

Democratic Republic of the Congo 2008 – 2012

I. Progress on key indicators

Indicator	Value	Year	Value	Year
Child population (millions, under 18 years)	31.1	2005	35	2010
U5MR (per 1,000 live births)	205	2005	170	2010
Underweight (% , moderate and severe)	31	2001	24^a	2010
(% , urban/rural, poorest/richest)			17/27, 29/12	2010
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	1300	2001	540^b	2010
Primary school enrolment (% net, male/female)	55/49	2001	78/72^c	2010
Primary school attendance (% net, male/female)				
Survival rate to last primary grade (%)*	54	2001	75^c	2010
Use of improved drinking water sources (%)	46	2004	45	2010
Use of improved sanitary facilities (%)			24	2010
Adult HIV prevalence rate (%)	4	2005		
Child labour (% , children 5–14 years old)	32	2001	42	2010
Birth registration (% , under 5 years)			28	2010
(% , male/female, urban/rural, poorest/richest)			28/28, 24/29, 25/27	2010
GNI per capita (US\$)	120	2005	180	2010
One-year-olds immunized with DPT3 (%)	73	2005	63	2010
One-year-olds immunized against measles (%)	70	2005	68	2010

*Data refer to primary school children completing grade one who reach grade 5.

a The underweight estimates are based on World Health Organization Child Growth Standards adopted in 2006.

b The estimate given here is 550 mortalities per 100,000 live births (2004-2007), as reported in the demographic and health survey of 2007. The United Nations Interagency Group (WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank) produces comparable sets of international data on maternal mortality and thereby offsets the well-documented problem of under-reporting and misclassification of maternal deaths. It also provides estimates for countries that have no data. Comparable data series for maternal mortality rates in 1990, 1995, 2000, 2005 and 2010 can be found at http://www.childinfo.org/maternal_mortality.html.

c Data taken from the survey.

II. Progress on key MTSP indicators 2008 – 2012

Focus Area I – Young child survival and development

- The medium-term budget/expenditure framework includes discrete budget lines for sanitation and hygiene.

Focus Area II – Basic education and gender equality

- National education sector plan addresses issues of children affected by HIV and AIDS;
- Country has undertaken a gender audit of the education sector plan.

Focus Area III – HIV / AIDS and Children

- HIV/AIDS education integrated into the national curriculum at the secondary level;
- A comprehensive national HIV and AIDS prevention strategy for adolescents most at risk has been adopted.

Focus Area IV – Child Protection from violence, exploitation and abuse

- Country includes sex disaggregated data on child protection indicators in its current National Development Plan;
- Child friendly and gender appropriate investigation and court procedures used for children.

Focus Area V – Policy Advocacy and Partnerships for Child Rights

- Adolescent girls and boys participated in the most recent CRC reporting process.

Rapport consolidé des résultats

Pays: République Démocratique du Congo Cycle de Programme 2008-2012

1. Les principaux résultats	2. Les principaux progrès	3. Description des résultats obtenus	4. Contraintes et facteurs de succès
<p>Au moins 60% des enfants de moins de moins de 5 ans sont couverts par le paquet minimum d'activités à large échelle et haut impact visant la réduction de la mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile.</p>	<p>1.1. Taux de couverture vaccinale DTC3 (avant l'âge de 12 mois)</p> <p>44% (EDS 2007) 63% (MICS 2010)</p>	<p>Couverture vaccinale en DTC3 améliorée de 17 points en 2007 et 2010 pourrait avoir contribué à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans qui a décliné de 213‰ à 170‰, avec une contribution notable de l'UNICEF qui demeure le principal partenaire en matière d'offre de d'appui technique et financier de vaccination. La couverture du PEV améliorée avec la réalisation de plusieurs campagnes et qui ont permis de réduire la proportion d'enfants manqués : 270.593 enfants manqués de la vaccination (9,9% des enfants de moins de 1 an). 18.131.073 d'enfants ont été vaccinés contre la rougeole avec les activités de vaccination supplémentaires (AVS), en plus des 8.487.029 enfants vaccinés au cours des activités de routine ; plus de 15 millions ont reçu trois doses de vaccin polio oral.</p>	<p>Contraintes : Malgré les gains enregistrés, il y a : (i) Persistance de disparités importantes selon le milieu de résidence, la province, le niveau d'instruction et le statut socio-économique et la religion. (ii) Une faiblesse de la vaccination de routine, des insuffisances au niveau du système de surveillance épidémiologique et de capacités pour entreprendre des ripostes de qualité. (iii) D'autres causes d'iniquité dans l'offre de services de vaccination concernant : l'inaccessibilité à certaines zones endémiques, les conflits armés et leurs corollaires de déplacements de population.</p> <p>Facteurs de succès : pratiquement aucune différence observée entre homme et femme.</p> <p>Existence de document de politique actualisé pour le secteur de la santé.</p>
	<p>1.2. % d'enfants de 12-59 mois qui ont reçu 1 dose de mebendazole au cours des 6 derniers mois.</p> <p>NA (EDS 2007) 51% (MICS 2010)</p>	<p>La lutte contre les vers intestinaux et l'anémie connaît une avancée auprès des enfants cibles âgés de 12-59 mois dont une bonne moitié sont couverts.</p> <p>La promotion du PCIMA et de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant a été réalisée principalement à</p>	<p>Contraintes : Existence de barrières socio-culturelles et contraintes physiques qui limitent l'accès à un certain nombre d'enfants. Une étude récente a montré que 25 zones de santé sur les 515 avaient régulièrement de faible couverture et les causes sont diverses.</p>

		travers le renforcement des capacités institutionnelles et techniques respectivement des structures et partenaires de mise en œuvre du programme nationale de nutrition. Ainsi, 9 enfants de 12-59 mois sur 10 sont déparasités au mebendazole.	Au Katanga par exemple c'est du a l'influence de plusieurs sectes qui refusent les services de santé tandis qu'au Maniema c'est l'enclavement et l'existence de campements miniers qui en sont la cause.
	1.3 % d'enfants de moins de 5 ans qui ont reçu au moins une dose de supplémentation en Vitamine A au cours des six derniers mois 55% (EDS 2007) 82% (MICS 2010)	9 enfants de 6-59 mois sur 10 sont supplémentés en vitamine A en 2011 ce qui contribue à améliorer leur survie et pourrais avoir un impact sur la réduction de la mortalité de enfants de moins de 1 an. La promotion du PCIMA et de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant a été réalisée principalement à travers le renforcement des capacités institutionnelles et techniques respectivement des structures et partenaires de mise en œuvre du programme nationale de nutrition.	Contraintes : Existence de barrières socio-culturelles et contraintes physiques qui limitent l'accès à un certain nombre enfants. Une étude récente a montré que 25 zones de santé sur les 515 avaient régulièrement de faible couverture et les cause sont diverses. Au Katanga par exemple c'est du a l'influence de plusieurs sectes qui refusent les services de santé tandis qu'au Maniema c'est l'enclavement et l'existence de campements miniers qui en sont la cause.
	1.4 % d'enfants allaités exclusivement au sein (< 6 mois) 3% (EDS 2007) 37% (MICS 2010)	Un peu plus d'un tiers des enfants sont exclusivement allaités au sein durant leurs 6 premiers mois de vie et sont ainsi protégé contre les infections et leur survie améliorée. Par contre près de 800.000 (calculée en utilisant MICS 2010) nourrisson de moins de 6 mois demeure privés de cette pratique salvatrice.	Contraintes : Les contraintes en milieu rural sont essentiellement les croyances et pratiques d'origine culturelles qui veulent qu'un nouveau née ne soit pas privé d'eau. En milieu urbain par contre c'est surtout l'absence d'un environnement favorable surtout pour les femmes allaitantes qui travaillent.
	1.5. % d'enfants de moins de 5 ans qui dorment sous une MII	9.712.072 MILD ont été distribués (60% de cible 2012) pour 2008-2012. Environ 2 enfants sur 5 sont protégés	Contraintes : Existence de barrières à la distribution universelle de la MII : problèmes logistiques.

	6% (EDS 2007) 38% (MICS 2010)	contre le paludisme, l'une des principales causes de décès des enfants à travers notamment les campagnes de distribution universelle des moustiquaires au sein de ménages, notamment dans les provinces du Katanga, Bandundu, Nord-Kivu et Sud-Kivu, sur la base de micro plans conçus et en collaboration avec le personnel des ZS formé à cet effet. Mobilisation du Gouvernement congolais obtenue à travers le réseau des parlementaires africain pour la lutte contre le paludisme.	
La population qui a accès à l'eau potable et à un assainissement adéquat en milieu rural passe de 29% et 25% en 2006 à respectivement 54% et 50% en 2012, soit une augmentation de 9 millions de personnes couvertes.	2.1. % de la population utilisant une source d'eau améliorée 29%¹(2006), 45% (JMP 2012)	1.230.500 Personnes ont eu accès à l'eau potable. 201.987 Élèves ² ayant accès à l'eau potable.	Facteurs de succès : Complémentarité entre les programmes WASH urgences et de développement. Une stratégie de communication harmonisée distillée à tous les niveaux du programme.
	2.2. % de la population utilisant une installation sanitaire de base 25%³ (2006), 24% (JMP 2012)	1.117.945 personnes ont eu l'accès à l'assainissement de base. 161.571 Élèves ⁴ ayant accès à l'assainissement de base.	Contraintes : Contraintes logistiques pour accéder aux nombreuses parties du territoire de la RDC, en l'absence d'infrastructure de transport adéquate. Faible capacité technique des partenaires de

¹ Reference utilisée dans le CPD 2008-2012, Résultat EDS 2007 : 48%

² Il s'agit de des enfants qui fréquent les établissements équipés des infrastructures sanitaires adéquates. Les écoles assainis ne sont pas tout localises dans les villages assainis

³ Reference utilisée dans le CPD 2008-2012, Résultat EDS 2007 : 18%

⁴ Il s'agit des enfants qui fréquent les établissements équipés des infrastructures sanitaires adéquates. Les écoles assainis ne sont pas tout localises dans les villages assainis.

			<p>mise en œuvre gouvernementaux ainsi que ceux de la société civile.</p> <p>Pour l'accès des élèves à l'eau potable et à l'assainissement de base : hiérarchie complexe et rigide du Ministère de l'Éducation (EPSP) à tous les niveaux.</p>
	<p>2.3. Prévalence des maladies diarrhéiques parmi les enfants de 0-59 mois</p> <p>16% (EDS 2007) 18% (MICS 2010)</p>	<p>En 2007, 57,5% d'enfants de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête ont été traités au moyen d'une TRO (Thérapie de Réhydratation Orale) et pour lesquels, on a augmenté la quantité de liquide et ont poursuivi avec l'alimentation. En 2010, ce % d'enfants a diminué jusqu'à atteindre 39,3%.</p> <p>En 2010, le % d'enfants ayant reçu la TRO est de 52,6%, alors que des écarts sont constatés pour la « prise en charge de la diarrhée à domicile » accompagnée par une alimentation.</p> <p>Les prévalences de la diarrhée les plus élevées sont observées au Kasai Occidental (27%) et l'Equateur (22%), tandis que celles les plus basses sont observées au Maniema (10%) et au Bas-Congo (12%).</p>	
<p>Le pourcentage d'enfants qui ont accès à une éducation primaire de qualité passe de 64% en 2006 à 90% en 2012 avec un taux d'achèvement d'au moins 60% en 2012 (56% en</p>	<p>3.1. % d'enfants entrant à l'école primaire à l'âge légal, désagrégé en tenant compte des enfants les plus vulnérables</p>	<p>La mise en œuvre de plusieurs stratégies telles que les campagnes de scolarisation des enfants (filles & garçons) ; les campagnes d'information sur la mesure de gratuité scolaire ; la promotion des Espaces</p>	<p>Contraintes :</p> <p>La situation d'insécurité.</p> <p>Faible engagement politique pour le préscolaire.</p>

<p>2009)</p>	<p>NA (EDS 2007) 51% (MICS 2010) Genre: 50% (F) 52% (M) Milieu de la résidence: 44%/71% Niveau d'éducation de la mère: 35% (none)/74% (avec école secondaire)</p>	<p>Communautaires d'Eveil (ECE) ; la stratégie Enfant pour Enfant (Child-To-Child) ; la promotion des Ecoles Amies des Enfants (Child Friendly Schools) au niveau du préscolaire et du primaire ont eu pour conséquences une amélioration de la situation nette d'admission des enfants au cycle primaire. 5.151.136 enfants ont été dotés de kits scolaires (76% de cible 2012); 25.406 personnel éducatif (66% de cible 2012) au primaire et dans les centres de rattrapage scolaire formé et outillé avec matériels pédagogiques.</p> <p>En effet, environ 1 enfant sur 2 (51,3%, MICS 2010) d'âge scolaire légal (6 ans) est admis en première année du cycle primaire.</p> <p>On note de fortes disparités géographiques en terme d'admission à l'âge légal dans l'enseignement primaire, avec comme extrêmes Kinshasa (77,5%) et Equateur (41%). Un enfant d'âge légal d'admission au primaire a moins de chance d'accéder au cycle primaire en milieu rural (43,7%) qu'en milieu urbain (70,8%). De même les disparités liées au niveau de vie et au niveau d'instruction de la mère sont fortes, allant pratiquement du simple au double :</p> <p>"Plus pauvres" : 43,4% "Plus riches" : 77%</p>	<p>Facteurs de succès : Adhésion des autorités politico-administratives, de la société civile, des communautés et des parents en faveur de la scolarisation de tous les enfants en général, et de la jeune fille en particulier.</p>
---------------------	--	---	--

		<p>"Aucune instruction" : 34,5% "Secondaire et plus" : 73,6%.</p> <p>Par contre, les disparités liées au sexe sont moindres (52,2% pour les garçons, contre 50,4% pour les filles).</p>	
	<p>3.2. Taux brut/net de scolarisation et taux net de fréquentation scolaire</p> <p>Taux net de scolarisation/fréquentation a école primaire : 64%⁵ (2006), 75% (MICS 2010)</p>	<p>L'UNICEF a contribué de manière significative à l'atteinte des objectifs nationaux en prenant une part active au dialogue politique national et au renforcement de son partenariat stratégique. La mise en œuvre de plusieurs stratégies dans les trois contextes (urgences, transition, développement) telles que la promotion des espaces communautaires pour enfant, la réhabilitation d'écoles, la distribution de kits scolaires en appui aux familles vulnérables couplée avec le renforcement des compétences des enseignants a contribué à relever le niveau de scolarisation du pays.</p>	<p>Facteurs de succès :</p> <p>Intérêt croissant des donateurs pour le secteur de l'éducation ayant abouti à l'augmentation du budget du programme.</p> <p>Forte implication des acteurs à la base dans la mise en œuvre du programme.</p> <p>La gratuité progressive de l'enseignement primaire.</p> <p>Contraintes :</p> <p>Conditionnalités liées aux PBA : le programme est bien financé, mais les conditions incluses dans les PBAs limitent l'utilisation efficiente des ressources.</p> <p>Coûts liés à la logistique, au transport et à la distribution sont extrêmement élevés et représentent souvent plus de la moitié des achats effectués.</p> <p>Absence de données fiables sur les</p>

⁵ Reference utilisée dans le CPD 2008-2012, Résultat EDS 2007 : 61%

			structures éducatives non formelles;
	<p>3.3. Indices de parité (Primaire/Secondaire)</p> <p>0.95 fille pour 1 garçon (Primaire) (EDS 2007)</p> <p>0.77 fille pour 1 garçon (Secondaire) (EDS 2007)</p> <p>0.93 fille pour 1 garçon (Primaire) (MICS 2010)</p> <p>0.81 fille pour 1 garçon (Secondaire) (MICS 2010)</p>	<p>Les nombreuses campagnes de sensibilisation fortement appuyées par l'UNICEF depuis 2008 aux côtés des autres partenaires et l'influence exercée au niveau politique n'ont guère permis de réduire les disparités liées au sexe qui existent en matière de scolarisation.</p>	
	<p>3.4. Taux d'achèvement du primaire</p> <p>NA (EDS 2007) 14% (MICS 2010)</p>	<p>Moins de 3 enfants sur 20 qui commencent le cycle primaire, arrive à l'achever. (13,5 pour les filles). Ce taux reste encore très faible en dépit des nombreux efforts consentis par l'UNICEF et la communauté des bailleurs. Plusieurs provinces demeurent a des niveaux très bas tel que Equateur (2,5%) ; Province Orientale (5,6%) ; Kasai Occidental (9,6%).</p> <p>De fortes disparités liées au milieu de résistance, niveau de vie et au niveau d'instruction de la mère de famille.</p>	<p>Contraintes :</p> <p>Faible allocation des ressources budgétaires pour le secteur de l'éducation ;</p> <p>Faible capacité de l'offre due au cout très élevé et insoutenable de la logistique (transport et distribution) des matériels scolaires et autres intrants ;</p> <p>Existence de poches d'insécurité dans certaines zones du territoire national limitant la demande de services d'éducation ;</p> <p>Difficultés de gouvernance du système éducatif liées au conflit d'attributions entre pouvoir central et pouvoir provincial ;</p> <p>Insuffisance de communication en matière de gratuité à l'école primaire ;</p>

			<p>Absence d'une politique d'éducation non formelle;</p> <p>Faible intersectorialité avec les autres programmes.</p>
	<p>3.5. Taux d'abandon (par sexe et par grade)</p> <p>8% (EDS 2007) NA (MICS 2010)</p>	<p>Les forts taux d'abandon se trouvent en début de cycle et en fin de cycle. Les abandons scolaires sont beaucoup liés aux situations d'urgences dans des zones d'insécurité qui induisent des déplacements de populations.</p>	<p>Contraintes :</p> <p>La situation d'insécurité</p> <p>La faible allocation budgétaire au secteur de l'EPSP.</p> <p>Pesanteurs religieux.</p>

1. Les principaux résultats	2. Les principaux progrès	3. Description des résultats obtenus	4. Contraintes et facteurs de succès
<p>Au moins 800 000 adolescents acquièrent des compétences de vie courante et participent à la promotion de la paix et de la citoyenneté, la prévention du VIH, des violences et d'abus sexuel.</p>	<p>4.1. % de la population de 15-24 ans ayant des connaissances avérées dans le domaine du VIH/SIDA</p> <p>Jeunes femmes de 15-24 ans ayant une connaissance approfondie de la prévention du VIH/SIDA</p> <p>15% (EDS 2007) 15% (MICS 2010)</p>	<p>Environ 1 jeune femme sur 7 seulement âgée de 15 à 24 ans dispose d'une connaissance approfondie de la prévention du VIH/SIDA. Les réalisations suivantes y ont certainement contribué: (i) Grâce aux partenaires et l'UNICEF, 612.025 femmes enceintes ont été dépistées, et informées de leurs résultats ; 7.379 femmes enceintes VIH+ ont été mises sous ARV pour la PTME 5.699 nouveaux nés dont mère sont VIH+ mises sous ARV pour la PTME ; (ii) la production de la cartographie des intervenants et interventions pour la PTME Compréhensive, la CPN Recentrée, la Planification familiale dans toutes les 515 ZS ; (iii) l'élaboration d'un plan national d'élimination de la TME en collaboration avec les 11 provinces et le société civile.</p>	<p>Contraintes :</p> <p>Contrepartie financière insuffisante ;</p> <p>Insuffisance de la surveillance épidémiologique ;</p> <p>Intégration insuffisance de la PTME à la santé de la reproduction ;</p> <p>Manque d'appropriation et faible mise en œuvre du protocole de la PTME ;</p> <p>Risque financier élevé du fait de la faible capacité des partenaires de mise en œuvre.</p>
<p>D'ici la fin 2012, les enfants et leurs familles ont un meilleur accès a des services sociaux, légaux et de protection de qualité à travers des mécanismes communautaires et nationaux renforcés</p>	<p>5.1 % d'enfants vulnérables (F & G) bénéficiant d'une réponse appropriée de qualité</p> <p>Nombre : 70.000 (2007 Base de données OEV cité dans le CPAP Vol.2 page 79)</p>	<p>991.822 enfants (OEV) dont 469.901 filles (47%) qui ont bénéficié d'une prise en charge à travers les différents systèmes de protection de l'enfant.</p> <p>Ce résultat obtenu et qui est largement au-delà des attentes s'explique par un changement d'approche qui a permis de passer du paiement directe de frais(scolarité, soins) au développement de mécanismes de référencement (le certificat d'indigence, la subvention des écoles..)et</p>	<p>Facteurs de succès :</p> <p>La promulgation de la LPPE comme base de travail pour toute la protection de l'enfant</p> <p>La répliquabilité de certains projets et l'appropriation du gouvernement</p> <p>La composante OEV, considérée comme bonne pratique dans le PAN OEV (alignement des bailleurs)</p>

		<p>de partenariat entre les acteurs à partir de 2010.</p> <p>Ce résultat représente 12,09% d'une population de 8.200.000 d'OEV selon le Rapid Assessment, Analysis and Action Planning (RAAAP) de 2009.</p>	<p>La prise en charge des survivantes VS (intégrée dans la Stratégie Nationale SGBV) et la justice pour enfants</p> <p>Les chiffres de la prise en charge à grande échelle</p> <p>La "systématisation" de la protection de l'enfant (sp. protection sociale et justice pour enfants) dans les cadres nationaux e.g. DSCR, CDMT</p>
	<p>5.2 Nombre d'enfants (F & G) affectés par les conflits armés qui ont accès à des mécanismes d'assistance appropriés</p>	<p>258.946 (EAFGA, ENA, Enfants affectés) dont 130.204 filles ont bénéficié d'une assistance appropriée.</p> <p>74.554 survivantes de violences sexuelles dont 27211 enfants (34,49%) contre 22.000 planifié sont prises en charge.</p> <p>7.179 cas de violation reportés et 22 rapports transmis</p> <p>629.517 (175.216 femmes) dont 274.947 enfants (142.946 filles) touchées par les messages de sensibilisation sur l'éducation aux risques des mines et engins explosifs.</p>	<p>Contraintes :</p> <p>Un manque d'intérêt des bailleurs sur certaines problématiques clés de la protection (justice pour enfants, enregistrement des naissances)</p> <p>Malgré les efforts pour le renforcement de leurs capacités, les institutions étatiques ainsi que les organisations de la société civile restent faibles et mal coordonnées</p> <p>La collecte des données statistiques ainsi que des informations qualitative est encore très faible et très difficile à systématiser</p>
<p>Au niveau national, la délivrance d'une réponse humanitaire coordonnée et efficace aux situations de crise dans les secteurs programmatiques d'intervention (CCC) est renforcée au profit des enfants, femmes et populations les</p>	<p>6.1. Pourcentage de la population vulnérable affectée par la situation d'urgence couverte par les actions humanitaires d'assistance et de protection requises</p>	<p>UNICEF comme leader dans la réponse d'urgence en RDC à travers sa contribution de qualité à la coordination de la réponse humanitaire (soutien à OCHA, au HAP, coordination de 4 clusters et du CPWG)</p> <p>4,8 million de personnes affectées</p>	<p>Contraintes :</p> <p>Manque de financement flexible (la section Urgence ne dispose pas de RR)</p> <p>Manque de capacité logistiques interne suffisante pour appuyer des programmes d'urgence</p>

<p>plus vulnérables</p>		<p>assistées par le RRMP dans les secteurs du NFI/Shelter, WASH and Education. RRMP est le plus grand programme de veille humanitaire et de réponse d'urgence en RDC.</p> <p>Contribution majeure pour des réponses d'urgence plus adaptées, plus pertinentes, respectant davantage le choix et la dignité des bénéficiaires (approche Vulnérabilités, foires NFI, Intégration du Genre)</p> <p>Promotion des projets pilotes et de l'esprit d'innovation au sein d'UNICEF et de la communauté humanitaire (foires NFI, assistance monétaire...)</p> <p>Le développement du programme PEAR Plus, programme multisectoriel de relance communautaire en Santé, EHA, Education et Protection dans les zones récemment stabilisées, ayant cible jusqu'ici 300.000 personnes à l'est du Congo.</p> <p>Lancement de la composante transversale « Conflict Sensitivity »/Consolidation de la Paix -Contribution majeure aux cadres stratégiques de Stabilisation (ISSSS, PCP, UNTF) à travers PEAR plus et Projets conjoints</p> <p>Création et développement d'Activity Info pour meilleur monitoring des interventions</p>	<p>Manque de procédures internes adaptés aux réponses d'urgence (lourdeur processus PCA etc.)</p> <p>Durée des allocations ne facilitant pas la planification de réponses plus structurelles aux situations d'urgences</p> <p>Monitoring et Evaluation insuffisant et complexifié d'accès sécuritaire</p> <p>Situation sécuritaire volatile : les personnes les plus vulnérables sont aussi les plus difficilement accessibles</p> <p>Manque d'engagement et stratégie pour le plaidoyer humanitaire au niveau organisationnelle, malgré une base de données potentiellement très puissante au niveau des programmes RRMP et autres</p> <p>Facteurs de succès : Partenariats stratégiques</p> <p>Qualité des partenariats</p> <p>Confiance des donateurs</p> <p>Nature et importance des financements en RDC permettant d'élaborer des programmes à large échelle (ex: RRMP). Le choix d'adopter une approche programme (RRMP-</p>
--------------------------------	--	---	---

		RRMP	<p>PEAR Plus-ARCC) plutôt qu'une approche projet s'avère efficace.</p> <p>Corrélation entre la contribution d'UNICEF a la Coordination (Support a OCHA, HAP, Clusters' coordination, Gender Initiative ...) et les programmes d'urgences qui ont permis de positionner UNICEF comme leader dans la réponse d'urgence en RDC</p> <p>Esprit d'Innovation (Gender Initiative, Vulnerabilities' Approach, Cash Based Assistance, Activity Info...) et remise en question permanente des approches,</p> <p>Volonté du Senior Management à prendre des risques calculés pour assurer le succes des approches innovateurs</p>
<p>Les données et les analyses stratégiques sur l'évolution de la situation des enfants et des femmes, et notamment celle des groupes d'enfants les plus vulnérables, sont disponibles et informent la prise de décision, la planification et le suivi des interventions concernant les enfants et les femmes.</p>	<p>7.1. # d'enquêtes nationales réalisées au cours des 5 dernières années et couvrant au moins 70% des indicateurs clés et basée sur des variables de désagrégation établies</p> <p>2 (EDS 2007 et MICS 2010)</p>	<p>EDS ou Enquête Démographique et de Sante (EDS) 2007.</p> <p>MICS ou Enquête par Grappes et Indicateurs Multiples 2010. Rapport national en 2011 et 11 rapports provinciaux sont publiés en 2012.</p>	<p>L'exécution par le consultant international Macro International avec l'Institut National de Statistique (INS).</p> <p>Néanmoins que la capacité de l'INS est limitée en ce qui concerne les aspects techniques, de gestion et de logistique aux niveaux nationaux et provinciaux, une forte collaboration entre l'INS et l'équipe PME de l'UNICEF et l'engagement du staff du terrain contracté pour la MICS, avait 'sauver' l'enquête.</p> <p>Les complications de la reproduction locale</p>

			des rapports est une risque pour la qualité des rapports et causent un retard de la livraison.
	7.2. # d'analyses actualisées de la réalisation des droits des enfants et des femmes et de l'impact des politiques sur les enfants et les femmes	Les données sur la situation des enfants et femmes ont été diffusées à travers les media et les résultats de l'UNICEF documentés pour les donateurs et le publique extérieure.	Un Réseaux des Journalistes Amis de l'Enfant a été mise en place au niveau central et provincial ; ses 50 membres ont produit 330 articles à caractère humain sur les besoins des enfants. Un réseau des Jeunes Reporteurs a été créé avec 320 jeunes reporters formés sur les media et l'approche CDE. Leurs produits ont servi pour un plaidoyer auprès des décideurs et un échange animé intra-jeunes.
	7.3. # d'analyses thématiques réalisées utilisant un cadre d'analyse basé sur les droits humains et sur le genre 2 ; APEC (Analyse de Produits Essentiels) en 2011, SITAN 2011 (Draft 0) disponibles.	1. CAEC (Country Analysis of Essentiel Commodities) ou l'Analyse des Produits Essentiels en Congo (APEC) en 2010 2. SITAN. Analyse de la situation des enfants et des femmes (ASEF) finalisée 2012	1. La qualité professionnelle du consultant international John Snow Inc. (JSI), et la bonne collaboration locale avec l'Ecole de Santé Publique (ESP) Kinshasa, a contribué énormément au bon résultat de cette analyse. 2. Le consultant international Play Therapie Africa (PTA) a une qualité professionnelle limitée et l'engagement du consultant en ce qui concerne la collecte de données sur le terrain était en retard. Cette faible gestion a

		<p>3. Commentaires de l'UNICEF sur les droits des enfants en RDC. Rapport présenté au Groupe de travail lors de la pré-session du Comité des NU sur les Droits des enfants (Genève) 2008.</p> <p>4. Compte Nationaux de la Sante 2008-2009, USAID projet « Health 20/20 », avec le support technique de PME. Publié en 2011</p> <p>5. Les Progrès vers l'Atteinte des <u>OMD</u> en <u>RDC</u>, 2011</p> <p>6. <u>Pauvreté des enfants</u> et Disparités en RDC, 2008</p>	<p>posé un danger pour l'analyse..</p> <p>3. Présentation du rapport sur la mise en œuvre de la Convention Relative aux Droits de l'Enfant en RDC à la 55ème Session (janvier 2009) du Comité de Revue de la CDE.</p> <p>4. La collecte de données était faite par l'équipe de l'enquête MICS. La préparation des questionnaires et le travail au terrain a demandé plus d'assistance technique du cote de l'équipe MICS que prévu et a causé un retard de l'enquête MICS.</p> <p>5. La publication de cette analyse du progrès vers les OMD est bien utilisée par le Gouvernement dans le DSCR-P-II et par les agences du SNU.</p> <p>6. La capacité du consultant national contracté pour cette étude était limitée. Beaucoup d'assistance technique de l'équipe PME était nécessaire.</p>
<p>La coordination du Programme de Coopération assure la qualité, pertinence et efficacité de la planification et de la mise en œuvre des programmes</p>	<p>8.1 La planification des programmes dans Plan de Travail Annuel/Roulant (PTA/R)</p> <p>8.2 Coordination d'Assistance Humanitaire (Urgence)</p> <p>8.3 Coordination VIH</p> <p>8.4 C4D</p>	<p>8.1 Un système de la planification vers les résultats est établi et utilisé avec succès.</p> <p>8.2 L'assistance humanitaire est coordonnée au niveau national et provincial</p> <p>8.3 La coordination des stratégies par</p>	

	8.5 Etudes sur l'accès aux services sociaux	rapport au VIH/SIDA est introduite 8.4 La C4D support chacun des programmes 8.5 Voyez les IR 7.1 et 7.3	
--	---	---	--