 zones de santé.

4. A la suite de la deuxième Conférence Nationale sur le Repositionnement de la Planification Familiale organisée en 2009, plusieurs problèmes ont été identifiés et conduit à l'élaboration des recommandations prioritaires reprises dans l'encadré ci-contre.



© 2005 Daren Trudeau, Courtesy of Photoshare

5. A la suite de recommandations de la Conférence Nationale sur le Repositionnement de la Planification Familiale, un Comité multisectoriel a été mis en place pour faire avancer l'investissement dans la Planification Familiale et faire le suivi de la mise en œuvre des dites recommandations. Ce comité est composé du Ministère de la Santé, Ministère du Genre, de la Famille et de l'Enfant, Ministère du Plan, des ONG nationales et internationales, des bailleurs des fonds et des confessions religieuses.
6. Depuis 2012, le gouvernement congolais a commencé à dégager une ligne budgétaire pour les activités de Planification Familiale par l'achat de contraceptifs, l'achat des matériels et équipements de santé.
7. En 2013, pour la première fois dans l'histoire de la RDC, le Gouvernement a pris l'engagement de financer, avec fonds propres, des interventions de Planification Familiale dans 200 zones de la santé y compris l'achat des contraceptifs dans le cadre du Projet d'équipement des structures sanitaires (PESS). Le projet vise notamment l'appui à la mise en œuvre des services de PF dans 200 HGR et 1000 CS pour un montant de plus d'un million de dollars américains. En outre, le gouvernement a promis également le maintien de l'effort d'investir davantage dans le domaine de Planification Familiale pour amener éventuellement les interventions de Planification Familiale dans toutes les 516 zones de santé que compte le pays.
8. Sur le plan de la législation en matière de Planification Familiale, un projet de Loi SR/PF a été élaboré en 2012 et est en voie d'examen au Parlement afin d'autoriser les activités de Planification Familiale et abolir la loi de 1920.

### Encadré 1 : Les Recommandations clé de la conférence de 2009

1. déclaration officielle de l'engagement politique en faveur de la Planification Familiale et l'abolition de la loi interdisant la planification familiale en RDC
2. de proposer et adopter une loi en faveur de la PF
3. d'inscrire la Planification Familiale comme priorité dans le programme du Gouvernement
4. allouer une ligne budgétaire pour la Planification familiale
5. Assurer la sécurisation des produits de Planification familiale
6. Mettre en place un Comité Technique Multi sectoriel Permanent (CTMP) et un Comité Politique et de Plaidoyer (CPP) pour la concrétisation des recommandations de la conférence nationale.
7. Autres



### 3.3. Couverture sanitaire et qualité des services de Planification Familiale

#### 3.3.1. La couverture sanitaire en services de Planification Familiale

Les études récentes<sup>12</sup> ont révélé une faible intégration des services de planification familiale dans la plupart des zones de santé. Dans l'ensemble, 46% de zones de santé couvertes par l'enquête PTME (215 sur 473 dans 10 provinces sans la province de Kinshasa) ont intégré les services de PF.

Les services de PF dans les 10 provinces sont plus disponibles en milieu urbain (15%) qu'en milieu rural (4%).

Tandis que l'enquête de structures offrant la PF dans la Ville de Kinshasa<sup>13</sup> révèle que toutes les zones de santé exercent des activités de Planification Familiale mais dont la couverture est très variable. Elle varie de moins de 20% à plus de 60 % de couverture en activité de Planification Familiale.

L'intégration de la Planification Familiale dans les nouveaux projets de Santé, (DFID, PARSS/Banque Mondiale, les zones de santé sous financement du Gouvernement et autres..) pourrait amener à près de 415 le nombre de zone de santé qui auront intégré les activités de Planification Familiale à partir de 2014 pour lesquelles la couverture totale de la zone de sante n'est pas garantie.

A ce jour, la distribution à base communautaire des méthodes de Planification Familiale est faiblement implantée dans les zones de santé. En effet, elle est développée à faible échelle principalement par les organisations non gouvernementales

et les associations à assise communautaire (ABEF, Conduite de la Fécondité et l'Association des Femmes Musulmanes). Des expériences similaire de distribution communautaire de méthodes de planification familiale, mais a très faible échelle, ont été menées par le Projet Prosani, Pathfinder et autres organisations.

Tableau 3. Zones de Sante avec service de PF par province (Enquête PTME-finance par Unicef)

Province	Nombre de zone de santé	Zone de Santé avec PF	Proportion (%)
Bandundu	52	13	25,0
Bas Congo	31	10	32,0
Equateur	69	40	58,0
Kasai Occidental	44	10	23,0
Kasai Oriental	51	24	47,0
Katanga	67	46	69,0
Kinshasa	35		
Maniema	18	9	50,0
Nord-Kivu	24	10	42,0
Province Orientale	83	21	25,0
Sud-Kivu	34	32	94,0
Total	473	215	46,0

12 Cartographies des interventions et intervenants en PF et de PTME réalisées en 2011 et 2012

13 Cartographie des services de PF à Kinshasa par Université de Tulane et l'Ecole de Sante Publique de Kinshasa réalisée en Déc. 2012

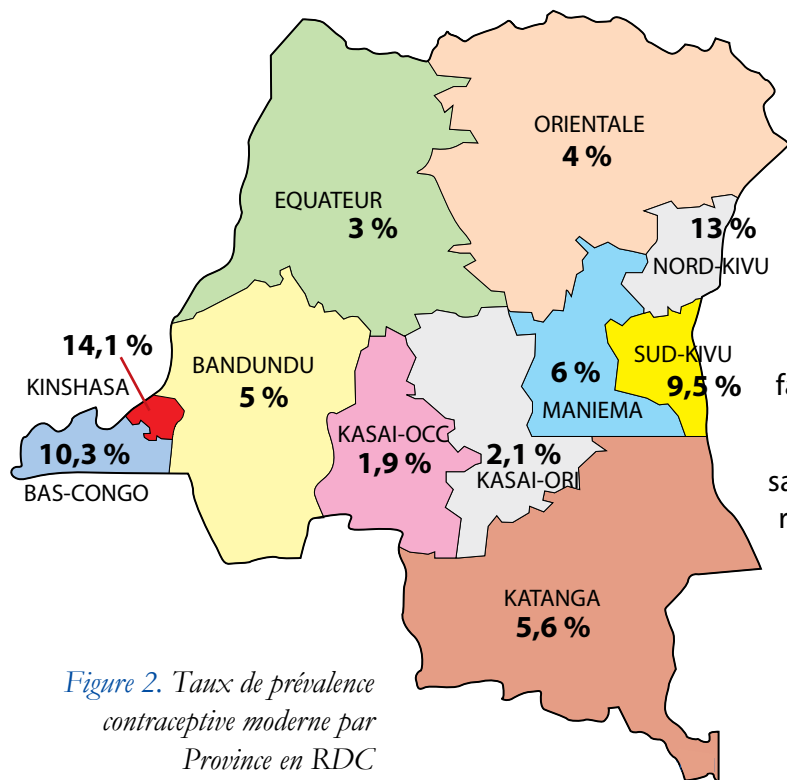


Figure 2. Taux de prévalence contraceptive moderne par Province en RDC

La couverture et l'implémentation de la distribution à base communautaire dans les zones de santé sont généralement faibles et selon l'EDS-RDC 2007, 4% seulement des femmes non utilisatrices de la contraception, ont reçu la visite d'un agent de terrain et ont discuté de la planification familiale.

Actuellement dans le système national de santé, les adolescents et jeunes, qui pourtant représentent 32,8 % de la population totale, ne bénéficient pas de l'attention qui soit à la hauteur de leurs problèmes de santé en général et des problèmes de santé sexuelle et de la reproduction en particulier. Il y a à peine 12 zones de santé (60 formations sanitaires) sur 516 Zones de Santé qui ont intégré le paquet d'activités de santé de la reproduction adapté aux adolescents et jeunes.

### 3.3.2. Qualité de services de Planification Familiale

L'enquête non publiée de 2011 menée par le Programme national d'approvisionnement en médicaments (PNAM) a révélé que 81% des formations sanitaires ont connu la rupture de stocks des contraceptifs au cours de six derniers mois ayant précédé l'enquête. Par ailleurs, l'enquête PTME 2012 indique que seulement 6% des FOSA dans 215 ZS offrent au moins trois méthodes contraceptives modernes.

A Kinshasa, l'enquête, non encore publiée, de Tulane University avec l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa, en 2012, a révélé que seulement 18% des structures de santé offraient au moins 3 méthodes de planification familiale et 13% des structures avaient des prestataires formés en Planification Familiale.

En général, ce service est dépourvu d'équipements et matériels d'organisation propre à un service de Planification Familiale. Là où le service de PF est offert, la confidentialité n'est souvent pas garantie.

D'après l'EDS-2007, 49% des femmes n'ont pas été informées sur les effets secondaires des contraceptifs et 55 % n'ont pas été informées sur les précautions à prendre en cas d'effets secondaires.

Selon la cartographie PTME2012 (au tableau 4), près de 28% des formations sanitaires du pays (CS et HGR) disposent d'un personnel formé en Planification Familiale. La Province Orientale possède le niveau le plus bas des prestataires formés (6,8%) tandis que le Nord Kivu a le niveau le plus élevé (plus de 60%).

La plupart des projets de PF sont de courte durée et n'ont généralement pas de stratégies de sortie. La référence des cas de centre de santé vers les structures de référence est très faiblement rapportée. Les supervisions sont rares et généralement basées sur la revue documentaire.

*Tableau 4. Répartition des prestataires de santé formés par province et par milieu de résidence selon le type de structure (enquête PTME Unicef)*

Personnel formé	CS		CSR		HGR		Ensemble	
	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
<b>PROVINCES</b>								
Kinshasa	52,6	216	47,7	44	65,4	26	52,8	286
Bas-Congo	22,8	281	16,9	83	51,6	31	23,8	395
Bandundu	15,2	946	22,5	142	55,0	40	17,6	1128
Equateur	14,5	838	29,9	77	35,3	51	16,8	966
Province-OR	6,1	1041	8,5	130	17,5	57	6,9	1228
Sud-Kivu	37,4	454	62,6	107	67,7	31	43,6	592
Maniema	44,1	195	50,9	53	57,9	19	46,4	267
Nord-Kivu	59,7	407	63,8	69	60,0	20	60,3	496
Katanga	34,4	687	43,6	78	48,6	37	36,0	802
Kasai-Occidental	28,4	433	26,8	82	26,1	23	28,1	538
Kasai-Oriental	32,1	742	42,0	88	40,0	45	33,5	875
<b>Ensemble</b>	<b>25,6</b>	<b>6240</b>	<b>34,8</b>	<b>953</b>	<b>44,5</b>	<b>380</b>	<b>27,8</b>	<b>7573</b>
<b>MILIEU</b>								
Urbain	39,3	952	47,0	151	63,4	95	40,7	1198
Rural	23,5	5288	32,5	802	38,2	285	25,3	6375
<b>Ensemble</b>	<b>25,6</b>	<b>6240</b>	<b>34,8</b>	<b>953</b>	<b>44,5</b>	<b>380</b>	<b>27,8</b>	<b>7573</b>

### 3.4. Système d'Information des activités de Planification Familiale

De façon générale, le système d'information des activités de PF est très peu performant. Les données sur la PF sont collectées au niveau des structures d'offre de service et celles-ci sont difficilement transmises au niveau des équipes cadres de zones de santé et moins encore au niveau de districts et provinces et presque pas communiquées au niveau national. En outre, les données transmises à chaque niveau ne sont pas complètes et parfois difficiles à être utilisées. Plusieurs causes expliquent cette situation, notamment : la multiplicité des outils de collecte des données au niveau des structures et des partenaires par manque d'harmonie jusqu'au niveau central ; la faible disponibilité de certains outils de collecte des données ainsi que l'absence de mécanisme de partage.







Le canevas du Système d'Information Sanitaire est souvent incomplet, manque de données sur la Planification familiale notamment celles des utilisateurs et aussi celles de consommation de contraceptifs qui ne sont toujours pas disponibles au niveau des provinces et encore moins au niveau national.

### 3.5. Financement de la Planification Familiale

Le financement de la PF est déficitaire. Ce sont principalement les bailleurs de fonds extérieurs dont l'USAID et l'UNFPA qui s'en chargent. La coopération bi et multilatérale y contribue à 85%, les ménages à 15% et le gouvernement central pour moins d'un (1%) pour cent. Il est unanimement reconnu que les activités de planification familiale ont été traditionnellement financées par l'USAID, l'UNFPA et l'IPPF.

Depuis 2011, d'autres partenaires se sont ajoutés pour financer les interventions de Planification Familiale notamment : DFID, Global Fund et Banque Mondiale. Pour sa part, depuis fin 2012, le Gouvernement de la République s'est résolu, comme dit plus haut, d'allouer des ressources financières à l'achat des contraceptifs pour certaines zones de santé.

Tableau 5. Evolution des dépenses (en US\$) en produits contraceptifs de 2003 à 2012 par source de financement

Année	 USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE	 UNFPA	 IPPF	 The Global Fund To Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria	Netherlands, UN, PSI, autres	Total
2003	\$ 2,062,785		\$ 17,150			\$ 2,079,935
2004	\$ 4,821,136	\$ 142,986	\$ 50,478			\$ 5,014,600
2005	\$ 2,005,733	\$ 74,119	\$ 62,416			\$ 2,142,268
2006	\$ 636,316	\$ 1,008,243	\$ 48,882			\$ 1,693,441
2007	\$ 357,404	\$ 1,904,727	\$ 65,736			\$ 2,327,867
2008	\$ 1,056,698	\$ 182,966	\$ 75,044	\$ 78,650		\$ 1,393,358
2009	\$ 2,693,294	\$ 2,518,659	\$ 42,673	\$ 4,591,149	\$ 213,282	\$ 10,059,057
2010	\$ 3,545,036	\$ 1,626,070	\$ 72,747	\$ 953,381	\$ 139,024	\$ 6,336,258
2011	\$ 5,860,439	\$ 915,654				\$ 6,776,093
2012	\$ 8,567,791	\$ 3,961,035			\$ 178,478	\$ 12,707,304
TOTAL 2003-12	\$ 31,606,632	\$ 12,334,459	\$ 435,126	\$ 5,623,180	\$ 530,784	\$ 50,530,181

Source : Reproductive Health Supplies Coalition , <http://rhi.rhsupplies.org/>

L'historique des financements pour l'achat des contraceptifs a été retracé à partir de données du tableau de la Reproductive Health Supplies Coalition.

### 3.6. Ressources humaines et formation en cours d'emploi en matière de PF

La prestation de services de Planification de Familiale est assurée principalement par les infirmiers de divers catégories et niveaux. En général, ils font partie de la catégorie du personnel du staff médical travaillant dans les structures de santé. Il a été observé que, de manière générale, les médecins sont très peu intéressés et impliqués dans les activités de Planification Familiale.

Bien que la PF eût été adoptée parmi les 9 composantes de la santé de la reproduction en RDC, sa faible intégration dans les paquets minima et complémentaires des soins de santé primaires, a entraîné le manque d'intérêt pour la plupart des ménages et professionnels de santé. Le contenu de formation des étudiants en médecine, des étudiants en sciences infirmières de niveau secondaire et universitaire prennent en compte très peu de temps pour l'enseignement sur la Planification Familiale.

La Planification Familiale bien qu'inclue dans le cursus des études secondaires et le programme d'enseignement du niveau secondaire, la Planification Familiale n'est pas systématiquement enseignée dans les différentes écoles secondaires.

Le faible statut que la société accorde à la femme en RDC conditionne ses attitudes et son comportement. L'article 144 du code de la famille demande à la femme obéissance et respect à son mari, ce qui généralement se traduit par une absence de dialogue au foyer surtout en ce qui concerne le sexe, qui est considéré comme un tabou, et le nombre moyen d'enfants à avoir ainsi que leur espacement.

Les services de santé de la reproduction, en général, s'adressent plus aux femmes qu'aux hommes (féminisation des services de PF). La probabilité pour un homme d'être exposé aux messages sur la PF est limitée, contrairement aux femmes qui sont exposées à de tels messages lors des consultations prénatales (CPN, CPS) et postnatales (CPON).

En ce qui concerne les autorisations maritales avant d'utiliser une méthode de PF, elles constituent encore une des barrières à l'utilisation de la PF par les femmes mariées en RDC.

L'offre des méthodes contraceptives est faite de façon sporadique, le service n'est pas ouvert chaque jour. Certaines structures des soins ont des horaires de service qui ne favorisent pas la promotion de la PF. Dans certaines structures qui organisent le service de PF, les méthodes ne sont offertes qu'une ou deux fois seulement par semaine.

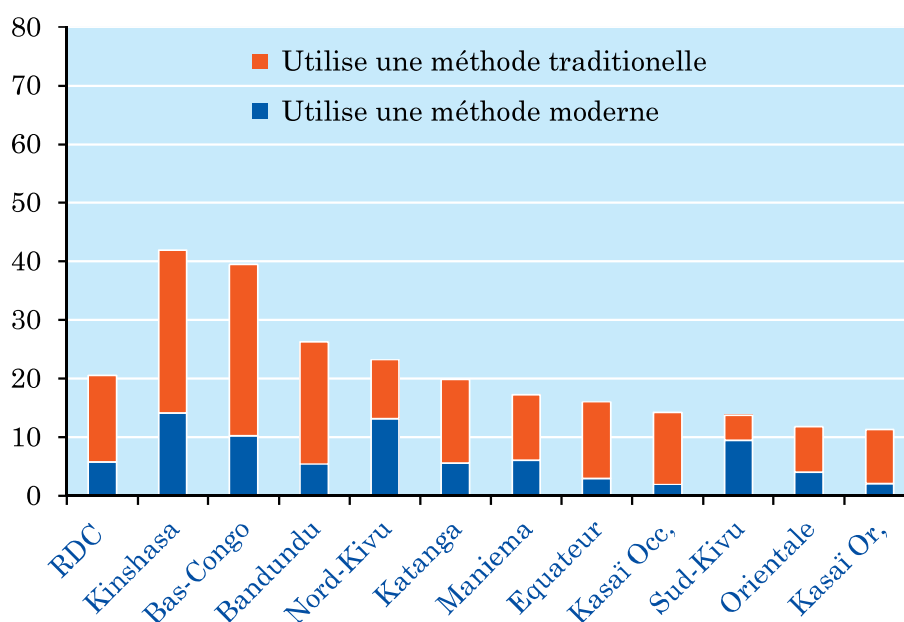
En RDC, les mariages précoces concernent 12 % d'adolescentes de moins de 15 ans et 39,1% d'adolescentes de 15 à 18 ans. Les adolescentes mariées précocement ne bénéficient toujours pas de l'information utile pour négocier les rapports sexuels sains tout comme de l'utilisation des services de Planification Familiale



Dans l'ensemble du pays, 28% des adolescentes de 15-19 ans ont déjà commencé leur vie féconde et 4% ont eu une naissance vivante avant l'âge de 15 ans. La situation s'avère plus grave pour les adolescents en milieu rural (33,4%) qu'en milieu urbain (19,8%).

L'utilisation d'une méthode contraceptive chez les femmes vivant en union ou mariées représente 17,7% au niveau national (5,4% pour les méthodes modernes) et 12,3% pour les méthodes traditionnelles) selon MICS 2010. Le pourcentage de femmes utilisant les méthodes contraceptives modernes varie considérablement entre les provinces tel que repris dans la figure 3. Les études effectuées en la matière renseignent que plus de 82% de femmes congolaises vivant en union ou mariées n'utilisent aucune méthode contraceptive pour se protéger contre les grossesses non désirées, non voulues ni pour espacer ou arrêter les naissances.

Figure 3. Femmes en union utilisant une méthode de contraception par type de méthode et province(en %)



Source : EDS 2007

De même, il ressort du rapport d'Enquête Démographique et Sanitaire (EDS) élaboré en 2007, que sept hommes sur dix n'ont reçu aucun message sur la Planification Familiale. En effet, les hommes sont souvent considérés comme un obstacle ou une barrière à la PF dans le couple. Dans la plupart des cas, l'homme pense qu'autoriser la femme à utiliser la Planification Familiale, c'est l'exposer à la prostitution<sup>14</sup>.

Le Programme de PF de la RD Congo continue de présenter de grandes insuffisances comme l'indiquent les indicateurs repris dans le Tableau ci-dessous.

14 (Rapport de l'étude sur la satisfaction des utilisateurs/clients des services de SMNE y compris la PF, dans les provinces de Kinshasa, Bas-Congo et Bandundu, août 2013).

Tableau 6. Evolution des indicateurs clé de Planification

	Indicateur	1998 (ELS*)	2001 (MICS 2)	2007 (DHS)	2010 (MICS)
1	Pourcentage de femmes de 15-49 ans en union qui utilisent la contraception moderne	4,6	4,0	5,8	5,4
2	Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui utilisent une méthode de contraception (l'une ou l'autre)	-	31,4	20,1	17,7
3	Pourcentage de femmes en union qui ne veulent pas avoir d'enfants, mais qui n'utilisent pas de contraception	-	-	24	24
4	Nombre moyen d'enfants par femme	7,2	7,1	6,3	-
5	Pourcentage d'adolescentes qui ont déjà eu une naissance vivante	-	20,1	19,0	22,5
6	Ratio de mortalité maternelle	1837	1.289	549	-

### 3.7. Coordination des activités de Planification Familiale

Les interventions et intervenants en Planification Familiale sont faiblement organisés avec des interventions souvent concentrées dans les mêmes espaces et visant les mêmes cibles. Sur le plan de mise en œuvre, on a dénombré des provinces avec forte couverture en activités de Planification (comme le Sud-Kivu avec 32 sur 34 Zones de Santé) et des provinces avec une couverture très faibles comme la Province Orientale (21 sur les 83 zones de sante et la province de Kassaï Occidental avec 10 sur les 44 zones de sante) (voir tableau 3).

Sur terrain, il existe de programmes de PF non inventoriées par le PNSR et ne rapportant pas sur les activités de PF. En outre, jusque à l'écriture de ce plan stratégique, la RDC ne dispose pas d'un plan stratégique qui donne la vision à suivre pour les activités de Planification Familiale.

Une criante faiblesse à laquelle l'on doit trouver une solution concerne la coordination. En effet, les coordinations du PNSR au niveau de province manquent aussi des moyens de supervision et ne sont pas informés sur l'ensemble d'organisations travaillant en PF dans les provinces respectives. En fin de compte, la nécessité et l'urgence s'imposent à résoudre le problème relatif à la faible capacité de mobiliser des ressources pour assurer une large couverture des zones de santé en service de Planification Familiale.

En résumé :

- Le Gouvernement de la RDC va prendre avantage de ce plan stratégique pour bien orienter ses efforts pour renforcer le programme de Planification Familiale pendant la période de 2014-2020.
- Le PNSR et le PNSA vont mieux coordonner et assurer le suivi de la mise oeuvre de ce plan stratégique.

- Les organisations de mise en oeuvre des activites de PF vont aligner leur programme de PF aux objectifs de ce plan strategique dans le but d'augmenter la prevalence contraceptive.
- Un budget détaillé de ce plan stratégique servira de guide de planification et de plan d'investissement pour les bailleurs de fonds.

### 3.8. Synthèse des Problèmes Prioritaires en PF telle que Prestation des services

#### 1. Prestation de Service

---

- Faible couverture et disponibilité des services cliniques et communautaires de PF, y compris les services des jeunes.
- Faible accessibilité financière aux services de PF pour les clients.
- Persistance des barrières socioculturelles, juridiques et économiques limitant l'accès des services de PF, y compris les services pour les jeunes.
- Faible proportion de structures de santé offrant au moins 3 méthodes contraceptives (6%).
- Quasi inexistance des services de planification Familiale dans les services medicaux du secteurs privés (Societes et entreprises privees lucratives)

#### 2. Produits contraceptifs et équipements médicaux

---

- Le besoin national en contraceptifs n'est pas connu.
- Insuffisance et faible disponibilité des contraceptifs par rapport aux besoins du Pays.
- Fréquentes ruptures de stock en contraceptifs dans les sites organisant les services de PF.
- Manque de système pour identifier les besoins en contraceptifs pour le pays.
- L'approvisionnement des produits contraceptifs dépendant principalement des projets dont ceux financés par l'USAID et UNFPA et concernant uniquement leurs sites d'intervention et couvre 124/516 zones de santé du pays.
- Les informations sur la gestion des produits contraceptifs et équipements médicaux ne sont souvent pas disponibles.

#### 3. Formation/Personnel

---

- Insuffisance des prestataires cliniques formés en PF (28%).
- Moins de 1000 Agents de distribution communautaire des méthodes contraceptives.
- La formation de base des infirmières et celle des médecins ne mettent pas trop d'attention sur la PF.



#### 4. information \_\_\_\_\_

- a. L'information sur la gestion des contraceptifs est non disponible.
- b. Faible capacité de gestion des données de PF à tous les niveaux.
- c. Multiplicité des outils de collecte des données et faible complétude et promptitude des données de prestation et gestion des activités/programmes de Planification Familiale.

#### 5. Financement \_\_\_\_\_

- a. Faible niveau de financement des activités de PF par les gouvernements et les bailleurs de fonds de Planification avec moins de la moitié de zones de sante développant les services de PF.
- b. Faible implication des secteurs privés dans le financement de la PF.

#### 6. Leadership/Gouvernance

*(du point de vue stratégie, technique, gouvernance)* \_\_\_\_\_

- a. Quasi inexistance de coordination des intervenants et interventions en PF et cela à tous les niveaux.
- b. Absence d'un cadre d'action de suivi et évaluation commun.
- c. Absence de vision claire et partagée des interventions de PF.

#### 7. Création de la demande \_\_\_\_\_

- a. Insuffisance de sensibilisation dans la communauté et persistance des barrières socio culturelles.
- b. Faible intégration de l'éducation sexuelle compréhensive dans les enseignements primaires et secondaires.

#### 4.1. Vision et Principes Directeurs

Selon le DSRP 2, la vision du Gouvernement de la RDC en matière de planification familiale est que tous les Congolais en âge de procréer aient un accès à des services de planification familiale de qualité et à un coût abordable, quelles que soient leur classe sociale, leur situation géographique, leur appartenance politique ou religieuse.

#### 4.2. But et Objectifs du Plan Stratégique National de Planification Familiale

Dans le contexte de repositionnement de la planification familiale, le Plan Stratégique National de Planification Familiale entend contribuer à l'amélioration du bien-être de la population congolaise d'ici 2020,

À ce titre, ce plan poursuit les objectifs ci-après :

##### Objectif general

- Assurer une augmentation rapide et soutenue de l'utilisation de méthodes modernes efficaces de contraception par les femmes et les hommes congolais qui le souhaitent

##### Objectifs Spécifiques

- Augmenter la prévalence contraceptive moderne estimée à 6,5% en 2013 (5,4% en 2010) à 19% au moins d'ici 2020 (ce qui correspond à une augmentation annuelle d'au moins 1,5 point de pourcentage par an)
- Assurer l'accès et l'utilisation de méthodes contraceptives modernes à au moins 2,1 millions de femmes d'ici 2020

#### 4.3. Sous-Objectifs du Plan Stratégique National de Planification Familiale

Les sous-objectifs reflètent les principes acceptés internationalement concernant les programmes de planification familiale. Le Plan Stratégique entend ainsi s'inspirer des expériences réussies en la matière dans le monde et en Afrique.

1. Obtenir un engagement effectif du gouvernement en faveur de la Planification Familiale
2. Accroître l'accessibilité des hommes et des femmes à la Planification Familiale dans le secteur publique et dans le secteur privé.

3. Accroître la qualité des services en Planification Familiale
4. Stimuler la demande en Planification Familiale
5. Développer et renforcer un système logistique efficace d'approvisionnement en contraceptifs
6. Mettre en place un système fiable d'évaluation des résultats

#### 4.4. Plan d'Opérationnalisation

La mise en œuvre de ce plan stratégique va s'appuyer sur :

1. La volonté politique du gouvernement de la RDC qui en garantira la mise en œuvre de ce plan stratégique
2. La capitalisation des programmes existant et leur capacité à renforcer leur programme existant et préserver les progrès déjà acquis
3. L'intégration du volet communautaire de l'offre de services de PF pour renforcer l'offre au niveau des structures de santé. La direction du PNSR dans la facilitation et le suivi de la mise en œuvre des activités énumérées dans le tableau ci-dessous.
4. Les contributions (en ressources humaines et financières) des organisations travaillant ou souhaitant travailler en Planification Familiale
5. Le rôle important d'autres partenaires dans la mise en œuvre des interventions de Planification Familiale (Ministère de Genre, Ministère du Plan, Ministère Affaires Sociales, Education nationale, et autres)
6. Le développement et la vulgarisation des documents de normes et politique en sante pour la Planification Familiale.
7. Le maintien de la volonté de partenaires traditionnels à maintenir au moins le niveau d'appui des services de Planification Familiale
8. L'appui des bailleurs de fonds à la réalisation des objectifs du Plan
9. L'implication des prestataires de services dans les structures de santé du secteur public et privé à promouvoir les bienfaits de la Planification Familiale et à garantir la qualité des services de Planification familiale.

Le tableau 7 ci-après présente deux objectifs et six sous objectifs décrivant les grandes lignes des résultats attendus de ce plan stratégique, les organisations responsables pour chaque résultat, les orientations, la cible et la période pour le démarrage et l'atteinte des différents objectifs.



Tableau 7. Cadre conceptuel de la mise en œuvre du plan stratégique national en PF

Sous Objectif 1. Obtenir l'engagement effectif du gouvernement en faveur de la Planification Familiale			
Sous-objectifs	Organisations (s) responsable(s)	Orientations	Période et Cible
<p>1.1. Intégrer la Planification Familiale dans les documents de développement socio-économique et les documents de politique générale de santé et de développement de la DC (PNDS, PPDS, DSCR, Document de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté etc...) qui seront produits entre 2014 – 2020</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ministère de Santé (PNRS, D10 et DEP)</li> <li>■ Ministère du Plan,</li> <li>■ Les autres Ministères associés. (GFAE, Aff. Sociales, ESURS)</li> <li>■ Ministère Environnement (REDD+)</li> <li>■ Education Nationale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Révision des documents existants</li> <li>■ Elaboration des nouveaux documents de politique ayant des liens avec la réduction de la pauvreté, la population et le développement socio-économique, la santé de la Reproduction et la Planification familiale et l'environnement et conservation</li> </ul>	<p>A partir de 2014</p>
<p>1.2. Créer une ligne budgétaire pour l'achat de contraceptifs (au niveau national et Provincial)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les DEPs avec la collaboration du PNRS, PNSA</li> <li>■ CPP</li> <li>■ Les différents ministères ciblés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Santé</li> <li>■ Genre Famille et Enfants</li> <li>■ Affaires Sociales,</li> <li>■ Développement Rural,</li> <li>■ Environnement et conservation</li> </ul>	<p>Cible: niveau national</p> <p>2013: \$300,000 2014: \$1.200,000 2015 : \$2.000,000 De 2016 à 2020 : \$2.500, 000</p>
<p>1.3. Intégrer la Planification Familiale parmi les thèmes de priorité de travail du Groupe Inter-bailleurs de Santé (GIBS) et le Cluster Santé, en développement, Genre, Jeunes et Adolescents, et population</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ PNRS, PNSA, DEP, CTMP, Plan</li> <li>■ Bailleurs de Fonds</li> <li>■ ONGs et OAC</li> <li>■ Confessions Religieuses (Catholique, Prostante, Musulmane, Kimbanguiste etc...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Travail avec les différents groupes de bailleurs de fonds traitant de financement de Santé, Développement, Genre, Jeunes et Adolescents</li> </ul>	<p>2014 : Cluster Santé</p> <p>2015 : Bailleurs de Fonds</p>

<p><b>1.4.</b> Créer une loi favorable à la Planification familiale, à la protection des mineures et adolescentes, et de promotion de genre</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ PNSR, PNSA, la société civile, les Nations Unies, le Parlement, les acteurs en Planification familiale</li> <li>■ Organisation de Plaidoyer</li> <li>■ Comité Technique Multi sectoriel Permanent Comité Politique de Plaidoyer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Utilisations de toutes les énergies engagées dans la création des lois favorables à la Santé de la Reproduction et à la Planification Familiale</li> </ul>	<p>2016: Mise en place d'une nouvelle loi favorable à la PF</p>
---	---	---	---

## Sous Objectif 2. Accroître l'accès des hommes et des femmes aux services de Planification Familiale dans le secteur publique et dans le secteur privé

Sous-objectifs	Organisations (s) responsable(s)	Orientations	Période et Cible
<p><b>2.1.</b> Créer la partenariat entre les intervenants dans le domaine de PF dans chaque province</p>	<p>Ministères (PNSR, PNSA, DEPs, GFE, AF, ESURS), ONGs et Bailleurs Associations professionnelles (SCOGO, ANIC et UNAAC), Confessions Religieuses</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ministère de la Santé et ONGs</li> <li>■ Bailleurs de fonds</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les coalitions travailleront en synergies avec les autres provinces</li> </ul>	<p>Nombre provinces (cible) à couvrir:</p> <p>2014: 4 provinces 2015: 7 provinces 2016: 11 au total (toutes les provinces)</p>
<p><b>2.2.</b> Augmenter progressivement le nombre de zones de santé avec 1 structure de référence et au moins 5 centres de santé.</p>	<p>Ministère de la Santé et ONGs</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Bailleurs de fonds</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Intégration des activités de PF dans tous les programmes de santé bénéficiant de financement</li> <li>■ Collaboration avec les programmes d'environnement et de conservation</li> <li>■ Travail avec les groupes organisés dans la communauté</li> <li>■ Intégration ADBC</li> </ul>	<p>Nombre zones (cible) à couvrir:</p> <p>2014: 250 Z/S 2015: 300 Z/S 2016: 400 Z/S 2017: 450 Z/S 2018-20: 516 Z/S</p>
<p><b>2.3.</b> Introduire progressivement la distribution à base communautaire avec au moins 3 agents des services de Planification familiale par aire de santé</p>	<p>PNSR, NGOs, Bailleurs de fonds, Ministre du Genre, Affaires Sociales et autres..., Organisations a Assises communautaires, Les confessions religieuses</p>	<p>Les agents communautaires offriront des méthodes non cliniques et seront rattachés aux zones de santé et aux ONGs pour leurs approvisionnement en contraceptifs et leur rapportage</p>	<p>Nombre zones (cible) à couvrir:</p> <p>2014: 250 Z/S 2015: 300 Z/S 2016: 400 Z/S 2017: 450 Z/S 2018-20: 516 Z/S</p>
<p><b>2.4.</b> Etendre les services de centres intégrés pour les Jeunes et les Adolescents a toutes les zones de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ PNSR, NGOs, Bailleurs de fonds</li> <li>■ Ministre du Genre</li> <li>■ Affaires Sociales et autres...</li> <li>■ Organisations a Assises communautaires</li> <li>■ Les confessions religieuses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Intégrer les services des jeunes dans les zones de santé bénéficiant d'un financement de PF</li> <li>■ Encourager le développement des associations qui visent les jeunes et adolescents</li> <li>■ Cibler les associations et mouvements de jeunes et adolescents existants (Scoutisme et autres)</li> </ul>	<p>Nombre zones (cible) à couvrir:</p> <p>2013: 60 2014: 100 2015: 200 2016: 300 Z/S 2017: 400 Z/S 2018-20: 516 Z/S</p>
<p><b>2.5.</b> Etendre les services de PF aux secteur privé</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ PNSR</li> <li>■ Ministère de travail et Prevoyance sociale</li> <li>■ FEC (Federation Entreprises du Congo)</li> <li>■ Programme de Sante au travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Travailler avec la FEC pour identification d'entreprises avec services de santé operationnel</li> <li>■ Cibler les societes ayant developper les services de PF (Naissances desirables) dans le temps</li> <li>■ Encourager des entreprises a promouvoir l'espace de PF</li> </ul>	<p>A partir de 2014</p>

## Sous Objectif 3. Améliorer la qualité de service

Sous-objectifs	Organisations (s) responsable(s)	Orientations	Période et Cible
3.1. Fournir une gamme élargie d'au moins 3 méthodes contraceptives dans les structures qui offrent la PF.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ PNSR (Ministère de Santé)</li> <li>■ Bailleurs de Fonds,</li> <li>■ Les organisations d'offre de service</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La gamme élargie doit comprendre au moins : une méthode à longue durée, une à courte durée et une naturelle</li> <li>■ Révision normes et protocoles</li> </ul>	<p>Cible pour les années à venir:</p> <p>2014: 50%</p> <p>2015: 60%</p> <p>2016: 80%</p> <p>2017-20: au moins 80%</p>
3.2. Assurer la formation aux prestataires de services de Planification Familiale y compris l'élaboration des modules de formation	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ PNSR et ONGs</li> <li>■ PNSR, Min GFE, ESURS</li> <li>■ PNSR et partenaires techniques : élaboration des modules de formation</li> </ul>	<p><b>Former au moins :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 2 prestataires par structures de</li> <li>■ 3 ADBC par aire de santé soit au moins 85 par zone de santé</li> <li>■ 1 formateur par organisation d'implémentation</li> <li>■ Au moins 10 formateurs par province</li> </ul>	
3.3. Intégrer la planification Familiale dans le cursus de formation des étudiants en médecine et écoles infirmières y compris les problèmes de jeunes et adolescents	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ PNSR, ONGs</li> <li>■ Direction de Sciences de Santé (6eme Direction)</li> <li>■ Faculté de Médecine,</li> <li>■ Ecoles infirmières</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Adaptation du curriculum de formation et actualisation des notions de PF</li> <li>■ Adaptation du contenu de stage pour les étudiants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 2014: Etats de lieu du cours de PF dans les écoles de Médecine et des sciences Infirmières</li> <li>■ 2015 : Révision des cours</li> </ul>

## Sous Objectif 4. Accroître la demande pour la PF

Sous-objectifs	Organisations (s) responsable(s)	Orientations	Période et Cible
4.1. Élaborer une stratégie adaptée et détaillée de communication pour la promotion de la Planification Familiale	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les Ministères (Santé, GFE, AF)</li> <li>■ Les ONGs</li> <li>■ Programme de Santé au travail</li> <li>■ Sociétés de privées de télécommunication</li> <li>■ Médias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Identification des outils et stratégies existant</li> <li>■ Identification d'acteurs en communication</li> </ul>	<p>2014: Élaboration de la stratégie de communication</p> <p>2015: Diffusion de la stratégie</p>
4.2. Développer et distribuer les matériels éducatifs de compréhension et utilisation facile (affiches, dépliants, supports audio visuels) pour les clients, pour les prestataires cliniques et pour les agents de distribution communautaire y compris pour les jeunes et adolescents	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ministère de Santé (PNSR, PNSA), Ministère du Genre, Famille et Enfant, avec leurs partenaires d'implémentation et d'appui</li> <li>■ Jeunes et Sports</li> <li>■ EPSP</li> <li>■ ESURS</li> </ul>	<p>2014 : Développement des matériels éducatifs</p> <p>2014 : Traduction en langues locales</p> <p>2014-2015 : Début de Distribution dans les provinces</p> <p>2015-2016 : Distribution dans toutes les provinces</p>	<p>2014 : Développement des matériels éducatifs</p> <p>2014 : Traduction en langues locales</p> <p>2014-2015 : Début de Distribution dans les provinces</p> <p>2015-2016 : Distribution dans toutes les provinces</p>
4.3. Améliorer les normes communautaires envers la PF	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ PNSR</li> <li>■ ONGs</li> <li>■ Média</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Travailler avec les médias, les confessions religieuses, la société civile, les ONG locales et internationales de mise en oeuvre d'activités de PF</li> </ul>	<p>A partir de 2014</p>
4.4. Développer des programmes visant les hommes et les jeunes adolescents	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ministères de (Santé, GFE, AF, ESURS, ENJ, etc...)</li> <li>■ NGOs</li> <li>■ SCEV</li> <li>■ Santé au travail</li> <li>■ Ministère de Travail et Prevoyance Sociale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Développement des partenariats avec les ministères de : ESURS et EPSP, travail, Jeunesse et Sport, du Travail et Prevoyance Sociale</li> </ul>	<p>2015: un plan développé</p> <p>2016: implémentation du plan Pilotage.</p> <p>2017 : Extension aux autres provinces (mise à échelle)</p>
4.5. Développer les stratégies de mobilisation communautaire pour la Planification familiale	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ministères de (Santé, GFE, Affaires Sociales, ESURS, etc...)</li> <li>■ NGOs</li> <li>■ Sociétés de télécommunication (Orange, Airtel, Tigo, Vodacom)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Définition rôle et responsabilité des Agents communautaires</li> <li>■ La gamme des méthodes à offrir et le système de rapportage</li> <li>■ Implication des confessions religieuses.</li> </ul>	<p>2015: un plan développé</p> <p>2016: implémentation du plan dans les provinces</p>

## Sous Objectif 5. Développer et renforcer un système logistique d'approvisionnement en contraceptifs efficace

Sous-objectifs	Organisations (s) responsable(s)	Orientations	Période et Cible
<p><b>5.1.</b> Former un comité multi-agence pour assurer la sécurité contraceptive</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ PNSR, UNFPA, USAID, IMA-DFID, MERK-MSD, PARSS-Banque Mondiale, FEDECAM, PNAM, MSH, autre...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Identification d'organisations impliquées dans l'achat de contraceptifs</li> <li>■ Création d'une coalition des intervenants dans l'achat de contraceptifs</li> </ul>	<p>2014 : comité formé 2015 a 2020 : comité reste fonctionnel</p>
<p><b>5.2.</b> Développer la capacité du MSP / PNSR et de partenaires techniques dans tous les aspects du processus de logistique: l'achat, l'approvisionnement, la distribution, la surveillance et la responsabilisation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ PNSR, UNFPA, USAID, IMA-DFID, MERK-MSD, PARSS-Banque Mondiale, FEDECAM, PNAM, MSH, autre...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Accompagnement du PNSR dans l'acquisition des compétences pour l'achat et la gestion des produits contraceptifs, les régulations internationales, le fonctionnement du système au niveau national, provincial et des zones de sante</li> </ul>	<p>2014 : formation personnel central 2015 : formation personnel en provinces</p>
<p><b>5.3.</b> Développer un système d'information qui permet de suivre le flux de contraceptifs au pays (du gouvernement, des bailleurs de fonds et des des partenaires de terrain)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ PNSR, UNFPA, USAID, IMA-DFID, MERK-MSD, PARSS-Banque Mondiale, FEDECAM, PNAM, MSH, autre...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Travailler avec les organisations impliquées dans l'achat de contraceptifs</li> <li>■ Travailler avec les organisations impliquées dans le développement du système de sante et d'approvisionnement en médicaments</li> </ul>	<p>2014 : développement du système 2015 a 2020 : système reste fonctionnel</p>
<p><b>5.4.</b> Assurer des stocks suffisants de tous les principaux contraceptifs dans les structures de santé offrant des FP services</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ PNSR, UNFPA, USAID, IMA-DFID, MERK-MSD, PARSS-Banque Mondiale, FEDECAM, PNAM, MSH, autre...</li> </ul>		<p>2014 : 30% couverture 2016 : 50% 2020 : au moins 80%</p>
<p><b>5.5.</b> Réduire la fréquence des ruptures de stock de contraceptifs dans les structures de santé offrant des services de PF</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ PNSR, UNFPA, USAID, IMA-DFID, MERK-MSD, PARSS-Banque Mondiale, FEDECAM, PNAM, MSH, et autres...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Développement de système adapté d'approvisionnement pour le niveau opérationnel (Zones de Sante et Structures de santé)</li> </ul>	<p>2014 : faire l'enquête de base 2015 : amélioration par an de 10%</p>

## Sous Objectif 6. Mettre en place un système fiable d'évaluation des résultats

Sous-objectifs	Organisations (s) responsable(s)	Orientations	Période et Cible
6.1. Développer et actualiser la liste de structures de santé offrant des services de PF par zone de santé dans toutes les provinces	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ministère de la Santé</li> <li>Les partenaires techniques de mise en œuvre</li> <li>Les bailleurs de Fonds</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en place de système d'actualisation des services de PF, des partenaires de mise œuvre, des bailleurs (liste intervenants et interventions en PF)</li> </ul>	<p>2014: 1 province (Kinshasa)</p> <p>2015: 4 provinces</p> <p>2016: 11 (toutes les 11 provinces)</p>
6.2. Renforcer les capacités actuelles du Système National d'Information de Santé dans la transmission des données de PF	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ministères de la Santé (PNSR, 5eme Direction)</li> <li>Bailleurs de fonds</li> <li>Organisations de mise en œuvre</li> <li>Les organisations de plaidoyer et création de la demande</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilisation de la téléphonie cellulaire pour la gestion des programmes de PF</li> <li>Mise en place de système de rapportage (comme le PMA 2020)</li> </ul>	<p>Nombre provinces:</p> <p>2014: 1 province (Kinshasa)</p> <p>2015: 4 provinces</p> <p>2016: 11 (toutes les 11 provinces)</p>
6.3. Produire des rapports annuels sur l'évolution des différents indicateurs du plan stratégique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le Ministre de la Santé avec ses partenaires techniques d'implémentation et de financement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaboration de calendrier de rapportage</li> <li>Définition des contenus minimum de rapport</li> </ul>	<p>Cible: publication électronique des rapports complets sur les indicateurs PF par province</p>
6.4. Evaluer le Plan stratégique national de PF	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ministère de la Santé avec ses partenaires et les autres ministères</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Détermination des indicateurs clé pour 2015</li> <li>Détermination des indicateurs de réussite pour 2020</li> </ul>	<p>2015 : Evaluation à mi-parcours et recadrage</p> <p>2020 Evaluation finale du plan stratégique</p>

## 4.5. Budgétisation du plan

L'estimation des coûts associés à la mise en œuvre des programmes de planification familiale et à l'augmentation de la prévalence contraceptive est un exercice difficile, car les services de planification familiale sont souvent intégrés dans le secteur public dans des paquets de prestations de santé<sup>15</sup>. Il est donc difficile d'en isoler le coût spécifique, surtout lorsque les sources de financement et les prestataires de services sont multiples, ce qui est le cas en RDC.

Le calcul du coût de ce plan stratégique a été effectué à l'aide du modèle dit GAP FP développé par le *Futures Institute*<sup>16</sup> pour estimer les besoins de financement associés à l'extension de l'utilisation de la planification familiale dans un pays. Ces coûts ont été regroupés en quatre catégories : **1** les coûts d'achats des contraceptifs, **2** les coûts de personnel, **3** les frais généraux, et **4** les frais de soutien au programme. Les résultats obtenus par année et par catégories grâce au modèle GAP (voir le tableau 8 et la Figure 4 ci dessous) découlent des estimations suivantes :



### 4.5.1. Coûts d'achats des contraceptifs

ceux-ci ont été estimés à partir du nombre d'utilisatrices de chaque méthode multiplié par le nombre d'unités nécessaire pour une utilisatrice pendant un an (ou Couple-année de protection CAP<sup>17</sup>) et par le coût de chaque unité. Les coûts unitaires retenus pour chaque méthode sont les prix arrivés à Kinshasa, donnés pour l'année 2012 dans la base de données de la Reproductive Health Supplies Coalition. L'objectif du Plan stratégique d'assurer l'accès et l'utilisation de méthodes contraceptives modernes par au moins 2,1 millions de femmes d'ici 2020 correspond à une multiplication par trois du nombre d'utilisatrices entre 2013 et 2020, et à une augmentation, plus rapide de l'utilisation des méthodes de longue durée (implants et injectables: Figure 5 ci-dessous). Les besoins de financement correspondant s'élèvent à 54 millions de dollars pour l'ensemble de la période 2014-2020.

### 4.5.2. Frais de personnel

Apart le préservatif, ce sont surtout les infirmières qui conseillent et fournissent les méthodes contraceptives, ce dans des structures de santé qui généralement relèvent et appartiennent au secteur public mais qui sont souvent gérées par des partenaires privés ou grâce à des fonds privés. On peut supposer que la charge supplémentaire de travail qu'implique le triplement attendu du nombre d'utilisatrices d'ici 2020 sera complètement absorbé par les personnels actuels des centres de santé. Mais il a paru plus réaliste d'estimer les coûts supplémentaires correspondant. Pour ce faire nous avons utilisé les valeurs des «Coûts de personnel pour la

15 Methods for Estimating the Cost of Family Planning, MEASURE Evaluation Population and Reproductive Health – Report of the Expert Group Meeting on Family Planning Costing. November 2011. See report at [http://futuresgroup.com/resources/publications/methods\\_for\\_estimating\\_the\\_cost\\_of\\_family\\_planning#sthash.IE9iyp9e.dpuf](http://futuresgroup.com/resources/publications/methods_for_estimating_the_cost_of_family_planning#sthash.IE9iyp9e.dpuf)

16 <http://www.futuresinstitute.org/>

17 Le couple-année de protection (CAP) mesure le nombre total d'années de protection contraceptive fournie à un couple, en fonction des diverses méthodes modernes de contraception utilisées : ainsi 13 cycles de pilules et quatre injections d'injectables protègent un couple pendant une année, l'insertion d'un stérilet pendant près de cinq ans, et l'insertion d'implants entre deux ans et demi et près de quatre dépendant des implants.



distribution des produits» estimés pour chaque méthode à partir d'expériences diverses donnés par le modèle GAP<sup>18</sup>. On arrive ainsi à des frais supplémentaires de personnel de 47 millions de dollars pour l'ensemble de la période 2014-2020.

#### 4.5.3. Frais généraux

ceux-ci comprennent les coûts d'électricité, d'eau, de location et d'entretien des locaux, les frais d'administration, de gardiennage, etc. des structures de santé. Pour certains analystes, les surcoûts correspondant à l'extension des services de planification familiale dans ces structures peuvent être couverts par les budgets actuels, car il s'agit surtout de frais fixes qui doivent être pris en charge de toute façon. Mais, cette hypothèse n'est pas forcément réaliste, et elle ne tient pas compte de la nécessité de réhabiliter certains centres de santé. On a donc estimé les frais généraux supplémentaires en utilisant un pourcentage variable selon les méthodes de contraception, des frais de personnels calculés précédemment, tel que suggéré dans le modèle GAP. On arrive ainsi à une estimation des surcoûts en frais généraux liés à l'extension des activités en planification familiale de 51,5 millions de dollars pour l'ensemble de la période 2014-2020.

#### 4.5.4. Frais de soutien au programme

Ceux-ci correspondent dans le modèle GAP à 7 types d'activités destinées à améliorer le soutien aux objectifs du plan stratégique et l'efficacité des actions entreprises. Les besoins de financement correspondant ont été estimés à environ 13 millions de dollars par an soit 90 millions de dollars pour l'ensemble de la période 2014-2020. Ces besoins se répartissent entre les 7 types d'activités retenus de la manière suivante :

1. Création d'un environnement politique et institutionnel favorable : coût annuel estimé 400 000 dollars correspondant à l'organisation de 4 réunions de haut niveau par an (impliquant Ministres, Parlementaires, Médecins Inspecteurs des provinces etc.) et à l'impression de divers documents (plaquettes, posters etc.).
2. Formation des personnels de santé : coût annuel estimé 4 millions de dollars correspondant à la formation tous les 2 ans de personnels de santé et d'agents communautaires dans environ 500 zones de santé (le coût moyen d'une formation a été estimé à 16 000 dollars).
3. Renforcement du management: coût annuel estimé 1 million de dollars correspondant à la formation tous les 2 ans de personnels administratifs dans environ 500 zones de Santé (le coût moyen d'une formation a été estimé à 10 000 dollars).
4. Actions de communication dans toutes les provinces, incluant des campagnes en faveur de la planification familiale : coût annuel estimé 3,6 millions de dollars correspondant à une campagne de sensibilisation d'au moins un mois tous les ans dans les 11 provinces à raison de 300 000 dollars par province, plus 300 000 dollars pour des actions au niveau national.
5. Recherche, publications, dissémination des résultats de recherche et de travaux d'évaluation : une somme forfaitaire de 1 million de dollar par an a été provisionnée pour ces activités qui correspondent à l'organisation de séminaires de restitution de résultats, l'impression et la dissémination des travaux de recherche, et à des actions auprès des médias.

18 Vlassoff M, Singh S, Darroch, JE, Carbone E, Bernstein S. Assessing the Costs and Benefits of Sexual and Reproductive Health Interventions, Occasional Report No. 11, <http://www.guttmacher.org/pubs/2004/12/20/or11.pdf>

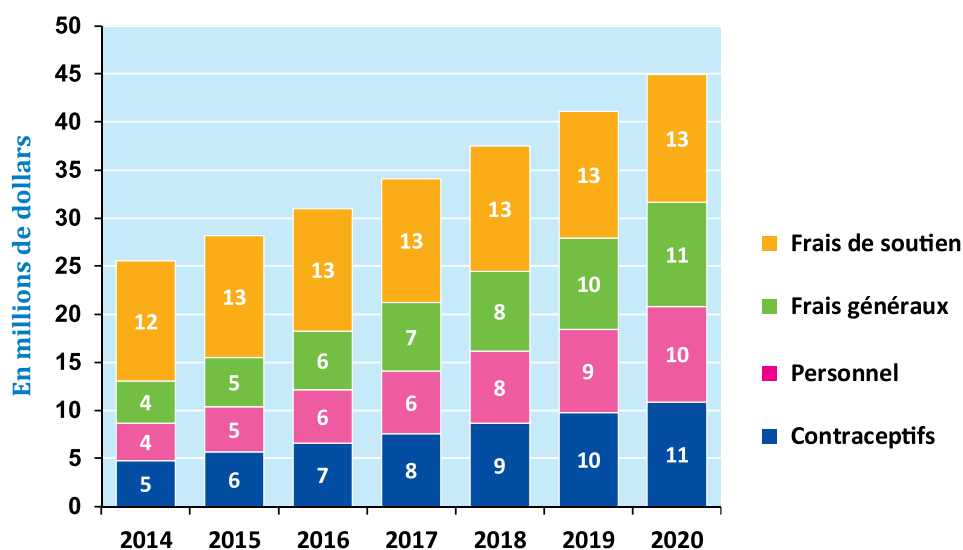
6. Logistique, mise en place d'un système de gestion logistique : une somme forfaitaire de 2 millions de dollar par an a été provisionnée pour les activités correspondantes qui comprennent la mise en place d'un système logistique performant et pérenne, ce qui pendra du temps et nécessitera probablement le recours à une expertise extérieure.
7. Suivi et Evaluation: une somme forfaitaire de 1 million de dollar par an a été provisionnée pour ces activités qui correspondent à la mise en place d'un système Suivi et Evaluation efficace capable de produire rapidement des rapports annuels exhaustifs sur l'ensemble des résultats atteints par le plan stratégique.

Au total les financements nécessaires à la réalisation du plan stratégique ont été estimés à 242 millions de dollars pour l'ensemble de la période 2014-2020. Si on exclut les frais de personnel et les frais généraux supplémentaires en supposant que ceux-ci seront totalement absorbés par les structures existantes, les financements nécessaires s'élevaient à 144 millions de dollars. Comme dans tout exercice de prévision budgétaire, ces montants sont susceptibles de faire l'objet de révisions périodiques et d'estimations plus fines que celles présentées ici.

*Tableau 8. Coûts par composantes (en millions de dollars 2012) associés au Plan stratégique pour la planification familiale de 2014 à 2020, selon les hypothèses retenues*

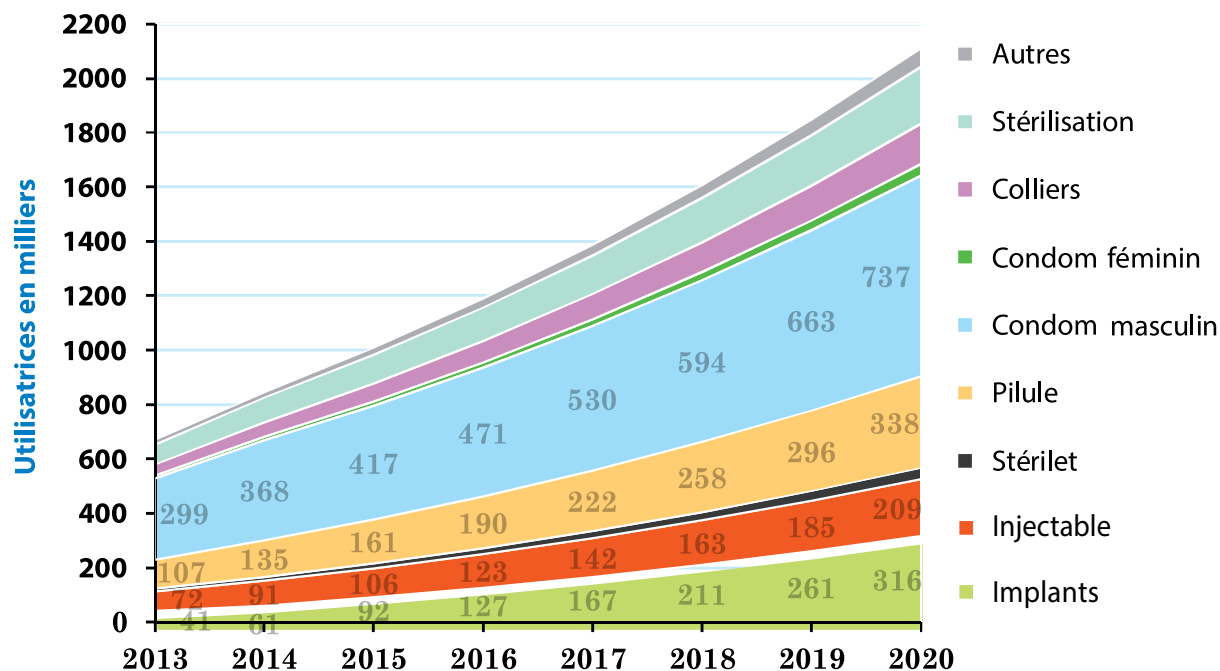
Diffusion rapide de la contraception moderne					
Années	Contraceptifs	Personnel	Frais généraux	Frais de soutien	Total
2014	\$ 4,762	\$ 3,907	\$ 4,373	\$ 12,493	\$ 25,535
2015	\$ 5,652	\$ 4,684	\$ 5,209	\$ 12,618	\$ 28,163
2016	\$ 6,599	\$ 5,542	\$ 6,136	\$ 12,744	\$ 31,020
2017	\$ 7,600	\$ 6,488	\$ 7,158	\$ 12,871	\$ 34,117
2018	\$ 8,654	\$ 7,527	\$ 8,281	\$ 13,000	\$ 37,461
2019	\$ 9,758	\$ 8,663	\$ 9,511	\$ 13,130	\$ 41,062
2020	\$ 10,908	\$ 9,904	\$ 10,855	\$ 13,261	\$ 44,928
<b>Total 2014-2020</b>	<b>\$ 53,933</b>	<b>\$ 46,715</b>	<b>\$ 51,522</b>	<b>\$ 90,117</b>	<b>\$ 242,287</b>
En %	22,3%	19,3%	21,3%	37,2%	100,0%
<b>Contraceptifs et soutien</b>	<b>\$ 53,933</b>			<b>\$ 90,117</b>	<b>\$ 144,050</b>
En %	37,4%			62,6%	100,0%

Figure 4. Évolution des coûts par composantes projetés de 2014 à 2020 (en millions de dollars 2012) pour l'hypothèse diffusion rapide de la contraception moderne (+1,5 point par an)



Par ailleurs les hypothèses retenues en termes d'évolution de la répartition des méthodes utilisées conduisent aux évolutions du nombre d'utilisatrices par méthodes qui sont retracées dans la Figure 3

Figure 5. Évolution du nombre d'utilisatrices de méthodes modernes par méthodes projetés de 2014 à 2020 (en milliers d'utilisatrices) pour l'hypothèse diffusion rapide de la contraception moderne (+1,5 point par an)



#### 4.5.5. Les Financements Actuels et Futurs

En 2013, les financements pour l'achat des produits contraceptifs que nous avons répertoriés devraient s'élever à 10,6 millions de dollars, soit un peu plus du double des besoins courants estimés pour l'année. Les principaux contributeurs sont les mêmes que ces dernières années (USAID et UNFPA). Également, le DFID contribuera à ces achats, ainsi que le Ministère de la Santé de la RDC qui prévoit un financement `hauteur de US \$760 000 \$. De même, le PARSS (Projet d'Appui au Renforcement du Secteur Santé sur financement Banque mondiale) va consentir un montant substantiel.

Les informations collectées démontrent que les financements extérieurs actuels pour l'achat des produits contraceptifs peuvent être maintenus à des niveaux plus ou moins équivalents à leurs niveaux actuels. Par ailleurs, la contribution du Ministère de la Santé pourrait atteindre 2 million de dollars en 2014, et dépasser 2 millions de dollars à partir de 2014

#### 4.6. Plan de suivi et évaluation pour le Plan Stratégique

Le Gouvernement de la RDC, à travers les programmes du Ministère de la Santé, par le biais du Programme National de Santé de la Reproduction en coordination avec les autres programmes et Ministères du gouvernement impliqués dans la mise en œuvre de ce plan stratégique, sera responsable de faire le suivi du plan stratégique avec la collaboration technique des intervenants de terrain.

Dans le cas où le résultat l'EDS 2013 montrait une augmentation significative de la Prévalence Contraceptive Nationale, l'objectif de ce plan de ce plan pourrait être re évaluer pour fixer la prévalence contraceptive nationale à atteindre en 2020.

Ce suivi sera basé sur quatre sources de données:

- Statistiques des services de routine, générés par le SNIS;
- Enquêtes périodiques auprès la population au niveau national (EDS, MICS, PMA2020);
- Des études spéciales à des fins spécifiques
- Documents administratifs du gouvernement, du PNSR, ou autre

Le tableau 9 ci-dessous présente à titre illustratif quelques indicateurs par objectif et sous objectif (qui ont été tirés du tableau 7). Ils sont comme suit :

Tableau 9. les indicateurs proposés pour suivre les objectifs et sous-objectifs du plan stratégique

Objectives ou sous-objectives	Indicateur	Source de données
Augmenter la prévalence contraceptive moderne de 6,5% à au moins 19% d'ici 2020 (1,5 pourcent par an)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pourcentage des femmes mariées ou en union âgées de 14 à 49 ans qui utilisent une méthode contraceptive moderne</li> <li>■ Pourcentage des jeunes sexuellement actives qui utilisent une méthode moderne</li> </ul>	EDS, MICS PMA 2020
Approvisionner les méthodes contraceptives modernes à au moins 2,1 Millions de Femmes d'ici 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Années-couple de protection (un indicateur « proxy » pour le nombre de femmes qui sont approvisionnées en méthodes modernes)</li> </ul>	SNIS
<b>Pour chaque sous-objectif, deux exemples d'indicateurs sont présentés</b>		
<p><b>1.</b> Obtenir l'engagement effectif du gouvernement en faveur de la Planification Familiale</p> <p><b>1.2.</b> Créer une ligne budgétaire pour l'achat de contraceptifs</p> <p><b>1.4.</b> Créer une loi favorable à la Planification familiale</p>	<p>Montant de ligne budgétaire du gouvernement pour l'achat des produits contraceptifs, par an</p> <p>Adoption d'une loi favorable à PF</p>	Documents officiels du gouvernement
<p><b>2.</b> Accroître l'accès aux services de Planification Familiale</p> <p><b>2.1.</b> Créer la coalition PF dans chaque province</p> <p><b>2.2.</b> Augmenter progressivement le nombre de zones de santé et les aires de santé offrant la PF</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nombre de provinces avec au moins une Coalition de FP opérationnelle (se réunissant régulièrement)</li> <li>■ Nombre de zones de santé offrant les services de PF</li> <li>■ Nombre d'aire de Sante offrant les services de PF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dossiers administratifs au niveau du PNSR</li> <li>■ Enquête de cartographie</li> </ul>
<p><b>3.</b> Améliorer la qualité de service de Planification Familial</p> <p><b>3.1.</b> Fournir une gamme élargie d'au moins 3 méthodes contraceptives de PF</p> <p><b>3.2.</b> Assurer la formation aux prestataires de services de Planification Familiale</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pourcentage des structures de sante offrant la PF qui ont au moins 3 méthodes contraceptives disponibles</li> <li>■ Pourcentage des structures offrant la PF qui a au moins une personne formée dans la PF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Enquête auprès des structures de santé (UNICEF PTME, PMA2020, autres)</li> <li>■ Enquête auprès des structures de santé (UNICEF PTME, PMA2020, autres)</li> </ul>

<p><b>4. Accroître la demande pour la Planification Familiale</b></p> <p>4.2. Développer et distribuer les matériels éducatifs de PF</p> <hr/> <p>4.3. Améliorer les normes communautaires envers la PF</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pourcentage de la population qui ont vu ou écouté des messages sur la PF</li> <hr/> <li>■ Pourcentage de la population qui sont favorables envers la PF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Enquêtes EDS, PMA2020</li> <hr/> <li>■ Enquêtes EDS, PMA2020</li> </ul>
<p><b>5. Développer et renforcer un système logistique d’approvisionnement en contraceptifs efficace</b></p> <p>5.3. Développer un système d’information qui permet de suivre le volume des contraceptifs qui entrent au pays ou sont achetés localement par le gouvernement, les bailleurs de fonds et partenaires.</p> <hr/> <p>5.5. Réduire la fréquence des ruptures de stock de contraceptifs dans les structures de santé offrant des services de PF.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Existence d’un système d’information qui suit le mouvement des contraceptifs a tout niveau</li> <hr/> <li>■ Pourcentage de structures de sante offrant la PF qui n’ont pas connu une rupture de stock en contraceptifs dans les 6 mois</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Documents/dossiers au niveau du MSP/ PSNR</li> <hr/> <li>■ Enquête auprès de structures de santé</li> </ul>
<p><b>6. Mettre en place un système fiable d’évaluation des résultats</b></p> <p>6.1 Développer et actualiser la liste de structures de santé (réalisée par UNICEF, 2012) offrant des services de PF par zone de santé dans toutes les provinces</p> <hr/> <p>6.2 Renforcer les capacités actuelles du Système National d’Information de Santé dans la transmission des données de PF</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Existence d’une liste actualisée des structures de sante offrant des services de PF par zone de santé dans toutes les provinces</li> <hr/> <li>■ Nombre et pourcentage de structures sanitaires qui envoient leurs statistiques sur les activités PF (selon SNIS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dossiers administratifs au niveau du PNSR</li> <hr/> <li>■ SNIS (nouveau système)</li> </ul>



## ANNEXE :

# PRODUCTION DES TRAVAUX DE GROUPES

*ATELIER de JUIN 2013 avec les Ministres provinciaux, les Médecins Provinciaux, Les Directions Etudes et Planification, les ONG Nationales et Internationales, Bailleurs de fonds » réalisé du 27 mai au 02 juin 2013 (Hôtel Sultani, Kinshasa Gombe)*

### Stratégies de Mise en Oeuvre du plan stratégique de PF

#### 1. Prestation de service

- a. Développement des activités et services de distribution communautaire dans toutes les aires de Santé
- b. Développement des activités des services cliniques dans toutes les aires de santé
- c. Développement des Points de Prestation des Services (PPS) en faveur des jeunes et adolescents.
- d. Intégration des services de Planification Familiale dans le paquet de Santé Maternelle et Néonatale.

#### 2. Produits et équipements pour la PF

- a. Intégration de l'achat des contraceptifs dans l'agenda du gouvernement et aussi des bailleurs de fonds intervenant en santé.
- b. Intégration de la stratégie de sécurisation des produits PF

#### 3. Formation

- a. Intégration de la planification Familiale dans le cursus de formation dans les écoles secondaires, les instituts supérieurs et les universités,
- b. Développement de formation en cours d'emploi adaptées au contexte des ressources limitées (de courte durée, moins coûteux et pratiques),
- c. Développement de stage de planification familiale en cours d'emploi du personnel.

- d. Développement de la formation des enseignants en éducation sexuelle comprehensive pour les jeunes et adolescents

#### 4. Information

- a. Développement de tout système susceptible d'améliorer l'acquisition des données sur la PF.

#### 5. Financement

- a. Mobilisation de fonds du secteur public et du secteur privé à tous les niveaux pour le financement des activités de PF, y compris pour l'achat des contraceptifs.
- b. Mobilisation des bailleurs de fonds additionnels pour la planification familiale

#### 6. Leadership et coordination

- a. Redynamisation/extension des comités multisectoriels pour la PF à tous les niveaux (Ministères de Genre, Education, Affaires Sociales, Plan, Budget et environnement...).
- b. Développement des partenariats internes et externes avec les différents acteurs en planification familiale par la création des coalitions nationales et provinciales pour améliorer la coordination.

#### 7. Création de la demande

- a. Promotion de la PF par les secteurs public et privé ainsi que dans la communauté (y compris les groupes religieux).

## LA LISTE D'ORGANISATIONS AYANT CONTRIBUE A L'ELABORATION DE CE PLAN STRATEGIQUE

1. ABEF
2. ADVANCE FAMILY PLANNING (AFP)
3. ASD
4. CARE INTERNATIONAL
5. C-CHANGE/FHI360
6. CONDUITE DE LA FECONDITE
7. DEP (SANTE ; PLAN ; GENRE FEMME ET ENFANTS, ...)
8. FUTURES GROUP
9. IRC
10. IRD
11. LES COORDINATIONATIONS PROVINCIALES DE PNSR
12. LES MINISTERES PROVINCIAUX DE SANTE ; GENRE FAMILLE ET ENFANTS ;  
MINISTERE DU PLAN ;
13. MAMAN ANSAR
14. MERLIN
15. MINISTERE DU PLAN
16. MINISTRE DE GENRE FEMME ET ENFANT
17. MSH
18. OMS
19. PATHFINDER INTERNATIONAL
20. PNSA
21. PNSR
22. PROJET PARSS/BANQUE MONDIALE
23. PSI/ASF
24. SAVE THE CHILDREN
25. SCOGO
26. SECRETARIAT GENERAL A LA SANTE
27. TULANE UNIVERSITY
28. UCPPF
29. UNFPA
30. USAID





